



Gesundheit (k)ein Thema ?!

Gesundheitsförderung und HIV/AIDS-Prävention für Menschen aus Osteuropa

Projektergebnisse und Beispiele guter Praxis

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

GESUNDHEIT (k)ein Thema ?!

Gesundheitsförderung und HIV/AIDS-Prävention für Menschen aus Osteuropa

Projektergebnisse und Beispiele guter Praxis

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Herausgeber:

DRK-Landesverband Badisches Rotes Kreuz e.V.
Schlettstadter Straße 31
79110 Freiburg im Breisgau
Telefon: 07 61 / 8 83 36-0
Telefax: 07 61 / 8 83 36-711
www.drk-baden.de

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Redaktion: Dr. Angelika Mölbert

Referat Migration und Integration

DRK-Landesverband Badisches Rotes Kreuz

Lektorat: Alfred Mathis

Satz & Layout: Felix Rotzinger

Titelbilder: Carmen Giesin, Johann Rack, Michael Guldi

Druck: schwarz auf weiss, Freiburg

© 2011 Alle Rechte vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise und in anderen
Medien, ist nur mit schriftlicher Genehmigung
des Herausgebers gestattet.

**Dieses Buch wird vom DRK-Landesverband
Badisches Rotes Kreuz kostenlos abgegeben.
Verkauf und Weiterverkauf sind nicht gestattet.**

Inhalt

1. Das Projekt im Überblick	11
1.1. Projektorganisation.....	13
1.2. Differenzierung der Zielgruppe	14
1.3. Zielsetzung.....	14
1.4. Maßnahmenkatalog.....	16
1.5. Zielerreichung.....	16
2. Die wissenschaftliche Begleitung im GEMO-Projekt	21
2.1. Ansätze	22
2.2. Ergebnisse	25
2.3. Perspektiven	84
3. HIV/STI-Prävention für und mit osteuropäischen Migrantinnen und Migranten	93
3.1. Osteuropäische Migrantinnen und Migranten als Zielgruppe der HIV-Prävention.....	93
3.2. Zugänge zur Zielgruppe osteuropäische Migrantinnen und Migranten.....	98
3.3. Präventionsansätze des Projekts GEMO.....	105
3.4. Möglichkeiten und Grenzen der HIV-Prävention mit „schwer erreichbaren Zielgruppen“	113
4. Good-Practice-Beispiele	117
4.1. Auswahl und Anforderungen an eine gute Praxis	117
4.2. Good-Practice-Beispiele.....	123
5. Was bleibt nach Projektende?.....	189
5.1. Was bedeutet Nachhaltigkeit in sozialen Projekten?.....	189
5.2. Nachhaltigkeit aus der Perspektive der wissenschaftlichen Begleitung...	194
5.3. Nachhaltigkeit in der HIV/STI-Prävention – eine zukunftsträchtige Vision?	197
5.4. Nachhaltigkeit am Projektstandort Konstanz.....	199
5.5. Nachhaltigkeit am Projektstandort Emmendingen.....	201
5.6. Nachhaltigkeit am Projektstandort Waldshut.....	203
5.7. Nachhaltigkeit am Projektstandort Freiburg	205

In Deutschland leben rund 1,5 Millionen Menschen aus Zentral- und Ost-Europa. HIV und AIDS sowie andere sexuell übertragbare Infektionen sind für viele von ihnen bislang noch ein Tabuthema.

Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass trotz langjähriger und intensiver HIV-Prävention in Deutschland, Menschen mit Migrationshintergrund teilweise nicht ausreichend erreicht werden. Dabei birgt die Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten oftmals Risikofaktoren. Die Sensibilisierung für das Thema HIV und AIDS gelingt besser, wenn es in eine übergreifende Strategie der Gesundheitsförderung eingebettet ist, die den kulturellen Hintergrund der Gruppen berücksichtigt, die angesprochen werden sollen.

Neue Wege zu gehen und zielgruppengenaue Angebote zur Gesundheitsförderung und zur HIV/AIDS-Prävention für Menschen aus Osteuropa zu entwickeln, war auch Gegenstand des Bundesmodellprojekts „Gesundheitsförderung und HIV/AIDS-Prävention für Menschen aus Osteuropa in Baden-Württemberg“ (GEMO).

Der Bundesminister für Gesundheit



Ein gutes Projektmanagement, ein engagierter und motivierter Einsatz von Seiten der AIDS-Hilfe und der DRK-Kreisverbände vor Ort sowie der wissenschaftlichen Begleitung an der Katholischen Hochschule Freiburg haben zum Erfolg des vom BMG geförderten Modellprojektes GEMO beigetragen. Allen Beteiligten gilt mein ganz besonderer Dank.

Die Ergebnisse zeigen, dass durch eine enge Zusammenarbeit von Beratungsstellen der AIDS-Hilfe, dem öffentlichen Gesundheitsdienst und freien Trägern wie dem Deutschen Roten Kreuz, vorhandene Potenziale effektiv genutzt und schwerer erreichbaren Zielgruppen der Zugang zur Gesundheits- und HIV/AIDS-Prävention ermöglicht werden kann. Das Projekt ist ein gelungenes Beispiel für zielgruppenspezifische Arbeit.

Ich wünsche mir, dass die in diesem Handbuch veröffentlichten Erkenntnisse aus dem Modellprojekt und die dargestellten konkreten Beispiele vielfältige Anwendung in der Praxis finden.

Dr. Philipp Rösler

Gesundheit – ein Thema auch für Menschen mit Migrationshintergrund!

In Baden-Württemberg leben zurzeit rund 2,7 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Das sind etwa 25% der Gesamtbevölkerung. Migration beinhaltet viele Belastungen und kritische Lebensereignisse, die Migrantinnen und Migranten in ihrer Gesundheit beeinträchtigen können. So finden sich bei ihnen höhere Vorkommensraten bezogen auf Unfälle, Diabetes, Hepatitis, Sucht- und Infektionskrankheiten. Insgesamt lässt sich jedoch feststellen, dass Migration als solche nicht krank macht oder ein erhöhtes Gesundheitsrisiko darstellt.

Menschen mit Migrationshintergrund haben oft ein mangelndes Gesundheitsbewusstsein mit wenig ausgeprägtem Präventivverhalten. Dies steht jedoch nur bedingt im Zusammenhang mit kulturellen oder traditionellen Determinationen. Sie sind auch Produkt und Ergebnis einer schlechten Bildungssituation und von mangelnden finanziellen Ressourcen.

Dieser Situation hat sich das Modellprojekt „Gesundheitsförderung und HIV/AIDS-Prävention für Menschen aus Osteuropa“ (GEMO) gestellt, das in Kooperation des DRK-Landesverbandes Badisches Rotes Kreuz mit der AIDS-Hilfe Freiburg e.V., der Katholischen Hochschule Freiburg und den DRK-Kreisverbänden Emmendingen, Freiburg, Konstanz und Waldshut nach einer zweijährigen Projektlaufzeit im August 2010 beendet wurde. Ziel des Projekts war es, spezielle Methoden zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und zur Vorsorge vor HIV/AIDS-Erkrankungen für Menschen aus Osteuropa zu entwickeln und zu erproben. Die besondere Herausforderung des Projekts bestand darin, diese Menschen zu erreichen, die keine homogene Gruppe bilden, sondern vielfältige sprachliche, kulturelle und soziale Unterschiede aufweisen, aber verbunden sind durch ihre Migrationsgeschichte.

Der Präsident des Badischen Roten Kreuz



Die vorliegende Handreichung dokumentiert die Arbeit im GEMO-Projekt. Sie möchte Fachkräfte in der Sozial- und Migrationsarbeit sowie im Gesundheitswesen und in den relevanten Wissenschaften, aber genauso die interessierte Öffentlichkeit über die Ergebnisse der Projektarbeit informieren. Nach einer Einführung in die Projektarbeit werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung vorgestellt. Im folgenden Kapitel stellt die AIDS-Hilfe Freiburg e.V. ihr HIV/STI Präventions-Konzept für Migrantinnen und Migranten vor. Im vierten Kapitel sind Beispiele „Guter Praxis“ aufgeführt. Sie erläutern praxisorientiert die Maßnahmen, die besonders erfolgreich waren und die sich als geeignet zur Nachahmung erwiesen haben. Das letzte Kapitel widmet sich der Frage, was nach Abschluss des Projekts bleibt, welche nachhaltigen Wirkungen erzielt werden konnten und welche nicht.

Finanziert wurde das Projekt vom Bundesministerium für Gesundheit, dem wir an dieser Stelle recht herzlich für das entgegengebrachte Vertrauen danken. Ebenso danken wir den Wissenschaftlerinnen der Katholischen Hochschule Freiburg und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der AIDS-Hilfe Freiburg e.V. und der DRK-Kreisverbände für deren Unterstützung, denn nur mit ihnen konnte dieses ambitionierte Projekt erfolgreich durchgeführt und beendet werden.

Begleiten Sie uns durch zwei Jahre Projektzeit, in der alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter intensiv und konstruktiv miteinander gearbeitet haben. Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.

Jochen Glaeser

Das Projekt im Überblick

Angelika Mölbert

Am 1. August 2008 ging das Modellprojekt „Gesundheitsförderung und HIV/AIDS-Prävention für Menschen aus Osteuropa“ (GEMO) an den Start. Der DRK-Landesverband Badisches Rotes Kreuz hat in Zusammenarbeit mit der AIDS-Hilfe Freiburg e.V., den DRK-Kreisverbänden Emmendingen, Freiburg, Konstanz und Waldshut sowie der Katholischen Hochschule Freiburg ein Projekt auf den Weg gebracht, das modellhaft in der Region vom Bodensee bis zur Ortenau erprobt wurde. Mit einer Laufzeit von zwei Jahren wurde es durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Dabei sollten spezielle Methoden entwickelt und erprobt werden, welche die gesundheitliche Versorgung und die Vorsorge vor HIV/AIDS-Erkrankung für Migrantinnen und Migranten aus Osteuropa verbessern. Das Projekt sollte auch für die Wissenschaft relevante Erkenntnisse liefern und wurde deshalb von Wissenschaftlerinnen des Instituts für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung (IAF) der Katholischen Hochschule Freiburg begleitet.

Bereits 2005 hatte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf die alarmierend hohen Zahlen der von HIV/AIDS betroffenen Menschen in Osteuropa und Zentralasien hingewiesen.¹ Mit steigender Tendenz. Im Jahr 2006 hatten sich schätzungsweise 270.000 Menschen neu infiziert, sodass die Gesamtzahl bei rund 1,7 Mio. lag, im Vergleich zu 900.000 im Jahr 2001. In einer Studie vom Juli 2010 warnt UNICEF vor nachlassender Aufmerksamkeit gegenüber der AIDS-Gefahr: „In Osteuropa und den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion breitet sich

1 Bericht verfügbar unter: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/epi_update2005_en.pdf

eine verdeckte AIDS-Epidemie unter benachteiligten Kindern und Jugendlichen rasant aus. Diese wird durch eine explosive Mischung aus Drogenmissbrauch und sexueller Übertragung unter Heranwachsenden, die am Rande der Gesellschaft leben, vorangetrieben. Die bestehenden Gesundheits- und Aufklärungsprogramme erreichen diese Risikogruppen nicht. Stattdessen werden die betroffenen Kinder und Jugendlichen als delinquent und „asozial“ gebrandmarkt.“²

Bedingt durch die Migration aus Zentral- und Osteuropa sowie aus Zentralasien lebten 2007 rund 1,5 Mio. Menschen aus diesen Regionen in Deutschland. Dabei sind die Aussiedlerinnen und Aussiedler sowie Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler nicht eingerechnet, denn sie werden in den Ausländerstatistiken nicht erfasst. Es ist jedoch bekannt, dass alleine in Baden-Württemberg etwa 320.000 Personen aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion leben.

Diese Situation gab den Anlass für den Projektauftrag durch das Bundesministerium für Gesundheit. Neue Wege zu gehen und zielgruppengenaue Angebote zur Gesundheitsförderung und HIV/AIDS-Prävention für Menschen aus Osteuropa zu entwickeln war der Ansatz. Dabei waren auch die Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund im Fokus der Projektarbeit. Wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Februar 2008 bekannt gab, werden Migrantinnen und Migranten zu wenig erreicht. Sprachliche, kulturelle und soziale Barrieren – auf Seiten der Zugewanderten wie auch auf Seiten der Gesundheitsdienste – verhindern den Zugang zu Versorgungsleistungen. Unter dem Vorzeichen „Gesundheitliche Chancengleichheit für Migranten“ fordert deshalb die BZgA: „Aufgrund der Ausprägung unterschiedlicher Gesundheitsprobleme gerade in diesen Gruppen wären sensible Informationen, Beratungen und konkrete Hilfe für sie besonders wichtig.“³

Diese Forderungen hat das Modellprojekt GEMO aufgegriffen. Bei der Projektkonzeption war entscheidend, Maßnahmen zu entwickeln, welche die Zielgruppe erreichen. Deshalb sollten insbesondere Mitglieder der eigenen Gruppe eingesetzt werden. Diese Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wurden gezielt geschult, um dann in ihrer Muttersprache über das Thema zu informieren und in weitere Angebote einzuführen. Die Mitarbeit der Zielgruppe am Projekt gewährleistete, dass die Maßnahmen nicht an den Menschen vorbei, sondern gemeinsam mit

2 Pressebericht siehe unter: <http://www.unicef.de/presse/pm/2010/aids-report-2010/>

3 Pressemitteilung siehe unter http://www.bzga.de/botpresse_444.html

ihnen entwickelt werden. Dabei konnten sie ihre eigenen Ressourcen und Fähigkeiten entdecken und ihre Bedürfnisse erklären. Eigeninitiative, Hilfe zu Selbsthilfe und Empowerment waren die Bausteine, die im Projekt zum Tragen gekommen sind. Weitere Ziele waren die interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen sowie die Kooperation und die Vernetzung aller Betroffenen. Das bedeutet, dass die Projektträger vor Ort mit den Einrichtungen der Gesundheitsdienste, mit medizinischem Fachpersonal, Beratungsstellen, sozialen Diensten, Schulen und anderen Einrichtungen direkt und geplant zusammengearbeitet haben.

1.1. Projektorganisation

Als Projektträger war der DRK-Landesverband Badisches Rotes Kreuz e.V. mit der Projektleitung beauftragt. Sie umfasste die Planung, die Organisation und das Controlling des Gesamtprojekts. Dazu gehörten: die Koordination und Vernetzung der Teilprojekte an den verschiedenen Standorten, die Organisation und Leitung der Steuerungsgruppe und der Projektarbeitsgruppe sowie Netzwerkarbeit, Dokumentation und Öffentlichkeitsarbeit.

Die wissenschaftliche Begleitung durch die Katholische Hochschule Freiburg hatte drei Aufgabenbereiche: Erstens sollten wissenschaftlich relevante Beiträge im Projektverlauf generiert werden. Zweitens sollte der Evaluationsprozess als Programm-Evaluation formativ angelegt und so die Qualitätsentwicklung des Projektablaufs gesteuert werden und drittens sollten abschließend die Ergebnisse im Sinne einer summativen Evaluation dokumentiert und damit gesichert werden.

Kooperationspartner im operativen Projektablauf waren die AIDS-Hilfe Freiburg e.V. und die DRK-Kreisverbände Freiburg, Konstanz, Waldshut und Emmendingen. Die AIDS-Hilfe hatte die Aufgabe, AIDS-Beratungs- und Präventionskonzepte zielgruppengenau umzusetzen, Dolmetschende und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Peer Education) sowie Fachpersonal im Gesundheitswesen zum Thema zu schulen. Darüber hinaus sollten auch Angebote und Maßnahmen für spezielle Zielgruppen (Drogen- und Prostitutionsszene) sowie rechtliche und psychosoziale Hilfe bei HIV-positiven Personen umgesetzt werden.

Die DRK-Kreisverbände arbeiteten eng mit der AIDS-Hilfe zusammen. Sie führten sozialpädagogische Maßnahmen durch, wobei die Zugänge über die bestehende DRK-Arbeit wie z.B. Jugendrotkreuz, Schulsozialarbeit, Migrationsberatung, Integrationsprojekte etc. genutzt wurden.

1.2. Differenzierung der Zielgruppe

Die besondere Herausforderung des Projektes bestand darin, Menschen zu erreichen, die keine homogene Gruppe bilden, sondern vielfältige sprachliche, kulturelle und soziale Unterschiede aufweisen, aber verbunden sind durch ihre Migrationsgeschichte. Das Projektdesign umfasste deshalb Maßnahmen, die sich nah an den Lebenswelten der Betroffenen orientierten. Hauptzielgruppe waren junge Menschen, da sie einem Infektionsrisiko überdurchschnittlich hoch ausgesetzt sind. Deshalb wurden Maßnahmen entwickelt, die an die Lebens- und Lernorte von Jugendlichen, jungen Erwachsenen und Familien mit Kindern anknüpfen: Schulen, Ausbildungsstätten, Integrationskurse, Jugendzentren, ausländische Vereine, Freizeitanlagen etc.

Untergruppen bildeten Personen, die zu den so genannten Risikogruppen zählen: Drogenabhängige, Inhaftierte, Prostituierte sowie ihre Angehörigen und ihr direktes soziales Umfeld.

Außerdem sollten Personen angesprochen werden, die innerhalb der Zielgruppe eine Schlüsselfunktion einnehmen und als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren eingesetzt werden können. Dies sind in der Regel Personen, welche über positive Integrationsverläufe und über eine allgemeine Akzeptanz innerhalb der Gruppe verfügen.

Um mit dem Modellprojekt nachhaltige Entwicklungen anzustoßen, war es weiterhin erforderlich, die für das Themenfeld relevanten Organisation und Institutionen, wie z.B. allgemeine Sozialdienste, Gesundheitsämter, Beratungsstellen und Therapieeinrichtungen der Suchthilfe, Arztpraxen, Schulen und Migrationsdienste einzubeziehen. Ziel war es dabei, lokale Netzwerke zu errichten, die für alle Beteiligten Ansprechpersonen benennen und Anlaufstationen für spezielle Maßnahmen bieten.⁴

1.3. Zielsetzung

Das Hauptziel bildete die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und Prävention mit dem Schwerpunkt der HIV/AIDS-Prävention für und mit Menschen aus Osteuropa. Dabei lag der Fokus auf der Entwicklung von wirkungsvollen Instrumenten, die auf andere Gruppen übertragbar sind.

4 Weitere Ausführung zur Nachhaltigkeit siehe Kapitel 5

Ein entscheidender Faktor für die wirksame Gestaltung von Präventionskonzepten liegt darin, dass die darin enthaltenen Maßnahmen die gewählten Zielgruppen erreichen. Deshalb war ein weiteres Hauptziel des Modellprojekts, ein differenziertes Repertoire nachhaltiger Zugänge zur Zielgruppe aufzubauen und die hierfür notwendigen Prozesse und Strukturen zu steuern und zu evaluieren.

Das Projekt hatte damit einen eindeutigen Schwerpunkt auf der praktischen Ausrichtung. Darüber hinaus wurde angestrebt, mit Hilfe der wissenschaftlichen Begleitung auch wissenschaftlich relevante Daten und Informationen zu erhalten. Insbesondere sozioempirische Untersuchungen sollten für Datensicherheit sorgen.

Kurz zusammenfasst können folgende Ziele formuliert werden:

- Verbesserung des Zugangs zu den Zielgruppen des Modellprojekts für Maßnahmen der HIV/AIDS-Prävention sowie für allgemeine gesundheitliche Präventionsmaßnahmen durch die Entwicklung und Erprobung von verschiedenen Zugangsmöglichkeiten. (*Zielsetzung Inklusion ins Gesundheitssystem*)
- Schaffung und Vermittlung von Informationen und Maßnahmen zu den Themen HIV/AIDS-Prävention und Gesundheitsförderung. (*Zielsetzung Gesundheitsförderung*)
- Erweiterung des Wissensstands und des Verhaltensrepertoires der Zielgruppe für eine gesunde Lebensgestaltung, zur Nutzung des Gesundheitswesens in Deutschland und zur Vermeidung einer Infizierung mit HIV/AIDS und anderen ansteckenden Krankheiten. Der Schwerpunkt lag hier auf der Erprobung von Instrumentarien, die sich in der praktischen Arbeit als besonders wirkungsvoll erweisen. (*Zielsetzung Wissensvermittlung und Empowerment*)
- Einbeziehung der Zielgruppe in verschiedene Phasen des Projekts, Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus der Migrantengruppe, Peer Education, Kontaktaufnahme und Arbeit mit Key Persons mit dem Ziel, Hilfpotentiale zur Selbsthilfe zu entwickeln. (*Zielsetzung Empowerment*)
- Verbesserung der Hilfestrukturen im Bereich der HIV/AIDS-Prävention und der allgemeinen gesundheitlichen Prävention für die Zielgruppe im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung vor Ort. (*Zielsetzung Interkulturelle Öffnung und Förderung der interkulturellen Kompetenz*)
- Stärkung und Weiterentwicklung der Vernetzung mit relevanten Stellen, die mit der Zielgruppe Kontakt haben (z.B. außerschulische Jugendarbeit, Drogenberatungsstellen, Polizei, Justiz, Strafvollzug) oder in Kontakt gebracht werden

sollen, z.B. AIDS-Beratungsstellen, welche bisher keinen Zugang zu bestimmten Gruppen hatten. (*Zielsetzung Ganzheitliches Konzept, Vernetzung*)

- Erweiterung der Öffentlichkeitsarbeit, Verstärkung der Parteinahme für die Belange der Zielgruppe auf übergeordneter Ebene wie Gesundheitsämter, Ausländerämter o.ä. (Zielsetzung Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung)

1.4. Maßnahmenkatalog

Auf der Basis der grundlegenden Projektausrichtung und den Zielsetzungen wurden Maßnahmenbereiche abgeleitet und während der Projektlaufzeit in Form einer Good-Practice-Auswahl evaluiert und weiterentwickelt. Diese Vorgehensweise ermöglichte, eine Auswahl an „Produkten“ innerhalb der Leistungsbereiche zu entwickeln, die den Qualitätskriterien entsprechen und im Sinne von Nachhaltigkeit übertragbar sind. Folgende Arbeitsfelder wurden bearbeitet:

- Sozialpädagogische Maßnahmen für Kinder, Jugendliche, Eltern und Erziehende, Lehrkräfte zur Prävention und Aufklärung
- Themenorientierte pädagogische Gruppenangebote und Seminare zur allgemeinen Gesundheitsförderung und zur HIV/AIDS-Prävention für die Zielgruppe ebenso wie für Fachkräfte im Gesundheitswesen und der sozialen Arbeit
- Themenbezogene und einzelfallbezogene Hilfen und Kriseninterventionen bei Betroffenen
- Aufbau und Weiterentwicklung von Dolmetscherdiensten
- Fortbildung und Qualifizierung für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen
- Kooperation und Vernetzung
- Öffentlichkeitsarbeit

1.5. Zielerreichung

1.5.1. Zahlen/Statistiken

Insgesamt wurden im Projekt 5334 Personen, davon 1767 Menschen aus Osteuropa erreicht.⁵

⁵ Quelle: Auswertung der wissenschaftl. Begleitung des IAF, Datenbasis Oktober 2008 bis Juni 2010

Gruppenaktivitäten:

Über Gruppenangebote wurden insgesamt 4165 Personen erreicht, davon ca. 1263 osteuropäischer Herkunft. Es wurden 105 Gruppenaktivitäten angeboten. Die drei wichtigsten Inhalte der Gruppenaktivitäten waren wie folgt (Mehrfachnennungen möglich):

1. Gesundheit allgemein (40,0%)
2. Gesundheit speziell (38,1%)
3. HIV/AIDS (33,3%)

Fortbildungsveranstaltungen:

Mit Fortbildungsveranstaltungen konnten insgesamt geschätzte 1169 Personen erreicht werden, davon ca. 396 osteuropäischer Herkunft. Es wurden 84 Fortbildungen durchgeführt. Die drei wichtigsten Inhalte der Fortbildungen waren:

1. HIV/AIDS (84,5%)
2. Sexualität (79,8%)
3. STI (63,1%)

Einzelberatungen:

Zusätzlich fanden innerhalb der Projektzeit 108 Einzelberatungen statt.

Vernetzung:

Im Rahmen der Kooperation und Vernetzung wurden insgesamt 328 Vernetzungskontakte/-aktivitäten dokumentiert.

Bewertung der Veranstaltungen/Maßnahmen durch die Zielgruppe:

Jugendliche: sehr gut 72,5%, gut 12,5%, mittel 14,4%

Erwachsene: sehr gut 84,6%, gut 5,7%, mittel 9,7%

1.5.2. Zugang zur Zielgruppe

Mit einer Gesamtzahl von 5334 Personen, davon 1767 Menschen aus Osteuropa, konnte das Ziel, diese Personengruppe für Maßnahmen der allgemeinen Gesundheitsförderung und HIV/AIDS-Prävention zu erschließen, mit außerordentlich positivem Ergebnis erreicht werden. Dies lässt darauf schließen, dass die Zugangsformen geeignet und die Maßnahmen ansprechend waren. Folgende Methoden waren für diesen Erfolg maßgeblich:

1. Zugang über die DRK-Migrationsstellen und die Migrationsarbeit der AIDS-Hilfe Freiburg
2. Eine bestehende Vertrauensbasis zwischen der Zielgruppe und dem DRK bzw. der AIDS-Hilfe Freiburg
3. Hohe Attraktivität der Maßnahmen für die Zielgruppe aufgrund der zielgruppengenaue Inhalte und Methodik⁶
4. Zugang über bestehende Netzwerkpartner wie Integrationskursträger, allgemeinbildende und berufliche Schulen, Schulsozialarbeit etc. aufgrund sehr guter Einbindung der Kooperationspartner in bestehende Netzwerke
5. Schwerpunktlegung im Projektverlauf zugunsten der Initiierung und dem Ausbau von Netzwerken für den weiteren Zugang zur Zielgruppe
6. Hoher persönlicher Einsatz der Mitarbeitenden im Projekt sowie berufliche Erfahrung der Mitarbeitenden aufgrund vorausgegangener Tätigkeiten im DRK und bei der AIDS-Hilfe.

1.5.3. Übertragbarkeit der Zugangsmöglichkeiten

Um die Übertragbarkeit der Maßnahmen im Projekt bestimmen zu können, wurden folgende Indikatoren festgelegt:

- Wiederholbarkeit der Maßnahme an einem anderen Ort, zu einer anderen Zeit, durch andere Träger,
- Vergleichbarkeit, d.h. die Maßnahme muss unter Rahmenbedingungen durchgeführt werden, welche so oder in vergleichbarer Form auch an anderen Orten gegeben sind,
- Ergebnissicherheit (Validität): Vergleichbare Rahmenbedingungen sollen zu vergleichbaren Ergebnissen sowohl in der Qualität (inhaltliche Zielerreichung) als auch in der Quantität (Zahl der erreichten Personen) führen.

Prinzipiell können wir feststellen, dass alle Maßnahmen, die in festen strukturellen Zusammenhängen durchgeführt wurden, übertragbar sind. Beispiele dafür finden Sie im Kapitel „Good-Practice-Beispiele“.

Im Vergleich Stadt–Land weisen ländliche Regionen eine geringere Versorgungsdichte für Menschen mit Migrationshintergrund auf, z.B. sind MBE- und JMD-Stellen sowie Integrationskursträger weiter verteilt und die Zugänge dadurch erschwert. Migrantenorganisationen sind kaum vorhanden. In Schulen und anderen Bildungseinrichtungen ist der Anteil an Migrantinnen und Migranten geringer,

6 Vgl. Bewertung der Veranstaltungen/Maßnahmen durch die Zielgruppe

weshalb diese weniger als spezielle Zielgruppe angesprochen werden. Deshalb wurden Zugangswege und Methoden für den ländlichen Raum konzipiert und in verschiedenen Regionen erprobt. Als übertragbar haben sich erwiesen:

1. Zugänge über Gemeindefnetzwerke wie DRK-Ortsvereine, Gemeindefsozialarbeiter, Kirchen, religiöse Gemeinschaften, Jugendgruppen (Jugendrotkreuz, Freiwillige Feuerwehr, Musikgruppen o.ä.),
2. Zugänge über Schulen und andere Bildungsträger,
3. Zugänge über ortsunabhängige Medien (Internet, Homepages, Chatrooms etc.),
4. Angebote mit Event-Charakter, da diese im ländlichen Raum nicht so häufig sind wie in städtischen Zentren, und insbesondere Jugendliche diese Angebote außerordentlich gerne nutzen (z.B. Festivals, Mitmachparcours, Aktionstage in Kooperation mit lokalen Netzwerkpartnern wie Schulen, Jugendgruppen etc.). Diese Angebote sind allerdings sehr zeitaufwändig!
5. Aufsuchende soziale Arbeit mit Vor-Ort-Angeboten (ebenfalls zeit- und personalaufwändige Methoden).

1.5.4. Entwicklung und Erprobung spezifischer Maßnahmen

Mit 84 Fortbildungen, 105 Gruppenaktivitäten und 108 Einzelberatungen wurde eine Vielzahl an Maßnahmen entwickelt und an den verschiedenen Standorten erprobt. Dies sagt noch nichts über die Qualität der Maßnahmen aus. Ein Indikator zur Qualitätsmessung ist die Ermittlung der Zufriedenheitsquote der Teilnehmenden, welche über Rückmeldebögen durch die wissenschaftliche Begleitung erhoben wurden. Diese Rückmeldungen waren durchgängig positiv: Jugendliche bewerteten die Veranstaltungen zu 72,5% mit sehr gut und zu 12,5% mit gut. Die Erwachsenen lagen mit 84,6% sehr gut und 5,7% gut noch höher. Diese Bewertungen lassen darauf schließen, dass die Maßnahmen die Zielgruppen erreicht haben und an die Interessenslage der Betroffenen anknüpfen konnten.

Aus den Erfahrungen im GEMO-Projekt können wir allgemeine Prinzipien für die Arbeitsmethodik in der kultur- bzw. migrationssensiblen Gesundheitsförderung ableiten.

- ▶ **1. Vom Allgemeinen zum Speziellen:** Gute Erfahrungen konnten damit gemacht werden, die allgemeine Gesundheitsförderung als Gleitschiene zu sensiblen und tabubesetzten Themen zu nutzen.
- ▶ **2. Ganzheitliche Betrachtung des Menschen:** Neben einem settingorientierten Ansatz war die ganzheitliche Betrachtung des Menschen und seines Gesundheitsempfindens und -verhaltens ein Grundprinzip aller Maßnahmen.
- ▶ **3. Holistischer Begriff von Gesundheit:** Gesundheit wurde als Lebensprinzip angesprochen, d.h. der Zielgruppe wurde vermittelt, dass der Mensch Kräfte und Güter besitzt, die er einsetzen, riskieren, erhalten und fördern kann.

1.5.5. Netzwerken und Öffentlichkeitsarbeit

Die statistischen Zahlen mit 328 Vernetzungsaktivitäten belegen die außerordentlich hohe Vernetzungsquote. Mit der Einbindung in die Projektmaßnahmen konnten die bestehenden Netzwerke für die Zielgruppe erschlossen und erweitert werden. Neben dem Effekt der Nachhaltigkeit konnte dadurch die interkulturelle Öffnung von Schulen, Stadtverwaltungen, Bildungsträgern, ÖGD, Kliniken, sozialen Einrichtungen usw. unterstützt werden. Die Einbindung der ÖGD war eingeschränkt aufgrund fehlender personeller und finanzieller Ressourcen. Trotzdem wurde das Projekt allgemein begrüßt und im Rahmen der Möglichkeiten der Dienste unterstützt. Die interkulturelle Öffnung der ÖGD ist noch ausbaufähig und sollte durch weitere Schulungen sowie Personal- und Sachmittel unterstützt werden.

Die Netzwerkarbeit ist immer auch Öffentlichkeitsarbeit. Neben der Fachöffentlichkeit wurden Medien bei öffentlichen Maßnahmen informiert und eingeladen. Berichte in der lokalen Presse konnten lanciert werden.

Die wissenschaftliche Begleitung im GEMO-Projekt

Ansätze – Ergebnisse – Perspektiven

Nausikaa Schirilla

unter Mitarbeit von Almut Herrenbrück und Alexandra Winter

Ein Projekt wie das GEMO-Projekt, das neue Wege erkunden und Pfade für andere bereiten soll, braucht einen eigenen Ansatz der wissenschaftlichen Begleitung. Dieser Ansatz war projektintegriert und partizipativ und orientierte sich an dem Konzept der experimentierenden Evaluation von Heiner und Beywl⁷. Deren Konzept zielt auf eine Vernetzung von Praxisentwicklung und Praxisforschung. Im GEMO-Projekt waren neben der Verknüpfung von Forschung und Praxis auch die Entwicklung der Untersuchungsfragestellungen im Kontext des Projekts, die Kooperation der wissenschaftlichen Begleitung mit allen Kooperationspartnern der Projektstandorte und die detaillierte Analyse von Interventionsprozessen zentral. Viel Kommunikation, gemeinsame Steuerung, klare Absprachen und Rückkopplung der Ergebnisse ins Projekt hinein sowie die Vereinbarung verbindlicher Zielsetzungen stellten wichtige Prinzipien der Kooperation dar. Im Folgenden werden kurz Vorteile und Nachteile dieses Konzepts betrachtet. In einem zweiten Kapitel werden anschließend zentrale Ergebnisse des Projekts und der Begleitforschung beleuchtet – dabei geht es um Fragen des Zugangs zur Zielgruppe, zu kulturspezifischen Fragen und um Kooperation und Vernetzung. Abschließend sollen im dritten Kapitel einige Perspektiven für die Gesundheitsprävention und soziale Arbeit mit Migrantinnen und Migranten diskutiert werden.

7 Heiner, Maja (Hg.): Experimentierende Evaluation. Ansätze zur Entwicklung lernender Organisationen. Weinheim. München 1998; Ulrich, Susanne/Wenzel, Florian M.: Partizipative Evaluation – Ein Konzept für die politische Bildung. Gütersloh 2003

2.1. Ansätze

Es war erklärte Absicht der wissenschaftlichen Begleitung, den gesamten Evaluationsprozess so gemeinsam wie möglich zu gestalten. Die Ergebnisse spiegeln also eine gemeinsame datengestützte und wertbasierte Perspektive aller Beteiligten auf das Projekt wider. Damit war die Evaluation auch partizipativ orientiert. Den Kern dieses Ansatzes bildete die Selbstevaluation. Da alle verwendeten Evaluationsmaßnahmen in der Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten ausgehandelt wurden, kam auch immer ein gewisser öffentlicher Aspekt dazu, der eher einer Fremdevaluation ähnelte⁸. Ziel dieser Verfahren war daher neben der Ergebnissicherung die Motivierung zur wertschätzenden Reflexion des eigenen Handelns als integraler Bestandteil professioneller Projektarbeit. Zum anderen sollte die Evaluation der Verbesserung der Zusammenarbeit auf Organisations- und Standortebene dienen. Daher umfasste das Konzept folgende Ebenen: Die wissenschaftliche Begleitung sollte

- erstens relevante wissenschaftliche Beiträge liefern bzw. im Projektverlauf generieren,
- zweitens den Evaluationsprozess als Programmevaluation einerseits formativ anlegen und so die Qualitätsentwicklung des Projektablaufs steuern und
- drittens abschließend die Ergebnisse im Sinne einer summativen Evaluation dokumentieren und sichern.

Die Aktivitäten der wissenschaftlichen Begleitung umfassten im Überblick:

- eine vom Projekt initiierte kleine Vorstudie: ein Fragebogen zum Erkenntnisstand zu Gesundheit und HIV
- drei qualitative begleitende Teilstudien
- drei Selbstevaluationsworkshops und anschließende Feedback-Konferenzen
- laufende Datenerhebung und Auswertung aller Projektaktivitäten über Rückmeldebögen der Veranstaltenden und Teilnahmebögen der Teilnehmenden
- eine kleine Wirkungsstudie mit qualitativen Interviews von neun Teilnehmenden aus drei zentralen Bereichen der Projektaktivitäten zu Erkenntnisgewinn und Verhaltensänderung

8 Wright, Michael T.; Block, Martina 2005: Bestandsaufnahme der Aktivitäten der AIDS-Hilfen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention. Ein gemeinsames Projekt des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung und der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. Berlin.

Zur Generierung relevanter wissenschaftlicher Erkenntnisse wurden drei qualitative Teilstudien durchgeführt, die im Projekt abgesprochen wurden: zur Thematik Zugang zu der Zielgruppe über Migrantenorganisationen, zur Wahrnehmung von AIDS- und Gesundheitsprävention bei der Zielgruppe und zur Thematik Vernetzung und Kooperation. Abgesprochen wurde neben der Thematik auch die Fragestellung und Fragen der Datenerhebung. Dies führte dazu, dass sich Projektstandorte auch aktiv an der Datenerhebung beteiligten. Die summative Ergebnissicherung bestand in der Erstellung und Auswertung von standardisierten Rückmeldebögen zu den Veranstaltungen und Einzelmaßnahmen und in der Erfassung und Bewertung aller durchgeführten Maßnahmen. Ausmaß und Form dieser Dokumentationen waren auch ausgiebig diskutiert worden. Die formative Evaluation bestand in der Durchführung dreier moderierter Selbstevaluations-Workshops der Projektstandorte mit Kooperationspartnern und in der Präsentation der Ergebnisse und aller Zwischenergebnisse der Begleitforschung bei drei *Feedback-Workshops*. Diese dienten der Überprüfung und Modifikation aller Projektschritte, Adjustierung der Planung aufgrund der reflexiven Betrachtung der Ergebnisse und der inhaltlichen Weiterentwicklung von Projektbausteinen. Die wissenschaftliche Begleitung war in alle Gremien des Projekts personell integriert. Weitere Aktivitäten bildeten die Unterstützung der Projektstandorte bei einer kleinen Vorstudie, zum Thema Wissen zu Gesundheit und HIV/AIDS und abschließende qualitative Interviews in ausgewählten Projektbereichen zu Fragen der Wirkung von im Projekt vermitteltem Wissen.

Abschließend lässt sich festhalten, dass das Konzept unter den gegebenen Bedingungen gut funktioniert hat, allerdings sind bestimmte Besonderheiten zu beachten. Im Projekt waren ausreichend Ressourcen für diese Art der Evaluation vorhanden – eine experimentierende und partizipativ angelegte Evaluation braucht mehr als punktuelle Ressourcen. Die Rahmenbedingungen (Zeitressourcen, Rückmeldungen, Termine usw.) müssen stimmen, sonst werden womöglich Prozesse initiiert, die halbherzig bleiben und es besteht die Gefahr der Instrumentalisierung der Beteiligten. Selbstkritisch sei angemerkt, dass trotz des experimentierenden und partizipativen Ansatzes dennoch nicht alle Beteiligten und auch nicht alle Vertreter der Zielgruppe auf Augenhöhe kooperierten. So hatte die wissenschaftliche Begleitung immer eine Steuerungsrolle – die Auswertung und Vorsortierung der Ergebnisse erfolgte hauptsächlich durch diese. Aus diesem Grunde ist unser Vorgehen nicht als partizipative Evaluation, sondern als partizipativ angelegtes Vorgehen zu bezeichnen.

Wenn – wie im Projekt erfolgt – alle Instrumente und Methoden der Ergebnissicherung im Projekt abgesprochen werden und Zwischenergebnisse regelmäßig präsentiert werden können, so bedeutet das, dass verlässliche Daten erhoben werden, da die Projektpartner die Instrumente richtig und vernünftig einsetzen. Die Bereitschaft, Daten zu erheben und zu dokumentieren, wird dadurch erhöht. Es wurde aber immer versucht, den Aufwand für alle Beteiligten adäquat zu gestalten – es herrschte vorher eine skeptische Einstellung Evaluationen gegenüber. Die Beteiligung der Projektmitarbeitenden bzw. -standorte bei Entwicklung der Ergebnisse und Ableitung/Interpretation der Ergebnisse in die weitere Arbeit veränderte diese Position, die Präsentation der Zwischenergebnisse erhöhte die Motivation. Der Dokumentationsaufwand war jedoch immer auch ein Streitpunkt – es geht ja real um Arbeit – es mussten auch Kompromisse bzw. in der Datenerhebung auch Abstriche von der „reinen Lehre“ gemacht werden.

Die Vorteile des partizipativen Vorgehens sind:

- Einbau der Erhebungsinstrumente in die Praxis
- Compliance der Mitarbeitenden
- Mitübernahme von Verantwortung bei Datenerhebung
- Durch Partizipation kann sich Motivation und Bereitschaft entwickeln
- Eine zielgruppenspezifische Instrumenteentwicklung wird erleichtert, da das Erfahrungswissen der Mitarbeitenden/Kolleginnen und Kollegen integriert wird. Herkömmliche Methoden sind oft nicht vorhanden bzw. nicht sensitiv genug.

Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Klärung folgender Fragen erfolgen muss:

- frühzeitige Verständigung über Rolle der wissenschaftlichen Begleitung
- Transparenz von Evaluationskriterien
- Erster Entwurf der Instrumente gut vorbereiten
- Gute Besprechungsgrundlage schaffen
- Nicht zu großen Diskussionen ausufern lassen (Machbarkeit)
- Bedenken der Mitarbeitenden/Kolleginnen und Kollegen ernst nehmen (z.B. Richtung Anonymität)
- Zeitinvestition von Seiten der Evaluatoren
- Personeller Aufwand

Eine experimentierende und partizipativ angelegte Evaluation eignet sich besonders bei einem Projekt, in dem die Rationalitäten und Interessen heterogen sind. Partizipative Methoden sind generell angebracht bei Forschungsvorhaben

zu schwer erreichbaren Zielgruppen, wo die Datenerhebung nach neuen Wegen suchen muss.

Bedenkenswert ist auch die Frage: Wie verändern sich die Evaluatorinnen und Evaluatoren (Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler) bei der Evaluation? Der Begleitforschung kommen mehrere Funktionen zu: eine Dialogfunktion, Kontrollfunktion und Legitimationsfunktion. Sie erhält damit einen mitgestaltenden Beratungsauftrag und wird auch zur Prozessbegleitung. Dadurch, dass die Projektstandorte zu methodischen Fragen konsultiert worden waren, brachten sie sich auch aktiv bei der Datenerhebung ein, dies führte dazu, dass neben dem eigentlichen Erkenntnisgewinn auch Themen bei der Zielgruppe angestoßen wurden.

2.2. Ergebnisse

Die folgenden Ausführungen basieren auf einer Auswahl und Gesamtschau der Einzelstudien, der Selbstevaluationsworkshops, der Gesamtauswertung der Projektaktivitäten im Zeitraum 08/2008 bis 07/2010 und der kleinen Wirkungsstudie zum Ende des Projekts.

2.2.1. Zugänge

Migration und Gesundheit ist ein aktuelles Thema – in der wissenschaftlichen Literatur herrscht Einigkeit: Migrantinnen und Migranten sind in ihrem Zugang zum Gesundheitswesen benachteiligt, dies gilt insbesondere für die Diagnose gesundheitlicher Probleme und für die Gesundheitsvorsorge⁹. Die Datenlage insbesondere zur Gesundheitsberichterstattung ist unbefriedigend. Was den HIV- und STI-Bereich angeht, so gibt es epidemiologische Daten zu den Herkunftsländern, aber wenig Spezifisches zu den Zugewanderten. In der AIDS-Prävention besteht die aktuelle Herausforderung in der Überwindung der Schere zwischen Informationsstand und Selbstbezug bzw. zwischen Wissen und Verhalten und in der Suche nach zielgruppenspezifischen Präventionsstrategien. Daher kommt der Frage der Zugangswege in der Gesundheitsvorsorge so eine zentrale Bedeutung zu. Aktuell wird in Politik und sozialer Arbeit in allen integrationsrelevanten Bereichen eine Kooperation mit Migrantenorganisationen als wichtige Zugangsgarantie zu Migrantengruppen empfohlen bzw. wird stark auf Multiplikatoren aus den Migranten-Communities gesetzt (z.B. das MiMi-Projekt der BKK)¹⁰.

9 Razum, Oliver/Saß, Anke-Christine u.a.: Migration und Gesundheit: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes/Robert-Koch-Institut. Berlin 2008

10 Vgl. <http://mimi-online.bkk-bv-gesundheit.de/>

Aus der Perspektive unserer Teilstudie und auch des Projekts ist dies jedoch zu relativieren: Organisationen von Migranten aus Osteuropa signalisierten zwar eine generelle Offenheit auch für alle Fragen der Gesundheitsvorsorge, ihre Stärken und Prioritäten liegen aber im kulturellen und sozialen Feld. Für eine Kooperation im Bereich der Gesundheitsvorsorge eignen sich diese Organisationen nur bedingt – beispielsweise eine Studierendenorganisation. Insbesondere die HIV-Prävention und besonders die für Erwachsene muss auf anderen Wegen Zugang zu Migranten-Communities finden. Dazu brachte das Projekt die Erkenntnis, dass HIV-Prävention sich nicht gezielt an osteuropäische Migrantinnen und Migranten wenden muss, sondern generell Zugang zu Menschen aus Osteuropa über solche Orte zu finden ist, wo diese als MIGRIERTE anzutreffen sind, wie beispielsweise in Integrationskursen, beruflichen Qualifizierungsmaßnahmen etc. Es geht also um einen nicht ethnischen Zugang zur Zielgruppe, um Zugang über Arbeitsbereiche, wo die Zielgruppe ohnehin vertreten ist, wie insbesondere Integrationskurse, Jugendberufshilfe, Schulsozialarbeit. Diese Möglichkeiten werden in den Beispielen guter Praxis ausführlich dargestellt. Im Folgenden möchte ich auf die Frage der Migranten-Communities zurückkommen und werde zunächst die Ergebnisse der Forschung zu den Migrantenorganisationen präsentieren.

Migrantenorganisationsstudie – Vorgehen, Stichprobe und Auswertung

Im Zeitraum von Mitte November bis Mitte Dezember 2008 wurden ca. 55 Migrantenorganisationen im weitesten Sinne, nämlich Gemeinden, Vereine, Landsmannschaften, Studentische Organisationen, aber auch Russische Läden usw. innerhalb Baden-Württembergs und ca. 65 Ärztinnen und Ärzte in Freiburg zunächst per Post oder per E-Mail (sofern keine Postadresse bekannt war) angeschrieben bzw. persönlich kontaktiert und um ihre Mitwirkung an der Studie gebeten. Auf diese Weise kamen insgesamt 12 Interviews in der Zeit von Dezember 2008 bis Anfang März 2009 an verschiedenen Orten in Baden-Württemberg zustande, die in ihrer Ausführlichkeit differieren. Zwei der zwölf Interviews wurden aus gegebenem Anlass auf Russisch geführt.

Unter den Interviewpartnern befanden sich sieben Frauen und fünf Männer im Alter von 35–60 Jahren, die aus Russland (3x), Deutschland (2x), Litauen, Kasachstan, Georgien, der Ukraine, Afghanistan und Bulgarien stammen. Diese gehören folgenden Organisationen an:

- Russische Schule
- Russischer Club
- Jüdische Gemeinde (2x)
- Ukrainisch-griechisch-katholische Pfarrei
- Russischer Laden (2x)
- Bar
- Arztpraxis
- Sprachschule
- Studentischer Verein (Bulgaren)
- Ungarndeutsches Sozial- und Kulturwerk

Es wurde darauf geachtet, dass die Gespräche mit den Vorsitzenden/Leitungen/Führenden der jeweiligen Organisation erfolgten. Alle Interviews wurden transkribiert bzw. zusammengefasst und abschließend anhand des Programms MAXQ-DA ausgewertet und zusammengeführt.

Der Untersuchung lässt sich entnehmen, dass die befragten Migrantenorganisationen (inkl. Läden und offene Treffs) vor allem von älteren und jüngeren Migrantinnen und Migranten besucht werden; die mittlere Bevölkerungsschicht fehlt.

IP 2: Nur, wenn ich einen älteren Herrn frage: Sag mal, warum kommt deine Tochter nicht zu der Gemeinde? Ja, sie hat keine Zeit. Dann frag ich einen anderen: Warum hab ich dich nie in der Gemeinde gesehen, ich hab dich erst bei der Beerdigung gesehen. Sagt er mir: Ich muss arbeiten, ich muss Geld machen, ich muss mir eine Wohnung kaufen. Das ist diese Bevölkerung, die in der Mitte steht. Zwischen den Kindern, Jugend und zwischen den Älteren, die sind bei uns leider ziemlich rar. **aus: Interview 2, Position 50–50**

Dies ergibt sich aus verschiedenen Faktoren wie Lebensumstände oder auch aus der Struktur der Migrantenorganisationen, die zum Beispiel als Schule eher auf eine jüngere Zielgruppe ausgerichtet sind. Jüngere Migrantinnen und Migranten entwickeln eher eigene Organisationen beziehungsweise Strukturen, wie Studentische Vereine, Discos, Bars etc. In allen Migrantenorganisationen sind neben wenigen Hauptamtlichen viele Ehrenamtliche tätig, ohne welche die Organisationen häufig nicht existieren könnten. Dies führt oft zu einer Überlastung der Mitarbeitenden.

Die Ziele der befragten Migrantenorganisationen sind sehr heterogen, gemeinsam haben aber alle Organisationen, dass sie ihren Mitgliedern einen Ort der Beheimatung bieten, wo die eigene Kultur und Sprache gelebt werden (können).

Alle Migrantenorganisationen sehen sich als Brücke zwischen der deutschen Kultur und Gesellschaft und dem jeweiligen Herkunftsland. Dennoch sind sie eher auf Deutschland orientiert als auf die Herkunftsländer, möchten ihren Mitgliedern Hilfe bei der Integration leisten und darüber hinaus Informationen über das Herkunftsland vermitteln. Einige Organisationen streben außerdem die Aktivierung/Motivierung ihrer Mitglieder an.

Viele der befragten Migrantenorganisationen begreifen sich auch als Ansprechpartner für die Anliegen der Mitglieder und sind von einem hohen Verantwortungsgefühl für die Mitglieder geprägt.

Bei der Frage nach sozialen Problembereichen der Mitglieder werden die Problemlagen sehr unterschiedlich beschrieben. Diejenigen Migrantinnen und Migranten, die schon länger in Deutschland leben und gut Deutsch sprechen, sind meist auch gut integriert. Schwieriger gestaltet es sich für Neuzuwanderer, die kaum Deutschkenntnisse haben, beziehungsweise für diejenigen Migrantinnen und Migranten, die zwar schon länger hier sind, aber wenig Deutsch sprechen. Bei gut integrierten Migrantinnen und Migranten, die gut Deutsch sprechen, überwiegen vor allem rechtliche Fragen. Für die andere (größere) Gruppe sind folgende Problembereiche zentral: Arbeit/Finanzen/Wohnung, soziale Integration, Sprache, Ämter, Behörden und psychosoziale Fragen. Es gibt außerdem einen allgemeinen Informationsbedarf bezüglich verschiedener Regelungen in allen Bereichen, wie z.B. Steuer, Pflege, ALG etc.

Ein Problem stellt außerdem die Unterstützung bei der Bildung der Kinder und Jugendlichen dar, da Bildung ein hohes Ziel für die Eltern darstellt und bei den Zuwanderungsgründen häufig eine wichtige Rolle spielt.

Alle Organisationen leisten trotz unterschiedlicher Ziele und ohne Auftrag viel in der sozialen Betreuung der Mitglieder. Dabei führen die Probleme der Mitglieder oft zu Überlastung und Überforderung der Migrantenorganisationen, zum Beispiel bei psychischen Problemen der Mitglieder, bei rechtlichen Belangen oder Fragen wie Drogenabhängigkeit.

Alle Migrantenorganisationen vermitteln ihren Mitgliedern Vertrauen und Sicherheit und zeigen ein hohes Verantwortungsgefühl. Sie sind sehr aktiv in der sozialen Betreuung der Mitglieder und stoßen dabei aufgrund von personellen und fachlich eingeschränkten Kapazitäten an ihre Grenzen. Spezifische (eigene) Lösungsstrategien, die während der Interviews erwähnt wurden, sind:

- Einsatz von Muttersprachlern
- deutsch-russische Medien
- Verantwortliche (der Organisation) besorgen sich Informationen und eignen sich Kompetenzen an

Trotz Bemühungen um Unterstützung durch „deutsche Stellen“ wird von Seiten der befragten Migrantenorganisationen viel Handlungsbedarf zu folgenden Punkten geäußert:

- Räume, Finanzierung, Zeit
- bessere/mehr Kooperationspartner
- Unterstützung durch deutsche Behörden
- Anerkennung ausländischer Abschlüsse

Bei der Frage nach der Einstellung der Migrantenorganisationen zu Gesundheitsfragen lassen sich folgende Ergebnisse festhalten: Es sind viele Gesundheitsprobleme bekannt, die aber nicht im eigentlichen Fokus der Organisationen liegen. Besonders angefragt werden die Migrantenorganisationen zum Übersetzen, Dolmetschen und für Krankenbesuche, da die entsprechenden Dienste häufig nicht ausreichen.

IP 5: Sie ist oft als Übersetzer beschäftigt. Viele Menschen können kein Deutsch. Oft ist es passiert: Die Leute gehen zum Arzt, rufen sie an und sie spricht mit dem Arzt auf Deutsch, übersetzt auf Russisch, spricht mit dem Patient auf Russisch und übersetzt dem Arzt auf Deutsch.
aus: Zusammenfassung 5, Position 11–11

Eine besonders schwierige Situation stellt sich für die Migrantenorganisationen vor allem bei psychischen Problemen und Fragen.

Wenn Mitglieder mit Gesundheitsproblemen zu den Migrantenorganisationen kommen oder das Thema eingebracht wird, dann gibt es von beiden Seiten ein großes Vertrauen.

I: Ja, ich mein, ich hör natürlich auch, ich hab ja auch schon rausgehört, dass die Leute so viel Vertrauen zu Ihnen haben. Sie haben ja auch gesagt, sie kommen mit ganz persönlichen Sachen, dann wäre das ja schon ...

IP 1: Auch mit gesundheitlichen Problemen ...

I: Genau. Da wäre wahrscheinlich auch, dann würden sie wahrscheinlich auch damit kommen.

IP 1: Ich denke schon, ja.

aus: Interview 1, Position 215–218

IP 8: Normalerweise kommen die Eltern mit den Fragen zu uns, weil wir sind dann die Lehrer und die Organisatoren hier im Verein, die Personen, die gut integriert sind, lang hier wohnen und haben etwas mehr Erfahrungen dadurch, dass unsere Kinder meistens auch ein bisschen älter sind und mehrere Etappen hier schon durchlebt hatten.

aus: Interview 8, Position 70–70

Die Migrantenorganisationen sehen die Fragen der Gesundheitsversorgung nicht als ihr primäres Aufgabenfeld, greifen jedoch die Anliegen der Mitglieder auf und versuchen, so gut es geht zu helfen und zu vermitteln. Einige Migrantenorganisationen berichten von massiven Problemen ihrer Mitglieder mit dem Gesundheitssystem. Dies betrifft vor allem Personen aus der ehemaligen Sowjetunion. Die Gründe dafür liegen in der Sprache, in unterschiedlichen Erfahrungen mit und unterschiedlichen Erwartungen an das Gesundheitssystem sowie in unterschiedlichen Konzepten von Krankheit und Gesundheit.

IP 8: Die Fragen, die Unterschiede, die sofort auch mir als Mama ins Auge stechen, dass man mit dem fiebrigen Kind zum Arzt gehen muss, das ist das, was alle Eltern natürlich auf die Palme bringt – sofort! Weil in der russischen, sagen wir oder sowjetischen Tradition gehen die kranken Kinder, die Fieber haben, nicht aus dem Haus. Die werden im Bett gehütet und der Arzt kommt und macht die Visite bei denen. Und äh, nach vielen, vielen Jahren sehe ich auch, ja das Kind wird dadurch nicht umgebracht, dass es zum Arzt geht. Aber diese Schwelle ist dann zu hoch. Und mittlerweile erkläre ich vielen Müttern, die vor einem Jahr erst gekommen sind, das ist halt so hier. Und man überlegt, meine Kinder sind auch gesund, die sind hier geboren und die haben nix anderes gekannt als dieses System. Waren auch mal krank und es ist ein anderes System, das ist nicht schlecht. Aber das ist total anders. Die Kinder waren so privilegiert, dass sie wirklich

zu Hause besucht wurden. Kinder und ältere Menschen, die mussten nicht aus dem Haus, um zum Arzt zu gehen.

aus: Interview 8, Position 52–52

Viele (ältere) Migrantinnen und Migranten bestehen beispielsweise auf ihr „Recht“, (alt und) krank zu sein, Krankheit hat für sie einen „Wert“ (nicht jedoch Gesundheit). Deshalb soll Krankheit anerkannt und behandelt werden. Als Folge daraus findet häufig ein so genanntes „Ärzte-Hopping“ als Suche nach Anerkennung der Leiden statt.

IP 1: Dann sagt der Arzt, jetzt werden wir Sie gründlich untersuchen und kucken, was Sie tatsächlich haben. Ja, dann werden Untersuchungen durchgeführt und so weiter. Dann stellt er fest, dass Sie überhaupt, ja schon ein bisschen davon haben, aber nicht so schlimm, und dass in Deutschland das überhaupt als keine Krankheit ansieht, dass es altersmäßig und. Gut, er gibt so Pillen, dann wird er sie Ihnen verschreiben, nichts Schlimmes, ja? Dann, die Leute hier sind absolut enttäuscht, weil sie dann nicht richtig angesehen werden als krank. Ja? Und dann kommen sie zu mir und erzählen mir alles, ja? Der Arzt ist schlecht, ob wir einen besseren Arzt kennen, wen ich ihnen empfehlen kann und so geht die Runde nach.

aus: Interview 1, Position 141–142

Besonders fällt dabei das mangelnde Bewusstsein für Prävention (auch bereits medizinische, wie z.B. Impfungen) auf.

IP 1: Es gibt auch natürlich Ausnahmen, zum Beispiel, die auch an diesen Präventionsprogrammen teilnehmen, sich zum Beispiel halbjährlich beim Gynäkologen untersuchen und halbjährlich auch regelmäßig zum Zahnarzt gehen, selbst wenn nichts wehtut, ja? Im, also als Prophylaxe, ja und so. Das gibt's, aber das sind eher Ausnahmen.

aus: Interview 1, Position: 178–179

Die Verantwortung für Gesundheit wird vielfach an den Arzt abgegeben, entgegen dem salutogenetischen Prinzip. Bei der Wahl des Arztes, des Krankenhauses ist als Kommunikationsweg zwischen den Migrantinnen und Migranten vor allem

die Mundpropaganda entscheidend. Als weniger effektiver Informationsweg hat sich die Auslage von Informationsmaterial, wie Flyern usw., herausgestellt. Wenn Material ausgelegt wird, dann muss es von den Migrantenorganisationen an ihre Mitglieder herangetragen und kommentiert werden, ansonsten wird es nicht beachtet.

IP 8: Vielleicht ist das auch so eine Abwehrreaktion von den Leuten mit dem russischen Migrationshintergrund. Oder ist es, es war einfach nie ein Thema, was zu lesen, sich zu informieren. Es gibt diese Kultur einfach nicht, dass man sich Informationen gezielt sucht und dann alle Broschüren durchschaut, die auf dem Tisch liegen. Das könnte auch sein, mittlerweile. Aber ich habe wirklich gemerkt, das bringt nichts, wenn es unkommentiert und unbearbeitet durch irgendeine Veranstaltung einfach ausgelegt wird.

aus: Interview 8, Position 86–87

Bei der Behandlung werden wegen des Modells einer guten Behandlung (persönliche Behandlung, gute Untersuchung, Anerkennung von Krankheit) vor allem muttersprachliche Ärzte bevorzugt. Grundsätzlich bleibt die Tendenz festzuhalten, dass bei allen Migrantinnen und Migranten (alt und jung) in Fragen der Gesundheit eine starke Orientierung an medizinischem Fachpersonal (Expertenorientierung) vorherrscht und weniger soziale Dienste als Ansprechpartner gesehen werden. Dies hat sich vor allem auch in allen Projektaktivitäten zum Thema Gesundheit bestätigt.

Festzuhalten ist außerdem ebenfalls eine generelle Offenheit bei den Migrantenorganisationen für die Durchführung von Informationsreihen zum Thema Gesundheit, allerdings wiederum in Muttersprache und mit Erklärungen durch entsprechendes Fachpersonal.

Als Verbesserungsvorschläge zum Thema Gesundheit wurden wiederholt mehr Informationsveranstaltungen durch muttersprachliche Fachleute genannt. Des Weiteren wurde der Bedarf nach mehr muttersprachlichen (Dolmetscher-)Diensten und muttersprachlichen Kulturmittlern geäußert. Grundsätzlich lässt sich durchaus eine generelle Offenheit der Migrantenorganisationen für eine Vernetzung und Kooperation mit deutschen Gesundheitsorganisationen feststellen, dabei erwarten die Migrantenorganisationen die Initiative jedoch von den deutschen Stellen. Für die Mehrheit der befragten Migrantenorganisationen (7 von 12) ist HIV/AIDS „kein Thema“, da die Migrantenorganisationen sich damit nicht konfrontiert sehen

bzw. ihnen zumindest keine Fälle bekannt sind. Die gegebenen Begründungen, warum HIV/AIDS keine Rolle in der eigenen Organisation spielt, sind vielfältig und teilweise in sich selbst widersprüchlich:

► **HIV/AIDS kommt bei den Mitgliedern nicht vor (aufgrund ihrer ...)**

- Lebensweise
- Tradition/Kultur
- Bildung
- Moral
- Herkunft:
 - weil die Mitglieder aus der Kleinstadt/aus Dörfern stammen
 - weil die Mitglieder aus der Großstadt kommen

IP 4: Gut, dazu kann ich sagen, dass in diesem Kreis, im russischen Kreis vermeidet man ein bisschen aus kulturellen Gründen, weil es gibt nicht so viele, wie zum Beispiel im deutschen Kreis, die es überhaupt nicht schaffen, eine so freie und gute Meinung über Homosexualität zu haben oder einfach ohne sexuelle Verbindungen dazu herzustellen, noch nicht. Und viele Leute, Spätaussiedler sind aus, nicht aus großen Städten normalerweise gekommen und die haben noch ganz (unverständlich) Bräuche und also, das ist nicht aktuell aus diesem Grund, glaube ich. Die Homosexualität ist nicht so verbreitet in diesem Kreis (lacht) und, ja, sexuelle Verhältnisse auch nicht, sie sind nicht so chaotisch, also, keine, ja. Und das Gesundheitssystem in Deutschland ist, geht gut, mehr oder weniger und es gibt keine so schrecklichen Fälle wie zum Beispiel in Russland, wo kann man einfach durch schmutzige Spritzen oder so ...

aus: Interview 4, Position 155–158

IP 8: Mm (als nein zu verstehen), weil wir Kinder haben, weil wir Familien haben, die eher, also zu achtzig, zu siebzig, achtzig Prozent dörflich gewohnt hatten und dann hierher kommen. Hier ist auch eher eine kleine Stadt, da ist das eher kein Thema für uns.

aus: Interview 8, Position 61–63

IP 1: Ja, erstens ist es viel zu früh und zweitens, also die, die kommen, sie sind auch gut aufgeklärt, was das AIDS angeht, weil die

eben, wir bekommen Leute, die nicht aus Dörfern oder meistens sind alle aus Großstädten und sie sind hoch gebildete Leute meistens und ich finde also AIDS ...

IP1: Ja, das wäre so ein bisschen lustig, ja also ich denke, das wäre sogar lustig, mit so einem Thema bei Neuangekommenen zu kommen.
aus: Interview 1, Position 242–243

- ▶ HIV/AIDS ist nicht Gesprächsgegenstand, aus Scham (assoziiert mit Alkohol, Drogen, Homo-Sexualität)

IP 6: Weil die Leute schämen sich, weil die Krankheit sich sexuell überträgt. Über Drogenabhängigkeit sprechen auch nicht. Es gibt sehr viele Drogenabhängige.

aus: Zusammenfassung 6, Position 29–29

- ▶ der Informationsbedarf zu HIV/AIDS ist durch die Schulen schon ausreichend abgedeckt

I: ... die sind da auch auf dem Laufenden?

IP 1: Also die Jungen jetzt, die, sagen wir mal so, unterwegs sind, die wissen eher Bescheid.

IP 1: Ja, die sind in der Schule, dann, auf dem Gymnasium, wurde schon alles, wurde aufgeklärt. Ich denke, extra brauchen wir nicht.

aus: Interview 1, Position 221–224

- ▶ für HIV/AIDS sind die Mitglieder „zu alt“ (siehe auch Telefongespräche)
- ▶ HIV/AIDS wird insbesondere von deutscher Seite problematisiert

IP 8: Aber AIDS hhm ist wirklich, kommt eher nur von der deutschen Seite, von der deutschen Presse, von dem Fernseher, von den Gesprächen, die in der Schule mit den Kindern geführt werden. Wir haben da keine Berührungspunkte bis jetzt gehabt.

aus: Interview 8, Position 64–64

Wenn HIV/AIDS ein Thema wäre, dann (gemäß den Aussagen der Organisationsvertreterinnen und -vertreter)

1. würden die Mitglieder zum Arzt gehen und nicht in/mit der Organisation darüber sprechen

IP 12: Aber die Leute sprechen eher zum Gesundheitswesen allgemein, nicht zu HIV/AIDS oder anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, da würden sie nur mit dem Arzt sprechen, das ist ein zu intimes Thema, dafür ist der Arzt zuständig.

aus: Interview 12, Position 11–11

2. wüssten die Organisationen (v. a. Gemeinden) darüber Bescheid und würden als Ansprechpartner dienen

3. wäre es in der eigenen Migrantenorganisation noch kein Thema:

IP 10: Nein, noch nicht, das ist bislang kein Thema, aber das kann noch kommen. In der Ukraine selbst ist das freilich ein großes Problem, das Problem hat mit dem moralischen Leben zu tun, das kann man vom Moralischen her sehen und beurteilen, aber die Menschen brauchen auch Hilfe.

aus: Interview 10, Position 15–15

Für den Rest der Befragten ist HIV/AIDS durchaus ein Thema, jedoch mit folgenden bemerkenswerten Einschränkungen:

- bei HIV/AIDS handelt es sich um ein generelles, weltweites Thema, auch um ein Problem des Heimatlandes, aber nicht in der Organisation
- HIV/AIDS ist ein Thema, aber nur bei Jugendlichen
- HIV/AIDS ist Thema, aber nicht in der eigenen Community, sondern bei einer anderen Gruppe/Community

IP 6: Nein, das Thema HIV/AIDS ist für die afghanische oder türkische Community nicht so brisant, aber für Osteuropäer – ich haben beispielsweise junge Russlanddeutsche, sie sind drogenabhängig, haben Hepatitis, das ist ein sehr großes Problem – da muss man mehr aufklären und tun, auch vorbeugend.

aus: Zusammenfassung 6, Position 13–13

► HIV/AIDS ist ein Thema, aber möglicherweise wissen die Betroffenen nicht von ihrer Krankheit

Im Rahmen von „Gesundheit“ ist die geäußerte Kooperationsbereitschaft der Befragten also als hoch einzustufen. Es besteht eine große Offenheit sowohl für die Auslage von Informationsmaterialien als auch für Veranstaltungsangebote. Allerdings genügt eine Materialauslage alleine nach Angaben der Befragten nicht und die Kooperationspartner müssten – insbesondere bei Veranstaltungen – auf die Organisationen zugehen:

Dagegen ist bei den Themen „HIV/AIDS – STI“ zwar immer noch eine gewisse Bereitschaft zur Kooperation ersichtlich, insgesamt allerdings in deutlich schwächerem Maße als beim Thema „Gesundheit“. Man kann in diesem Zusammenhang von einer „relativen“ Offenheit für die Auslage von Informationsmaterialien sprechen, die Offenheit für Veranstaltungsangebote zu HIV/AIDS ist als eher gering einzuschätzen.

Ebenso verhält es sich bei der Bereitschaft, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu schulen (im Rahmen von „Gesundheit allgemein“ ist wiederum eine Offenheit feststellbar, hinsichtlich der Themen „HIV/AIDS – STI“ jedoch deutlich weniger).

Aus den dargestellten Ergebnissen lässt sich schließen:

Negative Einstellungen zur HIV/AIDS-Prävention haben nicht nur mit Stigmatisierung zu tun, sondern auch mit

- einem anderen Krankheitskonzept
- dem Nicht-Vorhandensein eines Präventionsdenkens
- der Orientierung an Deutschland (nicht Orientierung an den Problemen des Heimatlandes).

Grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung ist, dass die Migrantenorganisationen den Nutzen erkennen und ihnen außerdem ausreichende Ressourcen zur Bewältigung dieser Aufgabe bereitgestellt werden. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Migrantenorganisationen kein Allzweckmittel und kein Zauberinstrument als Brücken für Gesundheits- und HIV/AIDS-Prävention sind. Migrantenorganisationen sind grundsätzlich für Kooperationen offen, dabei kann an das hohe soziale Verantwortungsgefühl der Aktiven appelliert werden. Es muss aber differenziert werden, mit wem, wozu und wie kooperiert wird. Dabei muss die Initiative von deutscher Seite ausgehen und es müssen ausreichend Ressourcen bereitgestellt werden.

Alternativen des Zugangs zu den Projektaktivitäten

Im GEMO-Projekt wurden zwar auch verschiedene Kooperationsversuche mit Migrantenorganisationen umgesetzt, diese gehören jedoch nicht zu den erfolgreichen Aktivitäten. Letztere umfassen eher Veranstaltungen zur HIV-Prävention in festen Gruppen. Daher wird im Folgenden die Gesamtauswertung der Projektaktivitäten dargestellt, hier werden Aktivitäten für Jugendliche und Erwachsene getrennt behandelt.

Innerhalb der Projektlaufzeit wurden zahlreiche Veranstaltungen durchgeführt, die in nachfolgender Tabelle aufgelistet sind. Die jeweils fett gedruckten konnten evaluiert, d.h. Daten der Teilnehmenden erhoben werden. Einige der Veranstaltungen wurden mehrmals durchgeführt, wie beispielsweise das Modul „Frauengesundheit, Männergesundheit, Sexualität, HIV/AIDS/STI“ in den Integrationskursen oder der Mitmach-Parcours der BZgA, der im Einzelnen sehr viele junge Teilnehmende gleichzeitig erreichte.

Gesundheitsförderung mit Jugendlichen in Schulklassen	Schulung für Sozialarbeiter
Ehrenamtschulung für alle Ehrenamtliche der lokalen AIDS-Hilfe	Input zum Thema Interkulturelle Sexualpädagogik im Rahmen des AK Sexualpädagogik
Frühstück für und mit Eltern von der Russischen Schule	Multiplikatorenschulung
Gesprächskreis Gesundheit	Schulung HIV/AIDS/STI mit den Multiplikatoren
Albanische Frauengruppe	Schulung für Fachkräfte
Infostand beim Jugendgipfel Crashkurs Gesundheit	(Frauen-)Gesundheit, Männergesundheit, Sexualität, HIV/AIDS/STI
Fit für Deutsch, Gymnastik vor dem Integrationskurs mit Kinderbetreuung	HIV/AIDS-Prävention in der Internationalen Vorbereitungs-klasse
Ein Tag für mich – Wir Frauen achten auf unsere Gesundheit	Infoabend Diabetes
Stand bei Veranstaltung zum Welt-AIDS-Tag	Moderatorenschulung für Mitmach-Parcours der BZgA
Führung DRK-Kreisverband	HIV und Migration – Schulung für Fachkräfte
HIV/AIDS-Schulung für Eltern im Rahmen des Projekts Elternkompass	Infoveranstaltung, „Gesundheit erhalten unter schwierigen Lebensbedingungen“

Frauen in Familie und Gesellschaft – Soziologische und psychologische Aspekte	Schulung STI innerhalb des normalen Peer-Gruppen-Treffens
Gewöhnlich unkonventionelles Kind	HIV/AIDS-Schulung im Rahmen des Elternkompass
Präventionsaktion im Kino mit den Mini-Peers	Schulprävention
Gesundheitsförderung für junge Männer in U-Haft	Schulprävention mit Multiplikatoren
Partnerschaft und Sexualität: „Du und ich – das Geheimnis einer erfüllten Partnerschaft“	Reichenauer Tage zur Bürgergesellschaft, Thema: Integration als Herausforderung für die kommunale Ebene
Parkaktion	Mini-Peer-Schulung
Gesundheitstage im Russischen Laden	Gesundheitssystem, STI und AIDS
Spielstation für Kinder „Gesundes Essen“	Einführung in die Sexualpädagogik, Basiswissen HIV/AIDS
Prävention in der „russischen“ Disco	Sexualerziehung und HIV
AGORA-Markt im Rahmen der Interkulturellen Woche	1. Hamburger AIDS Kongress
Gesundheitssystem in Deutschland für Mütter der Russischen Schule	Mädchengruppe (Thema Pubertät, Sexualität und Gesundheit)
Rückenschule – Gestärkt für den Alltag	Fachgruppentreffen AIDS und Mobility
Aktion mit AIDS-Hilfe auf Open-Air-Konzert (Jugendhaus)	Infoabend Infektionskrankheiten
Fit am Morgen, Gymnastik vor dem Integrationskurs	Ärztinnen-Informationsstunde
Nachmittage für jugendliche Migrantinnen und Migranten (aus dem Übergangswohnheim) bei der AIDS-Hilfe	Praktische Lösungen im Umgang mit Tabus (HIV/Sucht) beim Dolmetschen im Gesundheitswesen
Infoabend Epidemien und Desinfektion mit Hygiene-Beauftragten	Peer-Schulung zur Schulprävention Gesundheits-Quiz
Comic-Workshop	Infoveranstaltung in der U-Haft der JVA Freiburg
Kondom-Diplom im Jugendtreff	Interkulturelle Woche, Fußball 2010 (Großveranstaltung)
Infostand bei Fest	Info-Stand beim Interkulturellen Quartiersmarkt

Mitmach-Parcours zu AIDS, Liebe und Sexualität der BZgA (Großveranstaltungen)	Präventionsveranstaltung zum Thema STIs
--	---

84 Veranstaltungen wurden als Fortbildungen angeboten, die zu 71% in den Räumlichkeiten der Kooperationspartner stattfanden. 83,8% der Fortbildungen konnten einer Primär-, 7,4% einer Sekundärprävention zugeordnet werden (beides: 8,8% der Fälle). Der Großteil wurde auf Deutsch (88,8%), lediglich 11,2% in anderer Sprache bzw. in beiden Sprachen durchgeführt. Im Mittel dauerten die Veranstaltungen ca. 2 Stunden. Einige Veranstaltungen (hier nicht mit einberechnet) liefen ein- oder mehrtägig (10–30 Stunden). Die Fortbildungen erreichten im Mittel fast 14 Teilnehmende (je 2–34), davon waren geschätzte 6 Teilnehmende osteuropäischer Herkunft (je 0–23).

Insgesamt wurden mit den 84 Fortbildungen ca. 1169 Teilnehmende gezählt, davon geschätzte 396 Teilnehmende osteuropäischer Herkunft.

Die Ansprache der Teilnehmenden gelang insbesondere über bekannte Gruppen (56,3%), über die DRK-Kreisverbände (55,1%) und zu 60% über „Sonstiges“. In diese Kategorie fielen hauptsächlich Sprachschulen und andere (Weiter-)Bildungsträger. Mehrfachnennungen waren möglich.

Bekannte Gruppe	Offene Ausschreibung	Ärzt/innen	Multiplikator/innen
56,3 %	5,0 %	3,8 %	7,5 %
Migranten-Organisation	Gesundheitsamt	Schlüssel-Person	Schule
6,3 %	8,8 %	8,8 %	8,8 %
DRK-Kreisverband	Flyer	Projekt-Arbeitsgruppe	Sonstiges
55,1 %	7,5 %	11,3 %	60,0 %

Die Hauptinhalte der Fortbildungen waren zu 84,5% „HIV/AIDS“, zu 79,8% „Sexualität“ und in 63,1% der Fälle „STIs“ (*Sexually Transmitted Infections*). Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich.

Die Themen Gesundheit, Ernährung sowie sonstige spielten dagegen bei den Fortbildungsveranstaltungen eine eher untergeordnete Rolle (5–12%).

Die Teilnehmergruppen setzten sich vorwiegend aus Müttern (zuletzt bei 51,3%) und Vätern (25%) zusammen.

Die Gruppe der Väter gestaltete sich dabei eher zufällig, wohingegen die Mütter häufig in genau dieser Funktion angesprochen werden konnten. Studierende (5%), Jugendliche (16,3%), vulnerable Gruppen bzw. so genannte „Risikogruppen“ (6,3%) und sonstige (20%, z.B. ältere Menschen) waren bei den Fortbildungen eher weniger zugegen. Mehrfachnennungen waren möglich.

Bei der Betrachtung über die Projektlaufzeit hinweg wird deutlich, dass Impulse der wissenschaftlichen Begleitung in der Projektarbeit auch aufgenommen wurden: Beispielsweise war die Gruppe der Mütter schon im April 2009 mit 42,1% stark vertreten, schloss dann zu Projektende mit 51,3% noch besser ab, da die Gruppe der Frauen generell als besonders ansprechbar für die Thematik identifiziert wurde.

Des Weiteren wurden 105 Gruppenaktivitäten dokumentiert, die zu 58% in den „eigenen“ Räumlichkeiten der Standorte stattfanden. 45,6% der Fortbildungen konnten einer Primär-, 43% einer Sekundärprävention zugeordnet werden (beides: 11,4% der Fälle). Der Großteil wurde auf Deutsch (72,9%) und 27,1% in anderer Sprache bzw. in beiden Sprachen durchgeführt. Die Gruppenaktivitäten erreichten im Mittel 43 Teilnehmende, darunter waren mindestens 13 Großveranstaltungen mit je 100 bis 280 Teilnehmenden. Geschätzte 15 Teilnehmende pro Gruppenaktivität waren osteuropäischer Herkunft.

Insgesamt wurden mit den 105 Fortbildungen ca. 4165 Teilnehmende gezählt, davon geschätzte 1263 Teilnehmende osteuropäischer Herkunft.

Die Ansprache der Teilnehmenden gelang insbesondere über die Schule¹¹ (46,5%), über bekannte Gruppen (23%), aber auch über Schlüsselpersonen (23%). Unter die Kategorie „Sonstiges“ fielen zusätzlich die Jugendsozialarbeit, Kinder, Laufkundschaft und wiederum (Weiter-)Bildungsträger. Mehrfachnennungen waren möglich.

11 Die Teilnehmenden zählten hierzu neben der „echten“ Schule auch Schulsozialarbeit und Sprachschulen.

Bekannte Gruppe	Offene Ausschreibung	Ärzt/innen	Multiplikator/innen
23,0 %	15,0 %	0 %	9,0 %
Migranten-Organisation	Gesundheitsamt	Schlüssel-Person	Schule
11,0 %	1,0 %	23,0 %	46,5 %
DRK-Kreisverband	Flyer	Projekt-Arbeitsgruppe	Sonstiges
12,0 %	5,0 %	0 %	38,0 %

Zu den Hauptinhalten der Gruppenaktivitäten zählten überwiegend die Themen „Gesundheit allgemein“ mit 40% und „Gesundheit speziell“ (38,1%). Es folgten „Sexualität“ (31,4%) und „HIV/AIDS (33,3%). Mehrfachnennungen waren möglich. Die Teilnehmenden waren überwiegend Jugendliche (zuletzt bei 47,5%), gefolgt von der Gruppe der Mütter (zuletzt bei 36,6%). Mehrfachnennungen waren möglich.

Gemäß der Projektentwicklung konnten zunehmend Fachkräfte, Kooperationspartner, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Peers als Teilnehmende gewonnen werden. Bezeichnenderweise spielte das Gesundheitsamt und dessen Mitarbeitende wie an anderen Stellen des Projekts keine Rolle. Stabile und kontinuierliche Vernetzungspartner waren in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit:

- Fachkräfte
- Multiplikatorinnen und Multiplikatoren
- Feste Kooperationspartner

Die Peers wurden im Laufe des Projekts zunehmend wichtiger.

Zudem kam es während der Projektlaufzeit zu 108 Einzelberatungen. Diese wurden immer wieder durch Veranstaltungen des Projekts, insbesondere in Anwesenheit der AIDS-Hilfe, initiiert oder fanden an den Standorten statt, wo ein sehr fester Zugang zur Zielgruppe und das Vorhandensein einer festen Ansprechpartnerin innerhalb bestehender Strukturen bereits gegeben war. Die hauptsächlichen Beratungsinhalte drehten sich um:

Mädchen und Sexualität	HIV-Test und Testmöglichkeiten STI
Sexualität, Sexualerziehung, Schwangerschaft (der Kinder, in der Ehe, persönliche Fragen dazu...)	andere Erkrankungen (z.B. Krebs, Blutkrankheit)
Verhütung, Schutz vor AIDS	Probleme in der Kommunikation mit Ärzten
Fragen zum Gesundheitssystem	Auto-Aggression
HIV-Infektion (Begleitung, Gespräch mit Peer ...)	Aufenthaltssicherung (z.B. bei HIV-positiver Frau)
psychische Gesundheit eines Schülers	

Evaluationsbogen für Jugendliche

Von der Gruppe der Jugendlichen erhielt die wissenschaftliche Begleitung insgesamt N = 162 Fragebögen. 69% der Bögen wurden in der einfachen Version ausgefüllt. Bei den evaluierten Veranstaltungen handelte es sich hauptsächlich um Gruppenaktivitäten. Ausnahmslos alle Veranstaltungen wurden in deutscher Sprache durchgeführt, die Durchführung erfolgte in zwei Dritteln der Fälle in den Räumlichkeiten der Projektstandorte. Zu den Inhalten der Veranstaltungen zählten u.a. (Rangreihe):

- Gesundheitsförderung in Schulklassen
- HIV – STI – Sexualität in Berufsvorbereitungsklassen
- Besuch des Gesundheitsamts
- DRK-Führung
- Mini-Peer-Schulung
- Schulprävention
- Multiplikatorenschulung HIV/AIDS/STI
- Gesundheitsquiz
- Kondom-Diplom
- Comic-Workshop
- Prävention in Justizvollzugsanstalt

Die Teilnehmenden waren zu 59% weiblich und im Mittel 16 Jahre alt. Mindestens 26,5% der Teilnehmenden konnten aufgrund der Angaben im Fragebogen eindeutig einem osteuropäischen Hintergrund zugeordnet werden. Überwiegend handelte es sich bei den jugendlichen Teilnehmenden um Hauptschülerinnen und

Hauptschüler. Zwei von 162 Befragten nahmen als Peers an den Veranstaltungen teil. Aus Sicht der Teilnehmenden fand die Ansprache über die Schule (73,4%), über eine Lehrkraft (28%) oder als Teil des Kursangebots (30%) statt. Bei „Anderes“ (10,5%) findet sich beispielsweise die persönliche Ansprache. Mehrfachnennungen waren möglich.

Freunde *	Schule *	Klassenlehrer/in	Ausbildungsbetrieb
2,8 %	73,4 %	28,0 %	- (-)
Eltern	Infoveranstaltung	Poster / Plakat	Sozialarbeiter/in
- (-)	2,0 %	- (-)	8,0 %
Teil des Kursangebots	GEMO-Flyer	Pflichtveranstaltung	Anderer(s) *
30,0 %	2,0 %	- (-)	10,5 %

*Antwortoption in allen Fragebogenversionen vorhanden

Als Motive zur Teilnahme wurden hauptsächlich genannt, dass es wichtig ist, (sich) zu informieren, das eigene Interesse und die Erweiterung von Wissen oder weil ein bestimmtes Thema (z.B. Hepatitis) von besonderem Interesse war, aber auch: „weil ich musste“ (schulische Veranstaltung), „weil es unsere Lehrerin gesagt hat“, „... und ich auf gar keinen Fall HIV bekommen möchte“, „weil andere mitgemacht haben“ und „weil es mal was anderes war“.

Mit dem Hinweis auf das Phänomen der sozialen Erwünschtheit generell kann man bei der Gruppe der Jugendlichen aufgrund ihrer eigenen Einschätzung festhalten, dass die *Ziele* der Veranstaltung klar waren bzw. wurden, dass größtenteils eine Beschäftigung mit dem *Thema* stattfand und die Teilnehmenden dadurch etwas *lernen* konnten. Die *Atmosphäre* in der jeweiligen Teilnehmergruppe wurde als angenehm empfunden.

Die meisten Unsicherheiten sind allerdings bei der Frage des *Selbstbezugs* zu beobachten. Ob die Angesprochenen angaben, dass sie das Thema selbst betrifft, hing häufig mit dem Inhalt der Aktivität zusammen. Beispielsweise wurde eher kein Selbstbezug hergestellt, wenn es in der Veranstaltung direkt um Themen wie „HIV/AIDS“, „Sexualität“ oder den Besuch des Gesundheitsamts ging. Bei Inhalten wie „Gesundheit allgemein“ oder „Ernährung“ lag eine eigene Betroffenheit in der Regel näher.

Des Weiteren machten die Veranstaltungen *Spaß*, auch wenn es bei dieser Frage Unsicherheiten und Gegenstimmen gab. Die Inhalte der Aktivitäten wurden insgesamt als *verständlich* eingestuft.

Die *Umsetzungsfrage* wurde, je nach Veranstaltungsinhalt, teilweise als schwer in ihrer Beantwortung wahrgenommen. Nichtsdestotrotz fiel die selbst eingeschätzte Intention für einen Transfer des jeweils dargebotenen Inhalts deutlicher aus als die Frage nach dem Selbstbezug.

In den ausführlicheren Bögen wurden die Jugendlichen außerdem andeutungsweise zu einer möglichen Funktion als Multiplikatorin und Multiplikator („Ich kann mir vorstellen, andere Jugendliche zu diesem Thema zu informieren“) befragt, ohne den Begriff ausdrücklich zu nennen. Eine Zustimmung wird ersichtlich, allerdings reagieren gleichzeitig fast zwei Fünftel der Befragten eher ablehnend bzw. unentschieden auf diese Frage.

Bei der Frage nach einem weiteren Austausch wird mit Abstand die Schule (82%) als geeigneter Ort eingeschätzt. Es folgen Gruppentreffen mit 56%, das Internet (34%), Workshops mit 26% und Partys (22%). Mehrfachnennungen waren hier möglich.

Auf die Frage, was den teilnehmenden Jugendlichen besonders gefallen hat, gab es folgende Eigennennungen:

- Spiele
- (lockere) Atmosphäre, Offenheit
- „alles“
- viele Informationen, Neues dazugelernt
- die Autos (bei der DRK-Führung)
- Fragerunde – und die Antworten dazu
- Gute Erklärungen, Verständlichkeit
- ... dass auf das Thema „AIDS“ aufmerksam gemacht wurde
- zuhören
- die Themen „Alles über mich“ / „Was ist Gesundheit“ / „Gutes Leben“ usw.
- die gute Aufklärung
- Frauenkondome
- Thema „Drogen“ und „pro familia“
- Mitarbeitende der AIDS-Hilfe
- Bilder

Die Gesamtbewertung der GEMO-Veranstaltungen fiel bei der Gruppe der Jugendlichen mit 85% aller Bewertungen im sehr guten bis guten Bereich äußerst positiv aus. Das Ergebnis ist insofern beachtlich, da es sich für viele Jugendliche um Pflichtaktivitäten handelte.

Evaluationsbogen für Erwachsene

Von der Gruppe der Erwachsenen erhielt die Wissenschaftliche Begleitung insgesamt N = 637 Fragebögen. Der Großteil der Bögen (80%) wurde in der einfachen Version ausgefüllt. Bei den evaluierten Veranstaltungen handelte es sich bei dieser Gruppe vorrangig um Fortbildungen. Auch hier wurden fast alle Veranstaltungen in deutscher Sprache durchgeführt, lediglich eine Veranstaltung fand auf Russisch statt. Die Durchführung erfolgte überwiegend in den Räumlichkeiten der Kooperationspartner (v.a. Integrationskurse). Zu den Inhalten der Veranstaltungen zählten u.a. (in absteigender Reihenfolge):

- Frauengesundheit, Männergesundheit (in den Integrationskursen)
- Infoabende (Diabetes, Infektionskrankheiten, Hygiene)
- Sexualerziehung HIV/AIDS
- Gymnastikkurse
- Schulungen im Rahmen des Elternkompass
- Albanische Frauengruppe
- Dolmetscher im Gesundheitswesen
- Gesundheitssystem, HIV und STI
- Praktische Lösungen im Umgang mit Problemen und Tabus
- HIV und Migration, Schulung für Fachkräfte
- Schulung für Sozialarbeiter
- Präventionsveranstaltung im Obdachlosenheim
- Mini-Peer-Schulung
- STI-Veranstaltung der Mini-Peers
- Klangschalenmeditation
- Du und ich – das Geheimnis einer erfüllten Partnerschaft
- Frauen in Familie und Gesellschaft – soziologische und psychologische Aspekte
- Crashkurs Gesundheit
- Peer-Schulung „Schulprävention“

Die Teilnehmenden waren zu 75,5% weiblich und im Mittel 37,1 Jahre alt. Mindestens 44,3% der Teilnehmenden konnten aufgrund der Angaben im Fragebogen eindeutig einem osteuropäischen Hintergrund zugeordnet werden. Überwiegend handelte es sich bei den beteiligten Erwachsenen um „normale“ Teilnehmende. 2,8% waren Multiplikatorinnen/Multiplikatoren oder Peers, bei 1,6% der Befragten handelte es sich um Kooperationspartner.

Erwähnenswert ist an dieser Stelle die Anhäufung von Fehlwerten. Insbesondere bei der Frage nach dem Schulabschluss, aber auch bei den Fragen nach Alter, Herkunftsland und Nationalität kam es zu einem lückenhaften Antwortverhalten. Aus Sicht der Teilnehmenden fand die Ansprache vorrangig über persönliche Einladungen (39,1%), Freunde (18,1%) oder als Teil des Kursangebots (17,3%) statt. Zu „Sonstiges“ (17,5%) zählten z.B. Kooperationspartner (Berufliche Qualifikationsmaßnahme, [Weiter-]Bildungsträger, Studentischer Verein) oder Mitarbeitende der Projektstandorte. Mehrfachnennungen waren möglich.

Als Motive zur Teilnahme wurden hauptsächlich genannt:

- Interesse am Thema im Allgemeinen, Interesse an Weiter- bzw. Fortbildung, Neues zu lernen bzw. vorhandene Kenntnisse zu vertiefen, um (neue) Informationen zu bekommen, arbeitsbezogenes Interesse und erwarteter Nutzen für die Tätigkeit, Interesse wegen eigener Kinder, persönliches Interesse und Neugier
- an ganz bestimmtes Thema (z.B. Diabetes)
- die persönliche Einladung
- sowie bei praktischen Gesundheitskursen: wegen akuter Beschwerden, „weil es gesund ist“

Wiederum unter Beachtung des Phänomens der sozialen Erwünschtheit kann man bei den befragten Erwachsenen festhalten, dass die Ziele der Veranstaltung sehr klar waren bzw. wurden, dass weitgehend eine Auseinandersetzung mit dem Thema stattfand und den Teilnehmenden Lernen ermöglicht wurde. Die Atmosphäre in der jeweiligen Teilnehmergruppe ließ nach eigenen Angaben nicht viel zu wünschen übrig.

Wie bei den Jugendlichen sind die meisten Unsicherheiten bei der Frage des Selbstbezugs zu beobachten, wenn hier auch weniger auffällig. Allerdings ist zu erwähnen, dass die Gruppe der erwachsenen Befragten zu dieser Frage häufiger keine Angaben machte und mehr als bei den Jugendlichen Veranstaltungen mit „unverfänglichen“ Themen (z.B. Gesundheit) angeboten wurden. Wie bei den Jugendlichen kamen kritische Einschätzungen eher dann zustande, wenn es sich bei den Inhalten um Themen wie „HIV/AIDS“ handelte.

Des Weiteren wurde durch die Angebote das *Interesse* der Teilnehmenden geweckt, und zumindest die Intention zur *Umsetzung* der Inhalte kann als zufriedenstellend betrachtet werden.

In den ausführlicheren Bögen wurden die Erwachsenen zudem konkret auf ihre vorstellbare Rolle als Multiplikatorin und Multiplikator („Ich kann mir vorstellen, das

Thema weiter bekannt zu machen/als Multiplikatorin tätig zu werden“) befragt. Eine Zustimmung wird ersichtlich, lediglich etwas mehr als ein Viertel der Befragten steht dieser Frage skeptisch gegenüber.

Als dafür hilfreich empfunden zusammengenommen 90,3% das jeweilige Angebot (stimmt absolut: 67,3%, stimmt ziemlich: 23%).

Bei der Frage des weiteren Austauschs werden Workshops (56,6%) und der Bekanntenkreis (51,6%) als dafür besonders geeigneter Ort wahrgenommen. Es folgen das Internet mit 26,2% und Partys (8,2%). Mehrfachnennungen waren möglich. Als eigene Ideen (15,6%) wurden Schulen, soziale Einrichtungen, die Arbeitsstelle, Sprachkurse und die eigene Familie genannt.

Auf die Frage, was den Beteiligten besonders gefallen hat, gab es folgende Eignennungen:

- **alles**
- das Thema HIV/AIDS
- die Qualität der Vorträge, abwechslungsreiche Darstellung
- die offene, angenehme Atmosphäre
- die Mischung aus Theorie und Praxis
- nützliche, neue, wichtige Informationen
- verständliche Erklärungen
- wichtige, interessante Themen (z.B. Frauengesundheit, Gesundheitssystem)
- die Kompetenz der Referierenden
- Fragen stellen zu können, Diskussion
- ferner:
 - Fitness, Pilates
 - die (gute) Übersetzung
 - über das Thema zu reden, lockerer Umgang mit dem Thema in der Gesellschaft
 - die Spiele
 - die Arbeit in der Gruppe
 - die Organisation

Als besonders ansprechend wurde zudem im ausführlicheren Fragebogen „alles“ sowie im Speziellen die Themen „HIV und Migration“, „STIs“, „Schulprävention“, „Ansteckungsgefahr und Prävention“, „Depression und HIV/AIDS“, „Dolmetschen im Gesundheitswesen“, „Ernährung“ und die „medikamentöse Behandlung bei HIV (insbesondere bei Schwangeren)“ empfunden.

Die Gesamtbewertung der GEMO-Veranstaltungen fiel bei den Erwachsenen ebenfalls äußerst positiv aus. 84,6% fanden die GEMO-Veranstaltungen „sehr gut“, 5,7% gut und nur 9,7% mittel (neben einigen Fehlwerten).

Fazit:

Bei dieser Gesamtauswertung fällt auf, dass bei vielen dieser Veranstaltungen sowohl bei den Jugendlichen als auch bei den Erwachsenen als Motiv zur Teilnahme Verpflichtung oder gar Zwang angegeben wurden – auf jeden Fall die Teilnahme nicht immer freiwillig erfolgte. Dennoch sind diese Veranstaltungen stets sehr positiv bewertet worden – und zwar sowohl von jüngeren als auch älteren Teilnehmenden. Dies ist als Indiz dafür zu werten, dass heikle oder sensible Themen erfolgreich vermittelt werden können, wenn die Vermittlung gut erfolgt – eine besondere Motivation zur Teilnahme muss nicht vorliegen. Als Indizien für eine erfolgreiche Vermittlung wurden immer angegeben:

- sensibles, offenes Vorgehen der Vortragenden,
- methodisch interessant gemachte Einheiten, Auflockerung durch Spiele etc.
- umfassende Informationen

Interessant ist ferner der geschlechtsspezifische Aspekt: Die Teilnehmergruppen der Fortbildungen setzten sich vorwiegend aus Frauen bzw. Müttern (zuletzt bei 51,3%) und weniger aus Männern (Väter – 25%) zusammen. In allen Studien zeigte sich, dass die Gruppe der Frauen generell besonders ansprechbar für die Thematik ist.

Jugendliche wurden vor allem über Gruppenaktivitäten erreicht, die Ansprache der Teilnehmenden gelang insbesondere über die Schule bzw. Schulsozialarbeit (46,5%), über bekannte Gruppen, aber auch über Schlüsselpersonen und Bildungsträger. Auch das Netzwerk der AIDS-Hilfe Freiburg spielte eine bedeutende Rolle.

Interessant ist ferner, dass der Großteil der Projektaktivitäten und Forschungsinstrumente auf Deutsch (72,9%) durchgeführt wurde. Dies führt zu der Frage nach ethnisch und kulturell sensiblen Zugängen. Das Projekt zeigte, dass kultursensible Ansätze in der Gesundheitsvorsorge und HIV-Prävention sich nicht durch eine ethnisch charakterisierbare Sensibilität auszeichnen, sondern durch Methoden und professionelle Haltungen, die Empathie, Respekt, Offenheit und Toleranz gegenüber den Haltungen und Gefühlen von Teilnehmenden an Maßnahmen ausdrücken. Kenntnisse osteuropäischer Sprachen oder die Mitarbeit von Peers sind dabei von Vorteil, aber eher im Sinne einer Brücke. Element dieser Sensibilität kann auch die Arbeit in geschlechterhomogenen Gruppen sein.

2.2.2. Kulturelle Aspekte: Haltungen zu HIV/AIDS und zur Gesundheitsprävention

Wissen über Eigenverantwortung und Gesundheitsprävention, zur Tabuisierung und Stigmatisierung von HIV, zum Verhältnis der Einschätzungen des Einwanderungslandes und des Herkunftslandes eröffnen wichtige Potentiale für Prävention. Daher wurde eine weitere Studie zur Haltung bezüglich Gesundheit und HIV/AIDS bei der Zielgruppe durchgeführt.

Beschreibung des Vorgehens, der Stichprobe und der Auswertung

Für die folgende Studie wurden zunächst Fragebögen in deutscher und russischer Sprache an verschiedene Standorte in der Region verschickt. Aus den ersten Ergebnissen dieser Befragungsaktion wurde ein Leitfaden zur Expertenbefragung entwickelt, der die aus der quantitativen Erhebung gewonnenen Erkenntnisse durch die Außenperspektive validieren bzw. ggf. widerlegen sollte. Bei dem verwendeten Instrument handelt es sich um einen dreiseitigen, vollstrukturierten Fragebogen mit Deckblatt, der neun Fragenblöcke zum Thema HIV/AIDS enthält. Bei den Frageinhalten wurde auf verschiedene Expertenratschläge hin darauf geachtet, dass die Fragen in einer gewissen Distanz zum Befragten formuliert und „Ich“-Aussagen vermieden wurden.

In der ersten Juliwoche 2009 wurden an 52 Standorte in der Region Südbaden persönliche Anschreiben verschickt. Diese Standorte setzten sich aus Beratungsstellen (MBEs, JMDs), Standorten des Drogen- und Suchtberatungsbereichs, Sprachkursträgern, Therapieeinrichtungen, Treffpunkten, Gemeinden, Vereinen, Einzelpersonen mit Kontakt zur Zielgruppe (wie z.B. Frauenarzt, Bewährungshilfe,...) und zwei Gesundheitsämtern zusammen. Diese Anschreiben enthielten die Ankündigung, dass in den nächsten Tagen ein Päckchen mit Fragebögen eintreffen würde und die Standorte gebeten wären, an einer Studie zu HIV/AIDS mitzuwirken. Gleichzeitig bekamen diese so die Gelegenheit, Fragen zur Erhebung stellen oder ihre Mithilfe ablehnen zu können.

Die Päckchen enthielten die Fragebögen auf Russisch und Deutsch und waren so präpariert, dass sie gleichzeitig als Einwurfbox fungierten. Für eines der Gesundheitsämter wurde statt des Päckchens eigens ein Briefkasten ausgehängt und dazu kleine Informations-Plakate angefertigt, um den seriösen Charakter der Befragung zu steigern. Auf die Befragung einer Vergleichsgruppe wurde verzichtet, da im Sinne des Ansatzes der Interkulturellen Öffnung nicht auf die Hervorhebung von möglichen Unterschieden zwischen Osteuropäerinnen/Osteuropäern

und Mitteleuropäerinnen/Mitteleuropäer gezielt wurde. Zur Sicherung des Rücklaufs wurde in der dritten Septemberwoche den Standorten grundsätzlich für ihre Teilnahmebereitschaft bzw. ihre bereits erfolgte Teilnahme gedankt. Ihnen wurde mitgeteilt, dass sich die Rückmeldefrist um einen Monat auf den 31. Oktober 2009 verlängert. Zudem wurde gefragt, wie der Fragebogen angenommen wurde und ob von diesem Standort überhaupt ausgefüllte Fragebögen zu erwarten wären. Angesprochen wurde auch, ob man dem jeweiligen Standort eventuell noch weitere Fragebögen zukommen lassen dürfe. Im Falle des Interesses an den Ergebnissen der Erhebung wurde zuletzt um die Angabe einer gültigen E-Mail-Adresse gebeten.

Bis zum 15.11.2009 wurden insgesamt $N = 290$ bearbeitete Fragebögen aus 33 Standorten an die Wissenschaftliche Begleitung zurückgesandt, was einem standortbezogenen Rücklauf von 63% entspricht.

Von den 290 Befragten konnten als Mitglieder der Zielgruppe eindeutig $N = 196$ identifiziert werden, was sich zum einen aus den Angaben zu Nationalität und Herkunftsland, zum anderen aus der Sprache des Bogens ableiten ließ, selbst wenn keine expliziten Angaben hierzu getroffen wurden.

25 Fragebögen wurden aus der Auswertung ausgeschlossen, da sie aufgrund der Angaben zu Nationalität und Herkunftsland (deutsch / Deutschland) keine einwandfreien Rückschlüsse auf einen Migrationshintergrund zuließen, auch wenn in den meisten Fällen die Vermutung nahe lag, dass es sich um Mitglieder der Zielgruppe handelte. Vier der 33 Standorte konnten aufgrund des verspäteten Eingangs nicht mehr in die Auswertung aufgenommen werden. Demnach beziehen sich die Ergebnisse auf die endgültige Anzahl von $N = 194$. Die Fragebögen wurden statistisch nach Häufigkeiten ausgewertet. Offene Antworten waren in dieser Erhebung keine zu bearbeiten. 55% der Befragten füllten den Bogen auf Russisch, 45% auf Deutsch aus.

Expertenbefragung

Hierfür wurde die Interviewbereitschaft der dafür in Frage kommenden Ansprechpartnerinnen und -partner erfasst, die alle in persönlichem Kontakt zur Zielgruppe stehen sollten. So konnten im Oktober 2009 insgesamt sieben Interviewtermine vereinbart werden, von denen zwei in ihrer Ausführlichkeit von den übrigen fünf Interviews abwichen. Sechs Gespräche fanden in Freiburg und eines in Lahr statt, darunter sechs Frauen und ein Mann. Die Interviewten deckten die Bereiche Beratungsstellen (JMD/MBE)/Soziale Arbeit, Fachdienst Migration, Bewährungshilfe, Schlüsselperson (Community), Allgemeine Sozialberatung für Spätaussiedler

und AIDS-Hilfe ab. Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und abschließend anhand des Programms MAXQDA ausgewertet und zusammengeführt.

Ergebnisse

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Fragebögen dargestellt, danach erfolgt eine Zusammenfassung in verschränkter Form, d.h. die Zitate der Expertinnen und Experten ergänzen die Ergebnisse der Fragebogenerhebung.

Trotz der hohen Rücklaufquote gibt es Hinweise auf den heiklen Charakter des Themas: Auf vielen Bögen finden sich Lücken zu den soziodemographischen Daten (15%). Insbesondere bei den russischsprachigen Bögen wurden diese Angaben bewusst völlig ausgelassen. Man darf annehmen, dass es sich hierbei sowohl um Hemmschwellen dem Fragebogen als Dokument als auch dem Thema HIV/AIDS gegenüber handelt. Diese Annahmen werden durch Äußerungen von Standorten untermauert, die nicht an der Befragung teilnahmen.

Im Mittel sind die Befragten 36 Jahre alt, wobei die Altersspanne von 13 bis 76 Jahre reicht. Als Herkunftsländer wurden genannt:

sowie vereinzelt:

- | | | |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| ▪ Russland (39%) | ▪ Bosnien-Herzegowina | ▪ Tadschikistan |
| ▪ Kasachstan (27%) | ▪ Moldawien | ▪ Aserbaidschan |
| | ▪ Polen | ▪ Sibirien |
| ▪ Albanien (Kosovo) (7%) | ▪ Kroatien | ▪ Turkmenistan |
| ▪ Ukraine (6%) | ▪ Kirgisistan | ▪ Ungarn |
| ▪ Rumänien (4%) | ▪ Deutschland | ▪ Estland |
| ▪ Bulgarien (3%) | ▪ Weißrussland | ▪ Türkei (russischsprachig) |

68% der Befragten waren Frauen, 32% Männer.

Einstellungen zu Gesundheit bzw. Krankheit – Ergebnisse der Fragebogenerhebung

Die Wahrnehmung von Eigenverantwortung bei der Vorbeugung von Krankheiten wird erkennbar, da über zwei Drittel aller Befragten der ersten Aussage „Krankheiten kann man selbst vorbeugen“ zustimmen. (N = 194)

Lediglich 19,1% der Befragten widersprechen dieser Aussage und rund 10% sind sich diesbezüglich unsicher. Dabei bejaht im Altersvergleich die Untergruppe der unter 35-Jährigen mit 71,3% tendenziell deutlicher als die über 35-Jährigen

(66,0%), und nach Geschlecht betrachtet bejaht die Untergruppe der Männer mit 75,4%¹² diese Aussage und Frauen (68,6%).

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der dritten und der fünften Aussage des Fragebogens.

Bei Aussage 3 (Man sollte selbst dazu beitragen, sich gesund zu halten) wird mit 95,4% Zustimmung eine Absichtserklärung in Hinblick auf die Rolle der Eigenverantwortung besonders deutlich.

Bei den unter 35-Jährigen (97,9%) und den Männern (98,2%) ist dieses Bild wiederum tendenziell klarer als bei den über 35-Jährigen (93,0%) und Frauen (95,0%).

Der fünften Aussage (Für die eigene Gesundheit ist man auch selbst verantwortlich) stimmen insgesamt 85,1% aller Befragten zu. Bei den unter 35-Jährigen (88,3%) und den Männern (89,5%) setzt sich der oben beschriebene Trend gegenüber der Gruppe der über 35-Jährigen (82,0%) und der Gruppe der Frauen (84,3%) fort.

Bei der zweiten Aussage (Für die Gesundheit der Bevölkerung sind vor allem Ärzte verantwortlich) erfolgt der Widerspruch mit 51,5% dagegen eher zögerlicher. 35,6% aller Befragten stimmen dieser Aussage zu, 10,3% sind sich dessen unsicher. Dabei stimmt die Gruppe der unter 35-Jährigen eher gegen diese Aussage (56,4%) bzw. stimmt ihr gleichzeitig auch weniger häufig zu (33,0%). Die Gruppe der Männer äußert sich hier ebenfalls leicht kritischer als die Gruppe der Frauen.

Bei der Aussage „Krankheit ist hauptsächlich Schicksal“ fällt auf, dass sie insgesamt von fast einem Fünftel der Befragten (18,6%) bejaht wird, allerdings wird sie von 60% abgelehnt. Dabei sprechen sich wiederum die unter 35-Jährigen mit fast 61% klarer gegen die Rolle des Schicksals aus und nur 12% stimmen hier zu.

Im direkten Vergleich Frauen – Männer ergeben sich an dieser Stelle keine nennenswerten Unterschiede.

Zusammenfassend lässt sich sagen, bei der Zielgruppe scheint durchaus ein Potential an Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit vorhanden und eine Bereitschaft erkennbar, aktiv gesundheitliche Vorsorge zu betreiben¹³. Noch deut-

12 Zu beachten ist, dass die Gruppe der Männer nur halb so viele Befragte umfasst wie die Gruppe der Frauen.

13 Dieses Wissen und die Sorge um die eigene Gesundheit sollte man allerdings nicht automatisch mit der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in Verbindung bringen.

licher zeigt sich dies bei „jüngeren“ Migrantinnen und Migranten und tendenziell auch bei Männern.

Es gibt eine Bereitschaft und auch viele Praktiken, selber einen Beitrag zur Gesundheit zu leisten, wie die Experteninterviews belegen:

IP 1: „Es ist eine offene Haltung, so erfähr ich des, und sie haben auch Eigenverantwortung, also es ist unheimlich viel auch Wissen da, über was wir so gesagt haben. Hausmittel, so solche Sachen, die dann auch angewandt werden, [...] also sei's Tees, sei's Salbe kochen, sei's Massage, wo sie sich dann auch mal machen.“

aus: Interview 1, Position 3

IP 2: „Was Gesundheit angeht, die Leute sind schon so, dass sie auf die Gesundheit achten. [...] Grade was mehr so junge Leute angeht. Die achten besonders, weil sie wissen Konkurrenz am Arbeitsplatz, muss man gesund werden und die wollen schon gesund sein.“

aus: Interview 2, Position 3

Ein Fünftel bis ein Viertel der Befragten sind sich in der Vorsorgefrage allerdings unsicher und Haltungen zu Eigenverantwortung sind unklar. Festzuhalten ist ganz sicher, dass Ärztinnen und Ärzte eine große Bedeutung haben:

IP 4: „Man hat eher so die Haltung, also wenn ich wirklich krank bin, dann bitteschön gehe ich zum Arzt und der soll das bitte wieder richten. [...] Er ist der Fachmann für meine Krankheit.“

aus: Interview 4, Position 6

Allerdings sind die Kriterien der Arztwahl auch kontextabhängig: muttersprachliche Kenntnisse, die Persönlichkeit des Arztes, Mundpropaganda, dessen Fachlichkeit usw. fließen hier ein.

Festzuhalten ist ebenfalls, dass Gesundheit „Frauensache“ bleibt. Dies zeigt sich zum einen an der höheren Teilnahme von Frauen an dieser Studie (siehe 2.1), zum anderen wird dies durch die aktuelle Forschung (bspw. tatsächliche Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen etc.) und die Expertenbefragung belegt:

IP 1: „Das ist Frauensache. [...] Man sollte sich dann schon an die Frauen hauptsächlich wenden, weil Männer sind nicht die Zuständigen.“
aus: Interview 1, Position 8, 27

Einschätzung von Ansteckungs- und Infektionsrisiko – Ergebnisse der Fragebogenerhebung

Auf der Basis der gemittelten Darstellung entsteht der Eindruck, dass die Einschätzung der Infektionsrisiken in Relation gesehen durchaus realistisch vorgenommen wird.

Allerdings ist auch eine große Unsicherheit bei der Zielgruppe diesbezüglich zu erkennen: Das Risiko, sich mit HIV zu infizieren, scheint ihnen schwer einschätzbar: 41,8% aller Befragten wissen nicht, wie hoch das Infektionsrisiko in Deutschland ist, 36,1% wissen es für ihr Herkunftsland nicht – da scheint die Unsicherheit nicht ganz so groß.

Interessant ist hier, dass 10% der Befragten das Risiko, sich in Deutschland mit HIV zu infizieren, als gering einschätzen, 28% als mittel und 12% als hoch. Im Gegensatz dazu wird das Risiko, sich im Herkunftsland zu infizieren, so gesehen: 8% als gering, 28% als mittel und 28% als hoch. Insgesamt wird das Infektionsrisiko im Herkunftsland als nicht so hoch eingeschätzt, wie es der Realität entspricht, nämlich wesentlich höher – hier liegt einerseits eine große Unsicherheit vor, andererseits überwiegen Einschätzungen, die nicht der Realität entsprechen. Eine genauere Auswertung zeigt den Umstand, dass eine relativ große Gruppe der Befragten das Infektionsrisiko in Deutschland höher einschätzt als im Herkunftsland (v.a. Ukraine oder Russland). Es ist somit gleichermaßen festzuhalten, dass die Einschätzung des Infektionsrisikos in einigen Fällen nicht den tatsächlichen Gegebenheiten entspricht, da die höchsten Neuinfektionsraten aktuell in Russland und den ehemaligen Sowjetrepubliken (insbesondere Ukraine) zu verzeichnen sind. Diese Ergebnisse der Fragebogenerhebung könnten mit der Fremdheit in Deutschland, der großen Bedeutung der eigenen Community und einer Idealisierung der Situation im Herkunftsland erklärt werden:

IP 6: „Viele kamen aus einem kleinen Dorf oder einer Gegend, wo alles bekannt und überschaubar war, und hier ist vieles fremd. Es ist auch eine Idealisierung des Herkunftslandes. Dann lebten viele in einem vertrauten Umfeld, hatten nur Partner aus den eigenen Reihen.“

aus: Interview 6, Position 13

IP 4: „Es ist alles sehr, sehr familienorientiert und von da aus sieht man überhaupt keine, für sich überhaupt keine Gefahren, sich in Deutschland mit AIDS anzustecken. Und das Gleiche im Herkunftsland, also die Familien, die kommen, sind, wie soll ich sagen, also sie selber bezeichnen sich als anständige Familien, also sie haben keinen Kontakt mit den Randgruppen, wie jetzt Homosexuelle, die von allen abgelehnt werden, schon auf Grund ihres Andersseins.“

aus: Interview 4, Position 29

IP 4: „Man [sieht] halt wirklich die Erkrankung nicht als Problem für sich selber oder für die, für die eigene Herkunftsgruppe.“

aus: Interview 4, Position 37

Die Antworten zum Infektionsrisiko weisen auf einen geringen Selbstbezug hinsichtlich der in den Ländern verfügbaren Informationen hin. Erst langsam tritt hier eine Veränderung der Wahrnehmung ein.

Annahmen zu Betroffenheit durch HIV/AIDS –

Ergebnisse der Fragebogenerhebung

Insgesamt stimmen 82% der Aussage „Auch ältere Menschen sollten sich mit dem Thema HIV/AIDS beschäftigen“ zu, nur 5% sind dagegen. Bei der Gruppe der unter 35-Jährigen fällt dieses Votum mit 86,2% deutlicher aus als bei der Gruppe der über 35-Jährigen (78%). Beim Vergleich Frauen – Männer finden sich keine erwähnenswerten Unterschiede. Die Gruppe derer, die hier keine Aussage macht oder Nichtwissen ausdrückt, ist hier relativ klein (max. 10%).

Der Aussage „Personen aus meiner Kultur müssen sich keine Gedanken um HIV/AIDS machen“ stimmt fast ein Viertel der Befragten zu, 15,5% bleiben diesbezüglich unentschieden. Je nach Alter wird diese Aussage jedoch sehr viel deutlicher von der Hand gewiesen. Zu der Frage: „HIV/AIDS kommt nur in bestimmten Kreisen vor (z.B. Drogenszene, Prostituierte, Homosexuelle)“ nehmen 65% ganz klar negativ Stellung, aber 25% der Befragten stimmen ihr auch zu. Immerhin nimmt ein Viertel aller Befragten an, dass HIV/AIDS nur in bestimmten Kreisen vorkommt. Die Mehrheit (66%) geht jedoch davon aus, dass diese Aussage nicht stimmt.

Unklar bleibt an dieser Stelle, ob es sich hierbei um ein Phänomen der sozialen Erwünschtheit handelt, da dieses Meinungsbild in indirektem Widerspruch zu späteren Fragen des Bogens steht.

Die Einschätzungen der Betroffenen und des Selbstbezugs sind widersprüchlich und schwanken zwischen der Erkenntnis, dass sich mit HIV/AIDS alle befassen (Fragebogen) sollten – auch Ältere – bis hin zu einer Beschränkung auf Außenstehende (v.a. Interviews).

Allerdings besteht auch in der Fragebogenerhebung die Tendenz, das Thema HIV/AIDS als ein Randgruppen betreffendes Thema zur Seite zu schieben.

Dadurch wird der Selbstbezug verhindert, die Selbstwirksamkeit von Informationen und das Vorsorgeverhalten werden erschwert:

IP 3: „HIV hat was mit Randgruppen zu tun, des hat mit mir nix zu tun.“
aus: Interview 3, Position 50

IP 4: „AIDS und HIV verbindet man eindeutig mit Randgruppen wie, oder mit besonderen Gruppen, wie jetzt Junkies oder Prostituierte oder halt Menschen, die ja irgendwie nicht so, in Führungszeichen normalen Lebensstil haben. Und mit denen hat man ja nichts zu tun.“
aus: Interview 4, Position 29

Wahrnehmung von Haltung gegenüber Infizierten – Ergebnisse der Fragebogenerhebung

Einer Studie der BZgA mit dem Titel „AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2008“ lässt sich entnehmen, dass sich das Einstellungsklima gegenüber Menschen mit HIV und AIDS in der Gesamtbevölkerung auf hohem Niveau stabil hält. Im Jahr 2008 lehnen 94% der Allgemeinbevölkerung die Ausgrenzung und Isolierung von AIDS-Kranken ab. 72% wären bereit, bei der Betreuung HIV-Infizierter zu helfen (...).

Der nächste Fragenblock „Was empfinden Sie für Personen, die HIV/AIDS haben, wenn es z.B. Kinder sind?“ zielt in eine ähnliche Richtung. Es soll geklärt werden, ob bzw. wie verschiedene Personen – darunter auch die so genannten Risikogruppen – unterschiedlich wahrgenommen werden und welche Haltung ihnen dabei die befragte Zielgruppe entgegenbringt. Dabei wurden folgende Gruppen unterschieden:

- Kinder,
- Prostituierte,
- Drogennutzer und
- Homosexuelle.

Bei Kindern ist die Einschätzung klar: Fast 94% der Befragten empfinden hauptsächlich Mitleid, für 8% spielt das Schicksal eine Rolle. Zu Schuldzuweisungen kommt es bei Kindern jedoch so gut wie nicht (2,6%).

Bei Prostituierten ist die Wahrnehmung schon weniger eindeutig. Fast zwei Drittel (62%) aller Befragten sehen hier die HIV-Infektion mit eigenem Verschulden verknüpft, gleichzeitig empfindet aber auch ein Drittel Mitleid mit den Betroffenen. Insgesamt 10% der Befragten bringen weder Mitleid, Schuld noch Schicksal mit den Betroffenen in Verbindung bzw. sind diesbezüglich unentschieden. (Bei allen diesen Fragen waren Mehrfachnennungen möglich.)

Zu der Frage „Was empfinden Sie bei Personen, die HIV-infiziert sind, wenn es Homosexuelle sind?“ kommt es zu folgenden Ergebnissen: Wie bei Prostituierten empfinden ebenfalls ein Drittel der Befragten Mitleid mit infizierten Homosexuellen, allerdings wird die Wahrnehmung hier weniger an eigenes Verschulden gekoppelt (55% – bei Prostituierten 62%). Die Infektion wird bei dieser Personengruppe am häufigsten mit „Schicksal“ in Verbindung gebracht (9,4%). Die Gruppe derer, die hier unsicher ist oder keine Position bezieht, liegt interessanterweise unter 10%. Die Ergebnisse sind anders bei der Frage nach Drogenabhängigen. Bei den sogenannten Risikogruppen wird Drogengebrauchern von der Zielgruppe tendenziell am wenigsten Mitleid (30,6%) entgegengebracht und Schuldzuweisungen werden hier am häufigsten genannt (68%). Die Gruppe der Unsicheren ist hier noch kleiner (unter 5%).

Diese Haltungen sind jedoch zu relativieren, wenn es sich bei Infizierten um jemanden aus der eigenen Familie oder aus dem eigenen Bekanntenkreis handelt. Im Falle der Infektion einer oder eines Bekannten variieren Einschätzung und Empfindungen den Betroffenen gegenüber nämlich am stärksten. Primär beherrscht Mitleid mit 70,5% die Wahrnehmung der Befragten, eigenes Verschulden wird dagegen stark von der Hand gewiesen (lediglich 13,7%). Gleichzeitig scheint aber bei fast einem Fünftel der Befragten auch eine gewisse Ratlosigkeit zu herrschen: 18,4% antworten mit „weiß nicht“. Die Ratlosigkeit ist bei Familienmitgliedern und Bekannten gleich groß. Aber bei Familienmitgliedern würde im Falle einer Infektion besonders viel Mitleid (74%) empfunden werden. Nach der Gruppe der Kinder werden diese am wenigsten mit eigenem Verschulden in Verbindung gebracht, es kommt z.B. nur zu halb so vielen Schuldzuweisungen wie im Bekanntenkreis. Ähnlich wie im Bekanntenkreis entsteht hier aber wiederum eine Form von Ratlosigkeit (18,1% „weiß nicht“).

Festhalten lässt sich: Je näher potentielle Betroffene sind, desto größer ist das Mitleid, bei Kindern ist das Mitleid am stärksten.

Bei Drogengebrauchern, Prostituierten und Homosexuellen überwiegen Schuldzuweisungen in unterschiedlichen Abstufungen. Bei Homosexualität wird HIV eher noch mit dem Begriff „Schicksal“ verbunden, bei Prostitution und insbesondere bei Drogengebrauch dagegen verstärkt mit Schuld.

Insgesamt werden klare Abgrenzungen zu Randgruppen ersichtlich. AIDS wird immer wieder zum Randgruppenthema gemacht, aus der Wahrnehmung verdrängt und der Verantwortung entzogen. Damit überlagern Vorurteile rudimentär sichtbare Einsichten und Erkenntnisse zum Thema HIV. So sind auch die Widersprüche zu erklären, während die Befragten einerseits die Einsicht ausdrücken, HIV/AIDS sei ein wichtiges Thema, das alle angeht, andererseits wird es doch immer wieder zum Randgruppenthema gemacht. Dies zeigen auch die Ergebnisse aus den Experteninterviews:

IP 3: „Ich würde davon ausgehen, dass schon die Vorurteile größer sind, weil da sehr viel mehr auch diese Schuldfrage noch mal thematisiert wird, dass sie vielleicht auch selber schuld sind, weil die nehmen ja alle Drogen und die machen, die verhalten sich in Führungszeichen unmoralisch, deswegen muss man sich mit denen auch nicht so auseinandersetzen.“ aus: Interview 3. Position 88

Ältere und Schwangere werden hinsichtlich HIV neutral konnotiert bzw. häufig ausgenommen. Sie kommen bei der Mehrheit der Befragten als Infizierte eher nicht in Betracht.

Beim Thema Familie ist die Unsicherheit sehr groß. Der Gedanke an Infektionen in der eigenen Familie und Community ist mit großen Ängsten, mit Unsicherheiten und Ratlosigkeit belegt. Dabei wird der Zusammenhalt in der Familie als sehr wichtig gesehen und hat einen hohen moralischen Wert.

Allerdings soll aus der Familie nichts nach außen dringen. Die Familie und die Community werden als ein geschützter Raum idealisiert:

IP 4: „Wie das jetzt wäre, wenn jemand aus der Familie erkranken würde, kann ich mir halt nur so denken, dass jetzt wirklich total dicht gemacht wird, dass keine Information nach außen kommen soll, dass man dann auch sich ganz bewusst von dem sozialen Umfeld isoliert,

ohne den Grund zu nennen. Also die Hilfsbereitschaft, denk ich mir, innerhalb der Familie ist vorhanden, aber man geht dann mit dem oder würde man gehen mit dem Erkrankten in so ein freiwilliges Exil, ne. Damit ja nichts nach außen dringt. [...] Da ist schon die Solidarität innerhalb der Familie sehr groß.“ aus: Interview 4, Position 49

IP 1: „Sie werden innerhalb der Familie ganz schwer finden, dass man was Negatives nach außen gibt. Und auch wenn er krank ist, dann ist er krank, aber er gehört zu unserer Familie und wir werden dann trotzdem unsere Familie, des ist eine Einheit [...] und da lassen wir nix drauf kommen.“ aus: Interview 1, Position 71

2.2.3. Mögliche Ansprechpartner und Anlaufstellen – Ergebnisse der Fragebogenerhebung

Auf die Frage „An wen sollte sich Ihrer Meinung nach eine Person wenden, die sich mit HIV/AIDS angesteckt hat?“ fallen die Antworten folgendermaßen aus:

Alle befragten Ost-
europäer/innen (N = 194)

im Altersvergleich

Ansprechpartner bei HIV

1. Ärzt/innen (96,4 %)
2. AIDS-Hilfe (78,9 %)
3. Familie (77,3 %)
4. Gesundheits-
amt (46,6 %)
5. anonym (34,0 %)
6. Freunde /
Bekannte (27,3 %)
7. eigene Gemeinde /
Verein (17,0 %)
8. andere (10,3 %)

unter 35 Jahren

1. Ärzt/innen (96,8 %)
2. AIDS-Hilfe (83,0 %)
3. Familie (81,9 %)
4. Gesundheits-
amt (53,2 %)
5. Freunde /
Bekannte (36,2 %)
6. anonym (21,3 %)
7. eigene Gemeinde /
Verein (16,0 %)
8. andere (10,6 %)

über / 35 Jahren

1. Ärzt/innen (96,0 %)
2. AIDS-Hilfe (75,0 %)
3. Familie (73,0 %)
4. anonym (46,0 %)
5. Gesundheits-
amt (40,0 %)
6. Freunde /
Bekannte (19,0 %)
7. eigene Gemeinde /
Verein (18,0 %)
8. andere (10,9 %)

Mit Abstand am häufigsten von allen vorgegebenen Antwortoptionen werden Ärztinnen und Ärzte als Ansprechpartner gewählt (96,4%), gefolgt von der AIDS-Hilfe mit 78,9% und der Familie (77,3%). Freunde und Bekannte sollten dem Meinungsbild der Zielgruppe entsprechend bei dieser Frage eher nicht ins Vertrauen gezogen werden, ähnlich ablehnend wird die Kategorie „Eigene Gemeinde, Verein“ gesehen.

In der Frage von möglichen Anlaufstellen spielen zudem Alter (siehe vorherige Seite) und Geschlecht (siehe unten) eine große Rolle.

Auch wenn sich die Rangreihen auf den ersten Blick ähneln, geben die unter 35-Jährigen häufiger die AIDS-Hilfe (83%)¹⁴, die Familie (81,9%) und das Gesund-

¹⁴ Ein Standortvergleich zeigt, dass ein BIAS hinsichtlich der Projektarbeit der AIDS-Hilfe ausgeschlossen werden kann.

heitsamt (53,2%)¹⁵ an. Mit 36,2% finden sich bei dieser Gruppe fast doppelt so häufig Freunde/Bekannte als mögliche Ansprechpartner, auch rangiert die Antwortoption „anonym“ erst an sechster Stelle mit 21,3% – bei den über 35-Jährigen sind das 46%.

Dagegen werden die eigene Gemeinde/Verein und „andere“ Ansprechpartner bei der Gruppe der Männer häufiger genannt.

Den Ärztinnen und Ärzten kommt bezüglich HIV als wichtigste Ansprechpartner und Hilfe eine zentrale Bedeutung zu. Diese werden als kompetent angesehen, sie haben das Wissen und sie garantieren absolute Anonymität und Verschwiegenheit:

IP 4: „Weil da ist die Schweigepflicht und eben man vertraut auf das, auf die Professionalität, man sieht es als Krankheit an, man erhofft sich dann auch eine medizinische Hilfe vom Arzt.“

aus: Interview 4, Position 67

Aber auch öffentliche deutsche Stellen wie AIDS-Hilfe und Gesundheitsamt werden als wichtige Anlaufstellen bei HIV/AIDS wahrgenommen; Letztere insbesondere bei Männern. Gemeinden und (Migranten-)Vereine kommen dagegen als Ansprechpartner kaum in Frage. Die Familie ist als Ansprechpartner wichtig, aber ihre Einschätzung ist sehr ambivalent.

In der Familie gibt es Hilfe und Unterstützung, allerdings besteht hier auch große Angst vor Ausschluss und die Gefahr einer sich abschottenden Solidarität. Wenn die Gefahr vom Rande in die eigene Familie kommt, wie z.B. durch Sucht, dann bilden Familien oft ein „freiwilliges Exil“. Es wird versucht, die Familie vor zu großen Belastungen zu bewahren:

IP 5: „Ich erleb' selten, dass meine Klienten ihren Eltern alles offenbaren. Von der Straffälligkeit angefangen bis zu Drogenproblemen, also da wird lange auch zugewartet, um vielleicht auch die Mutter zu schützen. Um auch zu verhindern, dass die Mutter, die eh schon verzweifelt ist, oder der Vater, der auch schon nicht richtig Fuß fassen kann, also das Nichtssagen kann manchmal wieder was mit Fürsorge zu tun haben.“

aus: Interview 5, Position 112

¹⁵ Interessanterweise sehen die unter 35-Jährigen gleichzeitig den Staat weniger in der Verantwortung.

I: „Also auch die eigene Community wäre dann nicht der Ansprechpartner, sondern...“

IP 4: „Nein, weil man ganz einfach die Konsequenzen befürchtet und den Ausschluss.“ **aus: Interview 4, Position 7–77**

IP 3: „Ich glaub nicht, dass – also, jemand, der sehr stark innerhalb seiner Community verankert ist, würde wahrscheinlich des innerhalb der Community nicht weitergeben, also nicht sagen, aus berechtigter Angst vor Stigmatisierung.“ **aus: Interview 3, Position 112**

Hilfen für Betroffene – Ergebnisse der Fragebogenerhebung

Alle befragten Osteuropäerinnen und Osteuropäer (N = 194)

Hilfe, Verantwortlichkeit bei HIV

1. Ärzt/innen (80,4 %)
2. Familie (67 %)
3. Gesundheitsamt (66 %)
4. Aids-Hilfe (58,8 %)
5. Staat (50,0 %)
6. Freunde / Bekannte (26,8 %)
7. Kirche (20,6 %)
8. andere (11,3 %)
9. niemand (5,7 %)

Auf die Frage, wer bzw. welche Stelle HIV-Infizierten helfen sollte¹⁶, stehen Ärzte mit 80,4% wiederum an der Spitze. Den zweiten Rang besetzt mit 67% die Familie, dicht gefolgt vom Gesundheitsamt mit 66%.

Deutliche altersabhängige Unterschiede zeigen sich in der Einschätzung der Aids-Hilfe: 72,3% der unter 35-Jährigen gegenüber 46% der über 35-Jährigen sind der Meinung, dass sich die Aids-Hilfe um HIV-Infizierte kümmern sollte.

¹⁶ Tatsächlich wäre nach Angaben der BZgA bei 72% der Allgemeinbevölkerung eine Hilfsbereitschaft HIV-Infizierten gegenüber vorhanden.

im Altersvergleich

unter 35 Jahren

1. Ärzt/innen (83,0 %)
2. AIDS-Hilfe (72,3 %)
3. Gesundheitsamt (68,1 %)
4. Familie (67,0 %)
5. Staat (45,7 %)
6. Freunde / Bekannte (37,2 %)
7. Kirche (19,1 %)
8. andere (13,8 %)
9. niemand (4,3 %)

über / 35 Jahren

1. Ärzt/innen (78,0 %)
2. Familie (67,0 %)
3. Gesundheitsamt (64,0 %)
4. Staat (54,0 %)
5. AIDS-Hilfe (46,0 %)
6. Kirche (22,0 %)
7. Freunde / Bekannte (17,0 %)
8. andere (9,0 %)
9. niemand (7,0 %)

Ebenfalls scheint für diese Gruppe Freunde/Bekannte mit 37,2% eine größere Rolle zu spielen – bei den über 35-Jährigen sind dies lediglich 17%.

Dagegen sehen die über 35-Jährigen den Staat hinsichtlich seiner Verantwortlichkeit mit 54% mehr in der Pflicht als die Gruppe der unter 35-Jährigen.

Auch im Vergleich der Geschlechter werden Unterschiede ersichtlich. Bei Männern kommt es bei der Frage nach Hilfe insgesamt zu deutlich weniger Nennungen. Die Familie wird mit lediglich 57,9% sehr viel weniger in der Verantwortung gesehen als bei den Frauen (75,2%), ebenso wie die AIDS-Hilfe (56,1%) und die Kirche (15,8%). Dieser Trend kehrt sich lediglich bei der Einschätzung des Staates, der bei der Gruppe der Männer mit 56,1% häufiger angegeben wird als bei den Frauen (47,1%).

nach Geschlecht

Frauen

1. Ärzt/innen (83,5 %)
2. Familie (75,2 %)
3. Gesundheitsamt (66,1 %)
4. AIDS-Hilfe (63,6 %)
5. Staat (47,1 %)
6. Freunde / Bekannte (29,8 %)
8. Kirche (22,3 %)
9. andere (10,7 %)
9. niemand (6,6 %)

Männer

1. Ärzt/innen (77,2 %)
2. Gesundheitsamt (64,9 %)
3. Familie (57,9 %)
4. AIDS-Hilfe (56,1 %)
5. Staat (56,1 %)
6. Freunde / Bekannte (26,3 %)
8. Kirche (15,8 %)
9. andere (14,0 %)
9. niemand (5,3 %)

Hilfen für Betroffene: Zusammenfassung – Positionen aus den Experteninterviews:

Prävention und Vorsorge erscheinen als wichtig, werden aber auch in der Verantwortung des Staates gesehen:

IP 3: „Ich denk’, dass zumindest die Leute, die aus der ehemaligen Sowjetunion kommen, unter Umständen das eher als Aufgabe des Staates sehen für so allgemeine Gesundheitsvorsorge zu – also, dass der Staat sich eher darum kümmern soll sozusagen.“

aus: Interview 3, Position 3

IP 4: „Meiner Erfahrung nach haben grad Migranten aus Osteuropa die Erfahrungen eines Totalversorgungssystems aus den sozialistischen Breiten mitgebracht. Also die Eigenverantwortung ist eigentlich nicht so bekannt, sondern, eben es wurde ja wirklich alles von oben organisiert. Die ganze Vorsorge und so weiter, es war angeordnet.“

aus: Interview 4, Position 6

Hilfeangebote müssen anonym und „fachlich“ sein sowie Verschwiegenheit garantieren. Es sollte mehr Angebote im Internet geben (auch muttersprachlich):

IP 6: „Wichtig ist vor allem das Internet, möglichst anonym, also am besten über das Internet, das ist ganz wichtig. Oder allgemeine Gesundheitsinfo oder Thema Sexualität. [...] Das Internet ist nicht zu unterschätzen, das nutzen auch Ältere, wäre gut, wenn es da Seiten auf Russisch gäbe.“

aus: Interview 6, Position 17, 21

Thema AIDS-Test – Ergebnisse der Fragebogenerhebung

Bei der Frage „Zu welcher Stelle würden Sie jemanden schicken, der einen AIDS-Test machen lassen möchte?“ belegen ÄrztInnen (72,2%), die AIDS-Hilfe (64,4%)¹⁷ und Krankenhäuser (49,5%) die ersten Plätze. Nur 5,2% antworten hier mit „weiß nicht“, allerdings geben 8,2% das Internet als Anlaufstelle an und 6,2% Apotheken. Interessanterweise liegt das Gesundheitsamt mit lediglich 30% aller

17 HIV-Tests werden für gewöhnlich nicht bei (allen) AIDS-Hilfe-Stellen angeboten.

Nennungen an fünfter Stelle. Schnelltests sind über das Internet beziehbar, wenn auch illegal. In Apotheken kann man (bislang) keine HIV-Tests durchführen lassen, auch wenn eben ein kleiner Teil der Befragten davon ausgeht.

Auf die Frage, wer sich auf das HI-Virus testen lassen sollte, zeigt sich ein bekanntes Bild: Vorrangig werden hier Prostituierte (87,6%), Drogengebraucher (86,6%) und Homosexuelle (83%) genannt. Allerdings gibt auch ein hoher Prozentsatz (58,2%) aller Befragten an, dass sich jede(r) Erwachsene testen lassen sollte. Diese Einstellung tritt bei den unter 35-Jährigen mit 68,1% sehr viel deutlicher zutage als bei der Gruppe der über 35-Jährigen (49%). Auch vertreten diese verstärkt der Ansicht, dass sich Ältere testen lassen sollten (33,3%) – bei den über 35-Jährigen sind dies lediglich 22,3%.

Ein an dieser Stelle erwähnenswertes Antwortverhalten zeigt die Widersprüchlichkeiten beim Thema HIV/AIDS auf.

Eine häufige Antwort auf die Frage: „Wer sollte sich Ihrer Meinung nach testen lassen?“ ist nämlich mit 58% „Jeder Erwachsene“, wobei „Ältere“ mit nur 28,5% Zustimmung gleichzeitig ausgeschlossen werden (gefolgt vom Ausschluss Schwangerer – hier sagen nur 50,5%, dass diese sich testen lassen sollten).

Auch wenn man die Aussagekraft der Antwortoption „Jeder Erwachsene“ wohl relativieren muss, da man sich nicht notwendigerweise in diese Kategorie selbst einordnen muss, kann man aus den Fragebögen zumindest auf eine indirekte Bereitschaft zum Test schließen.

Die Frage wird aber entgegen des Antwortverhaltens bei der Aussage: „HIV/AIDS kommt nur in bestimmten Kreisen (z.B. Drogenszene, Prostituierte, Homosexuelle...) vor“ oder bei der Frage: „Wer sollte sich Ihrer Meinung nach testen lassen?“ primär auf „Randgruppen“ verschoben.

Dies wird in den Experteninterviews besonders deutlich, bei denen gleichzeitig die persönliche Bereitschaft zum HIV-Test aus der Außensicht als eher gering eingestuft wird:

I: „[...] die Bereitschaft, sich auch testen zu lassen, wie schätzen Sie die ein?“

IP 2: „Das ist schwierig, ich hab nicht so viel Erfahrung. [...] ich könnte mir schon sagen, dass die Leute in diesem Sinne schon offen sind. Aber jetzt, wie gesagt, ein Teil meint, das betrifft mich nicht, und sie sind sicher.“
aus: Interview 2, Position 58–59

IP 3: „Man [fühlt] sich sozusagen selber nicht gefährdet [...] – was jetzt so in die eine Richtung geht, dass man sich dann eher nicht testen lässt.“
 aus: Interview 3, Position 132

IP 4: „[...] Aber dass jemand einfach jetzt so wie hier bei jungen Leuten, sagt o.k., ich hab jetzt neue Beziehung, also komm, lass uns mal AIDS-Test machen. Also das wäre undenkbar, undenkbar, undenkbar.“

I.: „O.k. Thema AIDS-Test, das wäre jetzt auch schon die letzte Frage. Wie bereit...?“

IP 4.: „Also gar nicht. [...] gar nicht, weil, vielleicht in so einem medizinischen Kontext, wenn jetzt, weiß Gott, im Krankenhaus, irgendein Skandal mit Blutkonserve sein würde und man sagt, man hätte sich im Krankenhaus infizieren können, ne, dann kann man auf diese, auf diesem Weg sagen, O.k., ich muss mich mal testen lassen, weil der Verdacht wurde geäußert, dass vielleicht die Konserven halt verdreckt waren oder so, na. Aber das, also ich muss sagen, also die sexuelle Revolution in dem Sinne, die fand wirklich noch nicht statt:“

aus: Interview 4, Position 77–81

Informationsbedarf bei HIV/AIDS – Ergebnisse der Fragebogenerhebung

Insgesamt überwiegt bei der ersten Frage eine Unentschiedenheit mit 42,3%. Ca. ein Drittel aller Befragten ist der Meinung, dass Kinder und Jugendliche über die deutschen Schulen ausreichend über das Thema HIV/AIDS informiert sind; fast ein Viertel der Befragten verneint dies jedoch.

Der nächsten Aussage „HIV/AIDS zu haben ist in Deutschland nicht so schlimm, da die medizinische Behandlung weit fortgeschritten ist“ wird dagegen von der Mehrheit aller Befragten stark widersprochen, auch wenn sich fast 30% diesbezüglich unsicher zeigen. 9% stimmen dieser Aussage jedoch zu, nur 1% macht hier keine Angabe.

Die unter 35-Jährigen erteilen dieser Aussage mit 67% eine sehr viel klarere Absage als die Gruppe der über 35-Jährigen mit 53%. Die unter 35-Jährigen stimmen dieser Aussage „HIV/AIDS zu haben ist in Deutschland nicht so schlimm, da die

medizinische Behandlung weit fortgeschritten ist“, mit 7% zu, die Gruppe der über 35-Jährigen mit 11%.

Die folgende Frage ist die nach möglichen Sättigungseffekten beim Thema HIV/AIDS: „Man kann das Thema HIV/AIDS langsam nicht mehr hören.“ Diese Aussage wird ebenfalls stark verneint. Bei den unter 35-Jährigen ist die Ablehnung (76,6%) wiederum sehr viel deutlicher als bei den über 35-Jährigen (66%). Die Unsicherheit ist hier bei beiden Altersgruppen mit 10% gleich hoch.

Interessanterweise kommt es hier bei der Gruppe der Männer zu einer deutlicheren Zustimmung.

Fast ein Drittel aller Befragten pflichtet der vierten Aussage bei, dass in Deutschland zu wenig in der AIDS-Aufklärung für Erwachsene getan wird. 43,3% sind diesbezüglich unentschieden, aber lediglich ein Viertel aller Befragten (24,2%) widerspricht dieser Aussage.

Informationsbedarf bei HIV/AIDS – Zusammenfassung

Allgemein wird die Aufklärungs- und Informationsarbeit zu HIV/AIDS eher bejaht. Es gibt wenig Grundlage für die Meinung, dass insbesondere in der Öffentlichkeit zu viel über HIV informiert wird. Tendenziell scheint die Gruppe der über 35-Jährigen und die der Männer bei diesem Thema einen eher übersättigteren Eindruck zu machen.

Einige Folgerungen aus den Ergebnissen

- ▶ **Die Haltungen und Zugänge zu HIV und zur Vorsorge sind anders bei „Jüngeren“ und „Älteren“. Hier können und müssen unterschiedliche Angebote gemacht werden.**
- ▶ **Frauen sind eine wichtige Adressatengruppe bei Information und Prävention (Gesundheit).**
- ▶ **Ärztinnen und Ärzte genießen bei der Zielgruppe hohes Ansehen und öffentliche Gesundheitsdienste werden als Anlaufstellen wahrgenommen; diese müssen wichtige Partner für die Gesundheitsvorsorge werden.**
- ▶ **Wichtig an Informations- und Präventionsangeboten ist die Anonymität.**
- ▶ **Generell müssen mehr anonyme Angebote, Hinweise in Zeitungen und über das Internet gemacht werden.**
- ▶ **Es gibt starke Vorbehalte gegenüber Gemeinden/Kirche sowie Migrantenvereinen und *Communities* als mögliche Anlaufstellen und Hilfen bei HIV/AIDS.**

- ▶ **HIV wird zum Randgruppenthema gemacht und beiseite geschoben. Präventionsarbeit muss entstigmatisierend wirken; sie muss zeigen, dass HIV alle angeht und die „Randgruppen“ mitten in der Gesellschaft sind.**

Kritik an der Methode

Hier ist festzuhalten, dass insbesondere der Suchtbereich in der Erhebung schlecht erfasst werden konnte, ebenso Personen, die den so genannten Risikogruppen zuzurechnen sind sowie illegal in Deutschland Lebende (z.B. in der häuslichen Pflege). Die Stichprobe konnte aufgrund der begrenzt zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen lediglich regional gezogen werden.

Zudem kamen weitere Übersetzungen des Fragebogens entgegen den ursprünglichen Annahmen aus organisatorischen und finanziellen Gründen heraus nicht in Frage. Durch die Beschränkung auf die Sprachen Deutsch und Russisch waren viele sprachliche Ausformulierungen nicht möglich. Die Inhalte des Fragebogens mussten auf wenige beschränkt bleiben und diese zudem in möglichst einfacher Sprache gehalten werden. Da von Expertenseite von persönlich gestellten Fragen bzw. Aussagen dringend abgeraten wurde, lässt sich aus dem Antwortverhalten der Zielgruppe auf persönliche Annahmen lediglich schließen.

Bei einzelnen direkt gestellten Fragen wie z.B. „HIV/AIDS kommt nur in bestimmten Kreisen (z.B. Drogenszene, Prostituierte, Homosexuelle ...)“ vor kann man das Phänomen der sozialen Erwünschtheit nicht ausschließen.

2.2.4 Vernetzung

Da sich im Verlaufe des Projekts herauskristallisierte, dass Zugangswege in der HIV-Prävention und Gesundheitsvorsorge für die Zielgruppe vor allem über feste Gruppen, bestehende Strukturen und in Ergänzung von Regelmaßnahmen möglich sind, wurde die Frage danach wichtig, was denn all diese Aktivitäten ermöglicht – so wurde die Bedeutung von Kooperation und Vernetzung hervorgehoben. Daher wurde der Bereich in einer dritten Teilstudie untersucht, die im Folgenden dargestellt wird.

Das Forschungsvorhaben zum Thema „Kooperation und Vernetzung“ sollte möglichst viele und umfangreiche Antworten auf folgende Fragestellung des Projektantrags geben: „Welche (1) institutionellen Kooperationen und Vernetzungen im Gesundheits- und Sozialsystem sind notwendig (2) für ein Gelingen (3) einer umfassenden AIDS-Prävention und Gesundheitsförderung für die Zielgruppe?“

Die Datenerhebung umfasste bei dieser Studie mehrere Ebenen und unterschied-

liche Phasen. Die dafür erforderlichen methodischen Schritte wurden größtenteils parallel durchgeführt.

Innerhalb einer so genannten Binnenperspektive erarbeitete die Projektarbeitsgruppe von GEMO Netzwerkkarten und befasste sich sowohl mit weiteren Fragen zu Kooperation und Vernetzung als auch mit Erfahrungswerten zu bestehenden Kooperationen.

In der Außenperspektive wurden diese Ergebnisse anhand von Experteninterviews (mit Kooperationspartnern), einer Online-Befragung (mit Kooperationspartnern) und einer schriftlichen Befragung (mit Nicht- bzw. potentiellen Kooperationspartnern) abgeglichen bzw. ergänzt.

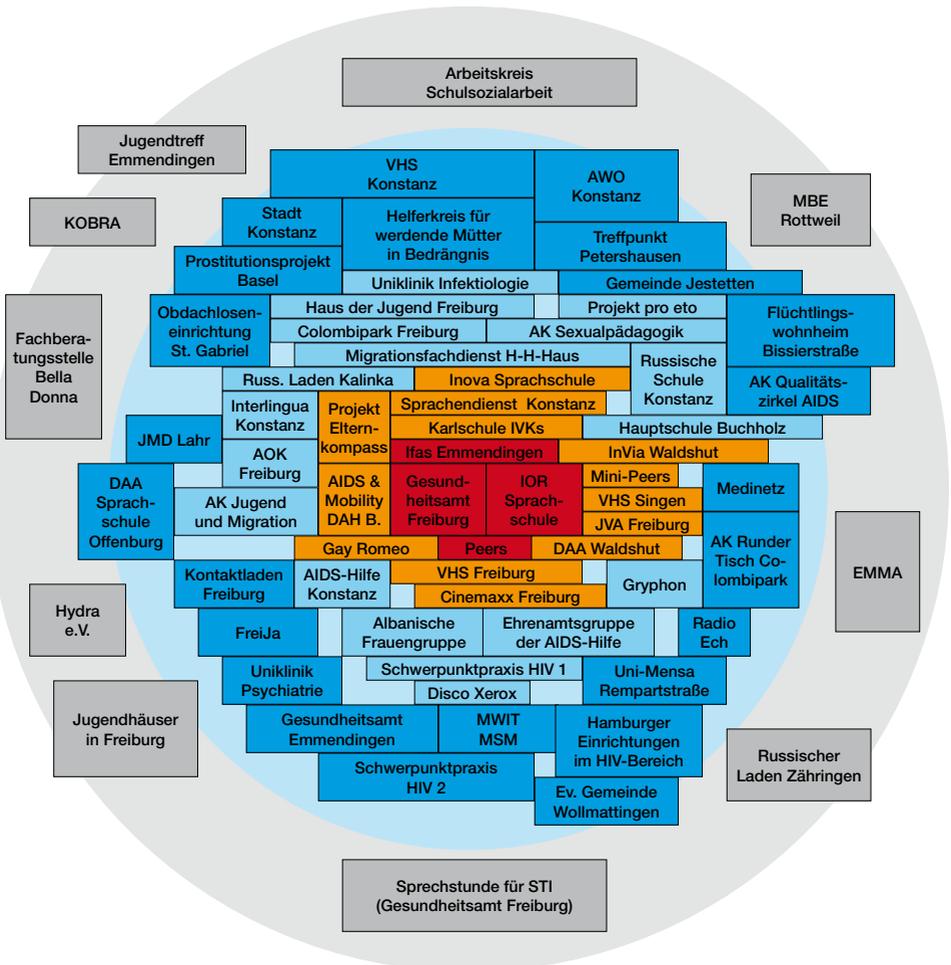
Binnenperspektive

Das Ziel der Arbeit mit der Projektarbeitsgruppe am 24.02.2010 bestand darin, insbesondere Erkenntnisse über Bedingungen und Möglichkeiten bei der Arbeit in Netzwerken zu gewinnen. Als Kooperation (1) galten direkte Interaktionen zwischen Akteuren, Personen oder Institutionen. Netzwerke (2) dagegen wurden als durch Kooperationen von professionellen oder politischen Akteuren geschaffene Strukturen definiert, die kurz- oder langfristig angelegt sind und sich des Weiteren in primäre (z.B. kollegial), sekundäre (z.B. Initiativen) und tertiäre Netzwerke (z.B. institutionelle Hilfen) untergliedern können. Der Begriff der Vernetzung (3) bezog sich letztlich auf den Prozess der Netzwerkbildung, also auf solche Kooperationen, die dazu beitragen, Netzwerke aufzubauen und weiterzuführen.

Zu den Vernetzungsaktivitäten allgemein lagen bereits vor der dritten Studie Hinweise aus den Rückmeldebögen der Standorte vor. Diesen ist beispielsweise zu entnehmen, in welcher Häufigkeit Vernetzungsbemühungen erfolgten. Erwartungsgemäß stiegen die Vernetzungskontakte zu Beginn des Projekts steil an und flachten bis auf ein kurzes Zwischenhoch im März 2009 kontinuierlich ab. Anlässe dieser Vernetzungsaktivitäten waren überwiegend Kooperationsbemühungen (29%), Planungsaktivitäten (21%) und die Projektvorstellung (20%). Die übrigen Kontakte betrafen Besprechungen zu gemeinsamen Veranstaltungen, deren Organisation, Vor- und Nachbereitung sowie die Arbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

Ergebnisse zu den Netzwerkkarten

Die von der AIDS-Hilfe Freiburg erstellte Karte soll exemplarisch das Ergebnis einer Netzwerkkarte verdeutlichen. Auf den ersten Blick wird die große Anzahl von Kooperationen sowie die große Kooperations-„Dichte“ ersichtlich (vgl. Abbildung 1).



Die Anzahl der Kooperationspartner variierte (ausgenommen der Kooperationsversuche) je nach Standort stark von 21 bis 59. Die meisten Kooperationen lassen sich dabei als punktuell oder lose beschreiben. Allerdings hat jeder Standort einen festen Kern von Kooperationskontakten, der unabhängig von der absoluten Anzahl der standortabhängigen Kooperationen recht dicht zwischen 6–17 Partnern lag (im Mittel 11,5). Nicht in allen Fällen, aber dennoch überwiegend wurde die Zusammenarbeit als angenehm und positiv wahrgenommen.

Deutlich wird, dass die Kooperationen und Kooperationsversuche insbesondere für den Zugang zur Zielgruppe genutzt wurden und diesen auch ermöglichten. Ein Drittel der Kontakte (86 von 257) sind in diesem Bereich angesiedelt, der zudem

von allen Standorten genannt wird und die ganze Bandbreite der festen Kooperationspartner bis zu den Kooperationsversuchen wiedergibt. An zweiter Stelle steht mit 26,1% (67 von 257) die Durchführung einzelner Maßnahmen, wiederum an allen Standorten. Diese Maßnahmen wurden mit festen bis losen Partnern durchgeführt. Ähnlich von Bedeutung ist die einmalige Projektvorstellung (23,3% bzw. 45 von 192) an fünf von fünf Standorten. Die Beschreibung der Kooperationen als „punktuell“ oder „versucht“ macht deutlich, dass diese Vorstellung des Projekts keine weiteren Maßnahmen ergeben hat.

Eine dauerhafte Durchführung von Präventionsmaßnahmen entstand zu 11,6% (30 von 257) an fünf von sechs Standorten bei Kooperationspartnern, die als fest bis punktuell bezeichnet werden.

Die Daten lassen vermuten, dass mit zunehmendem, erwartbarem Einsatz von Ressourcen und Verbindlichkeiten die Bereitschaft bei einigen potentiellen Kooperationspartnern sinkt.

Der Einsatz von Peers gelang an zwei von sechs Standorten und macht einen Anteil von 6,2% (16 von 257) aus. Die Kooperationen reichen von fest bis lose. Eine Gewinnung von Multiplikatorinnen, Multiplikatoren und/oder Peers fand demgegenüber bei der Hälfte der Standorte statt mit einem geringeren Anteil von 3,9% (10 von 257). Erstaunlich ist, dass sich diese Gewinnung nicht auf feste oder ziemlich feste Kooperationspartner beschränkt, sondern bis zur Kategorie „Kooperationsversuch“ reicht. Ebenso erfolgte bei drei von sechs Standorten der Aufbau von Gruppen zu 3,1% (8 von 257) bei festen bis punktuellen Partnern.

Des Weiteren ist festzuhalten, dass sich den Standorten entsprechend unterschiedliche Kooperationsmuster zeigen:

Zum einen gibt es Standorte, die bereits zu Beginn des Projekts über Strukturen, Kontakte und Kooperationspartner verfügten. Die Vernetzungsstrategie dieser Standorte bewegte sich in einem sehr engen Radius, kann aber als sehr effektiv und erfolgreich beschrieben werden. Meist war die Vernetzung an wichtigen strategischen Stellen gegeben und erwies sich als sofort nutzbar. Sie bot direkten Zugang zur Zielgruppe und stellte somit eine „Abkürzung“ beim Erreichen der Projektziele dar. Häufig konnten vielfältige Ergebnisse mit nur einem Kooperationspartner erzielt werden. Der enge, bereits vorhandene Kooperationskern erleichterte insbesondere die Durchführung dauerhafter Präventionsmaßnahmen sowie teilweise auch die Rekrutierung von Peers und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

Zum anderen gibt es Standorte, die über wenige Strukturen verfügten. Diese weisen einen weiteren Radius der Vernetzungsaktivitäten auf, da sie verstärkt nach

dem „*trial and error*“-Prinzip vorgehen. Diese Vernetzungsstrategie ermöglichte insbesondere den Zugang zu vielen und neuen Kooperationspartnern, Kooperationen im Gesundheitssektor sowie z.T. die Ausweitung der Gesundheitsvorsorge auf neue Bereiche. Gleichzeitig waren aber gerade diese Projektstandorte in ihrem Kooperationsbemühen neben großem Ressourceneinsatz für den nötigen Kooperationsaufbau auch mit einer höheren Misserfolgsquote konfrontiert. Insgesamt kann die Kooperation mit folgenden Bereichen als gelungen bezeichnet werden:

- Integrationskurse
- Jugendberufshilfe
- Schulsozialarbeit

Es handelt sich hier immer um Bereiche, in denen feste Strukturen vorherrschen. Weniger erfolgreich war die Kooperation mit offenen Strukturen, wie beispielsweise die offene Jugendarbeit, obwohl hier auch viele und aktive Vorstöße gemacht wurden.

Gelegentlich kam eine erfolgreiche Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zustande, allerdings nicht in dem Maße, wie sie vom Projekt hinsichtlich des Gesundheitssektors (Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Gesundheitsamt) gewünscht gewesen wäre. Bis auf einen Projektstandort geschah die Zusammenarbeit somit meist mit beruflich „ähnlichen“ Partnern ähnlicher Profession. Sehr positiv war hier auch die Kooperation mit festen Strukturen, so mit dem Zentrum für Psychiatrie in Emmendingen, bei Veranstaltungen mit GEMO erschienen hier viele aus der Zielgruppe, die dort länger in Behandlung waren (z.B. in der Entgiftung).

Nicht bestätigen lässt sich auch hier die Kooperationsbereitschaft von Migrantenselbstorganisationen beim Thema Gesundheit mit Schwerpunkt HIV/AIDS.

Unabdingbare Voraussetzung für die Kooperationskontakte war in der Regel eine gute Vertrauensbasis zur Zusammenarbeit. Diese konnte insbesondere durch die Persönlichkeit der Projektmitarbeitenden hergestellt werden, günstig war ferner, wenn die Kooperationspartner ebenfalls als Persönlichkeiten in Erscheinung traten. Private Kontakte und der eigene ethnische Hintergrund einiger Projektmitarbeitenden erwiesen sich ebenfalls in den meisten Fällen als Vorteil. Vernetzungsförderlich war zudem, wenn Ziele und Projekthalte von Seiten der Kooperationspartner als selbstverständlich gesehen und als wenig aufwandsintensiv antizipiert wurden. Ein gleichermaßen hilfreicher Aspekt bestand in einem grundsätzlich vorhandenen Interesse an den Themen HIV und STI. Ermöglichend wirkte zusätzlich der Einsatz von Ressourcen von Seiten des GEMO-Projekts.

Ideal scheint demnach das Zusammenkommen einiger der genannten Faktoren wie bereits bestehende Strukturen, ein sensibler Zugang, Persönlichkeit und Kontakte der Mitarbeitenden sowie eine bereits fest vorhandene Zielgruppe.

Als hemmender bzw. kooperationsfeindlicher Faktor wurde dagegen die Stigmatisierung des Themas HIV/AIDS eingeschätzt. Das bloße namentliche In-Erscheinung-Treten der AIDS-Hilfe (z.B. im Logo) stellte für manche Kontakte zur Zielgruppe bereits ein Hemmnis dar. Hinderlich erwies sich auf beiden Seiten gleichermaßen, wenn keine besondere Bereitstellung von Ressourcen erfolgen konnte, da man sich auch auf Seiten des Projekts mit begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen auseinandersetzen musste. Ein wichtiger und beachtenswerter Aspekt ist zudem, dass bei der kurzen Laufzeit des Projekts die Vorteile einer Zusammenarbeit für die jeweiligen Partner nicht immer ersichtlich wurden und so das Projekt schon im Vorfeld gelegentlich als wenig Erfolg versprechend eingestuft wurde.

Beim Zugang zu Multiplikatorpersonen spielten vorhandene Strukturen und ein gewisser Rahmen (wie Schulzeit, Integrationskurs) eine wichtige Rolle, gleichermaßen waren aber auch die Klarheit der Aufgaben und des erforderlichen Einsatzes entscheidend. Nützlich für die Gewinnung von Multiplikatorinnen, Multiplikatoren bzw. Peers erwies sich zudem eine in Aussicht gestellte Anerkennung (z.B. Zertifikat). Unabdingbar zeigten sich die Partizipation dieser und eine gleichberechtigte Form der Zusammenarbeit. Zur Gewinnung und Erhaltung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren spielten ebenfalls persönliche Beziehungen eine wichtige Rolle. Von großem Vorteil erwies es sich, die jeweiligen Multiplikatorpersonen in ihrer Rolle (z.B. als Mütter) anzusprechen.

Beim Thema der Nachhaltigkeit zeigt sich, dass bei den Partnern großes Interesse hinsichtlich der Fortführung der Zusammenarbeit besteht, aber letztlich die Bereitstellung von personellen und finanziellen Ressourcen als entscheidend angesehen wird. Alle Kooperationspartner sind sich der Endlichkeit des Projekts voll bewusst. An Personalstellen, wo bereits Strukturen gegeben sind oder die anderweitig erhalten bleiben, wird die Möglichkeit der Weiterführung der Kooperation positiv eingestuft.

Für eine Zukunft nach Projektende ließen sich kaum neue Netzwerke evozieren. Jedoch konnte man (neue) Kooperationserfahrungen machen, „alte Netze“ sensibilisieren und zumindest Impulse für neue Netzwerke setzen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass für eine erfolgreiche Kooperation mehrere, u. U. auch zufällige Faktoren gleichzeitig gegeben sein müssen. Günstig scheinen bereits bestehende Strukturen bzw. eine schon vorhandene Vernetzung

zu sein. Sind diese Strukturen nicht vorzufinden, wird der Radius der Kooperationsbemühungen fast automatisch sowohl in quantitativer als auch, im günstigen Fall, qualitativer Hinsicht erweitert.

Erfolge (sog. Win-win-Situationen), der Vernetzungsgrad beider Kooperationspartner sowie die ein- bzw. bestenfalls beidseitige Bereitstellung von Ressourcen befördern die Zusammenarbeit. Dabei scheint ein hohes Maß an Kontakthäufigkeit jedoch nicht unbedingt eine primär notwendige Bedingung für Kooperation darzustellen.

Eine spezielle Position nahm in GEMO die lokale AIDS-Hilfe ein: Sie profitierte eindeutig von den Vernetzungsbemühungen der übrigen Projektstandorte und wusste diese erfolgreich für sich bzw. für das Projektanliegen zu nutzen. Die AIDS-Hilfe konnte ebenfalls die eigene, vielfältige Vernetzung in Anspruch nehmen; diese führte aber nicht immer automatisch zum Erfolg, da die AIDS-Hilfe insbesondere in Hinblick auf die Zielgruppe „angekündigt“ und der Zugang zunächst über allgemeine Gesundheitsthemen geebnet werden musste. Gerade bei Migrantenselbstorganisationen (auch Gemeinden...) lässt sich feststellen, dass die AIDS-Hilfe dort allenfalls geduldet wurde. Die Zusammenarbeit blieb überwiegend auf einem eher punktuellen bis losen Stand, manches Kooperationsbemühen lässt sich gar als „gescheitert“ beschreiben. Eine Ausnahme bildete hier lediglich ein studentischer Verein, der sich sehr offen für HIV- und STI-Themen zeigte.

Zudem lässt sich festhalten, dass ohne bereits bestehende, auf Vertrauen basierende Vernetzungskontakte wenig bis keine Maßnahmen zum Thema „HIV/AIDS“ stattfinden konnten.

Bei der Gewinnung von Multiplikatorinnen, Multiplikatoren und Peers, aber auch bei deren Einsatz scheint es, dass der Zufall eine nicht unwichtige Rolle spielt. Die Kontakte müssen hier keinesfalls immer fest sein, auch nur punktuelle oder lose Kooperationen können Möglichkeiten eröffnen. Die durch GEMO gewonnenen Multiplikatorpersonen konnten den Vernetzungsradius ihrerseits noch zusätzlich erweitern.

Insgesamt wurden in GEMO viele Kontakte gepflegt, viele Vernetzungsbemühungen und Zugangswege verfolgt. Dennoch konnten auf diesem Wege die vulnerablen Gruppen (sog. Risikogruppen) entgegen den Projektzielen nicht erreicht werden.

Fast ausschließlich nur bei den als fest bzw. ziemlich fest wahrgenommenen Kooperationspartnern konnten dauerhafte Präventionsmaßnahmen durchgeführt und das Feld für Multiplikatorinnen, Multiplikatoren und Peers geöffnet werden.

Mit weiteren Experteninterviews sollten Erkenntnisse über Bedingungen und Möglichkeiten von Kooperation und Vernetzung aus Sicht der Kooperationspartner gewonnen werden.

Die Online-Befragung diente dabei der quantitativen Unterfütterung der Expertenaussagen, wiederum aus der Perspektive der Kooperationspartner. Die schriftliche Befragung dagegen befasste sich mit noch offen gebliebenen Fragen: Bei welchen Berufsgruppen/-sparten, insbesondere aus dem Bereich „Gesundheit“, bestünde grundsätzliches Interesse an GEMO? Hier wurden Daten aus der Gruppe derjenigen erhoben, die möglicherweise als Kooperationspartner für GEMO in Frage gekommen wären, bis dahin jedoch keine Berührungspunkte mit dem Projekt hatten. Auch bei dieser Befragung stand die Einschätzung von Bedingungen und Möglichkeiten der Kooperation und Vernetzung im Vordergrund. Gleichzeitig diente die schriftliche Befragung dazu, weiter auf das Projekt aufmerksam zu machen.

Experteninterviews mit Kooperationspartnern

Vorgehensweise, Stichprobe: In der Zeit von Mitte Februar bis Anfang März 2010 kamen insgesamt vier Gespräche zustande. Zwei Interviews fanden in Emmendingen, eines in Freiburg und eines in Konstanz statt. Unter den Gesprächspartnern waren drei Frauen und ein Mann. Die Interviewten können den zentralen Bereichen der GEMO-Projektaktivitäten zugeordnet werden.

Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und abschließend anhand des Programms MAXQDA ausgewertet und zusammengeführt.

Festzuhalten ist zunächst, dass die Impulse für eine Kooperation vorrangig von GEMO ausgingen. Das verstärkte und vorrangige Einbringen der Projektmitarbeitenden wurde von den Kooperationspartnern durchweg positiv und dankbar angenommen.

Ebenso wurde das Projekt GEMO in der Kooperation als etwas „Besonderes“ gesehen:

IP 2: „Wir sind natürlich mit einer Vielzahl von Einrichtungen vernetzt und haben auch Kooperationspartner, sei es [Nennung von Partnern] [...]. Jetzt ganz speziell auf Gesundheitsprävention – [...] Da ist das Projekt mit GEMO schon was Besonderes. Das kann man schon als, sozusagen so ein spezifischer Kooperationspartner oder Programm, das war schon besonders.“

aus: Interview 2, Position 22

Hinsichtlich der Kooperationsziele lässt sich feststellen, dass für alle befragten Expertinnen und Experten das Thema „Migration und Gesundheit“ ein spezielles Thema ist. Zum einen wird diese Haltung durch das Arbeitsumfeld bedingt, zum anderen lässt sie sich vorrangig mit persönlichen Anliegen begründen.

Jedliches Interesse an GEMO war fachlich begründet und bildete so die Grundlage für die Zusammenarbeit. Anliegen der Kooperationspartner waren insbesondere Aufklärung und Sensibilisierung, Vermittlung von Know-how, Vorbeugung von Erkrankungen, Steigerung des Selbst- und Verantwortungsbewusstseins, Beförderung der Integration usw.

Dennoch gaben den letztendlichen Ausschlag zur kontinuierlichen Zusammenarbeit dann die persönliche Relevanz und Bedeutungszumessung sowie die „Leidenschaft“ und das „Herzblut“ der Kooperationspartner:

IP 1: „[...] und das ist auch wichtig, Gesundheitsprävention zu machen.“

I: „Ja... und das eigene Interesse an dieser Kooperation ... das hängt mit dieser Bedeutung zusammen, die Sie diesem Thema beimessen...“

IP 1: (unterbricht I) „Auf jeden Fall.“

aus: Interview I, Position 31–33

Zudem wurden zahlreiche Bedingungen für eine gut funktionierende Kooperation geäußert. Als Erstes wurde darauf verwiesen, dass hierfür Strukturen vorhanden sein müssen:

IP 4: „Also wenn man, wenn man ein gut funktionierendes Netzwerk hat, das ist immer die Grundvoraussetzung. Die absolute Grundvoraussetzung.“

aus: Interview 4, Position 19

Diese Strukturen müssen nach Ansicht der Befragten aber durch eine gewisse „Leidenschaft“ ...

IP 3: „Ich glaube, das merkt man dann dem Produkt auch an, dass es mit Liebe gekocht ist und mit Leidenschaft und da waren alle im gleichen Maße leidenschaftlich.“

aus: Interview 3, Position 138

... und die nötigen Ressourcen finanzieller und personeller Art ergänzt werden.

Als weitere wichtige Bedingungsaspekte wurden eine inhaltliche bzw. aufgabenbezogene Klarheit – auch im Sinne von Überschaubarkeit – über den zu erwartenden Arbeitsaufwand sowie die Zuverlässigkeit der Partner genannt:

IP 2: „[...] das sind Sachen, die effektiv sind, und dass klar, denke ich, auch klar ist, worum es geht, und dass der zeitliche Rahmen...“

I: „...auch einschätzbar ist...“

IP 2: „Genau.“

I: „... zum einen einschätzbar ist und zum anderen möglichst gering...“

IP 2: „Genau, genau, ja.“

aus: Interview 2, Position 54–58

IP 2: „Was für mich natürlich gut war, ist, dass die [Name] hierhergekommen ist, zu dem Treffen. Also [...] dieses spontane Sich-dann-hier-Treffen war für mich eine große Erleichterung [...] Das macht es natürlich einfacher, weil ich hier natürlich sehr eingebunden bin und vor Ort sein muss [...] und wir haben, denke ich, Aufgaben auch ganz gut verteilt, wer was macht. Die Absprachen haben gut funktioniert, [...], also das fand ich ... natürlich ist es Arbeitseinsatz, [...] aber ich glaube, das hat sich einfach ganz gut ergänzt, [...] also es gab überhaupt keine Reibungsverluste, es hat eigentlich alles funktioniert, weil das gut durchstrukturiert war.“

I: „Kurze Wege dann auch gab ...“

IP 2: „Ja, genau. Einfach effektiv auch funktioniert hat und Zuverlässigkeit da war. Das war, glaube ich, auch ein ganz wichtiger Punkt, dann [...] sozusagen keine unnötige Arbeitsbelastung oder Wiederholung. [...] es war sehr effektiv.“

aus: Interview 2, Position 28–32

Zudem braucht der Aufbau von Kooperation Zeit und persönliche Beziehungen spielen eine entscheidende Rolle. Vertrauen bzw. ein Vertrauensvorschuss wird als notwendige Bedingung für gutes Kooperieren gesehen:

IP 4: „...man muss sich kennen. Man muss auch den Mut haben zu sagen: Kann ich den ansprechen, kann ich das machen oder kann ich es nicht machen? Und, und wenn man sich dann kennt [...] und man hat so ein Problem, dann läuft das auch, aber die Bedingung ist

tatsächlich, es muss klappen, man muss sich regelmäßig sehen, man muss Verbindung untereinander halten und es muss Vertrauen aber auch da sein, dann klappt das.“
aus: Interview 4, Position 21

IP 3: „Also ich denke, eben mitgeholfen hat die Tatsache, dass wir nicht bei null angefangen haben. Die [Name] und ich, es bestand ja schon eine Beziehung, die positiv war, also die auf positiven Erfahrungen miteinander gegründet war. Ist ja auch nicht immer der Fall und wenn man dann ein Projekt machen muss, dann ist es am Anfang sicherlich, läuft nicht gleich rund. Aber wenn man schon weiß, man kann sich sozusagen entspannt in die Beziehung geben [...] Dann geht man natürlich ein Projekt, ich sag jetzt mal dazu, locker an. Und das konnte ich erwarten. Die Beziehung mit der [Name] ist eben so.“
aus: Interview 3, Position 80

Die Befragten zählten ebenso das Wissen um die Motivation und das Interesse des Kooperationspartners zu den Säulen einer guten Basis für Zusammenarbeit:

IP 3: „Dann freut man sich natürlich, wenn jemand die dann, wo man merkt, die wollen das wirklich, da geht es nicht einfach darum, so ein Projektchen durchzuziehen.“
aus: Interview 3, Position 54

Als weiterer bedeutender Aspekt wurde die Komplementarität der Kooperationspartner gesehen:

IP 3: „Ich glaube, es ist gut, wenn die Kooperationspartner [...] nicht so nah dran an den Leuten. Also da kann jemand, die mehr Kontakt hat, zur Klientel, noch Dinge einbringen [...]“

I: „Aus der Erfahrung.“

IP 3: „Aus der Erfahrung einfach durch die Beratung [...] wir haben einiges entdeckt, eben, das dann anders ist. Und da, glaube ich, dass es dann einfach gut ist, wenn es jemand aus, also, ja auch ein Auge drauf hat, die täglich mit Migranten zugange ist.“

aus: Interview 3, Position 41–43

... wie auch die Passgenauigkeit des Projekts:

IP 2: „Da weiß ich nicht, wie die Kapazitäten so sind. Ich sag halt einfach auch genau jetzt zu unserer Zielgruppe, hier hat's gepasst ... von daher war das auch sehr speziell zugeschnitten.“

I: „Gepasst ... ja ... man muss dann auch darauf gucken, wie, wie passgenau ist das eigentlich ...“

IP 2: (unterbricht I) „Ja genau, passgenau ist der Ansatz.“

aus: Interview 2, Position 66–68

Des Weiteren spielten eigene Freiräume und die eigene Flexibilität der befragten Kooperationspartner eine wichtige Rolle für die Möglichkeiten der Zusammenarbeit:

IP 1: „[...] das ist sehr, sehr ausschlaggebend.“

I: „Dass Sie selber diese Freiräume hatten.“

IP 1: „Dass wir [...] auch autark arbeiten können, [...] unseren [anonymisiert] so gestalten können, wie wir wollen und [...] Und jeder kann [anonymisiert: es so machen], wie er möchte, wie er glaubt, die besten Ergebnisse zu erzielen bei den Teilnehmern.“

aus: Interview 1, Position 66–68

Außerdem wurde die Unterstützung durch strategisch wichtige Stellen in den Netzwerken bestätigt:

I: „[...] ohne Top-Down-Struktur läuft nichts...“

IP 4: (ergänzt I) „Läuft nichts...“

I: „Also es muss irgendwo jemand von außen dastehen und sagen das ist richtig so, das unterstützen wir [...]“

IP 4: „Ja, unbedingt, unbedingt.“ aus: Interview 4, Position 26–29

Zur Wirksamkeit der zustande gekommenen Kooperationen lassen sich folgende Punkte aus den Gesprächen festhalten: Die Zielgruppe wurde nicht über ethnisch strukturierte Vernetzung erreicht:

IP 4: „Darum halte ich nichts davon zu sagen, wir machen das nur praktisch für Menschen aus Osteuropa oder Spätaussiedler, halte ich für einen komplett falschen Ansatz.“

I: „O.k., wenn, dann immer allgemein, eher strukturell Berufstätige, Jugendliche, also mehr solche Ansätze und dann auch entsprechende Vernetzungen in diesem Bereich.“

IP 4: „Ja, klar. Die kann man auch herstellen und wobei der Schwerpunkt Richtung Osteuropa und Spätaussiedler kommt meinen Begriffen nach ein altpolitisches Denken heraus.“

aus: Interview 4, Position 51–53

Die erlebten Wirkungen gingen zudem über die eigentlichen Ziele und Interessen hinaus. Neben dem persönlichen Gewinn – auf Seiten der Kooperationspartner wie auch bei den Teilnehmenden – konnte von den Interviewpartnerinnen und -partnern gleichermaßen eine erfolgreiche Wissensvermittlung wie auch eine positive Veränderung im Bereich der sozialen Kompetenzen bei der Zielgruppe beobachtet werden:

IP 1: „Klar sind sie dann im Anschluss alle begeistert, dass sie dann beispielsweise abends im Kino dann ihre Aktionen machen [...] also meiner Meinung nach ist halt die Verantwortung zu spüren [...] das Schöne ist halt vor allen Dingen, dass sie während dieser Schulung [...] auch die Aktionen eben mitgestalten konnten und dass es im Prinzip irgendwie ein Werk aus von allen quasi geworden ist. [...] Und da habe ich schon Veränderungen gespürt. Auch wirklich das Selbstbewusstsein von ein paar Personen wurde gesteigert, also ich hatte den Eindruck, das war super, so auch gebraucht zu werden.“

aus: Interview 1, Position 76–78

Die Kooperation mit GEMO wurde zudem als Abwechslung empfunden:

IP 1: „Ich finde es einfach sinnvoll. [...] jedes halbe Jahr auch mal wirklich den Leuten die Möglichkeit zu geben, mal was komplett anderes zu machen.“

aus: Interview 1, Position 84

IP 2: „Es ist natürlich auch mal [...] das Spannende, wenn man andere Tätigkeiten macht, nicht nur den täglichen XX-Tag, [...] einfach was anderes zu machen, [...] das hat mir schon Spaß gemacht.“

aus: Interview 2, Position 32–36

... und als gute Basis für eine mögliche weitere Zusammenarbeit sowie kommende Projekte betrachtet:

IP 3: „Wenn man gemeinsam so ein schönes Projekt auf den Weg gebracht hat, dann, das verbündet auch stärker und hat man dann nachher auch, also mit den Gruppen, mit denen ich schon Projekte gehabt hab, positiver Art, da läuft die Zusammenarbeit so auf dem kleinen Dienstweg, ja.“
aus: Interview 3, Position 58

Weiter wurden in den Interviews das Bekanntwerden von Beratungsstellen und die Beachtung in der Öffentlichkeit angesprochen:

IP 3: „Da ist es gelungen, drei Partner zusammenzubringen, also das heißt drei, die sich kennen. Wenn jetzt der Herr [Name] [...], der wäre ja wahrscheinlich gar nicht auf die Frau [Name] und die Stelle gekommen, der kann jetzt in seiner Beratung das auch nutzen und kann sagen, es gibt da eine Migrationserstberatungsstelle, vielleicht kann man da mal nachfragen.“
aus: Interview 3, Position 58

IP 3: „Das war jetzt wieder ein Produkt, ja, das überall eben gut angekommen ist, auch die Presse hat sehr gut geschrieben darüber. Insgesamt gut.“
aus: Interview 3, Position 74

Ebenso kam es zu einigen Nebenprodukten, wie z.B. die vermutete Katalysatorfunktion beim Zusammenkommen osteuropäischer Gruppen.

In Zusammenhang mit der Nachhaltigkeit des Projekts sehen die Expertinnen und Experten den Wegfall von Strukturen und erforderlichen Ressourcen zu Projektende kritisch. Damit drohe die Gefahr des Einschlafens der Tätigkeiten, auch alleine schon dann, wenn die persönliche Beziehung zum Kooperationspartner wegfällt oder aufgefrischt werden muss:

IP 2: „Ja. Dass natürlich Kooperationen über persönliche Kontakte und über die Erfahrung, dass man gut zusammenarbeiten konnte, natürlich stark davon lebt. Und dass natürlich es ganz schnell passieren kann, wenn eben derjenige nicht mehr da ist, [...] dass man aufpassen muss, dass es mit anderen Kooperationspartnern eben nicht einschläft.“
aus: Interview 2, Position 48

Diese Ergebnisse wurden in einer weiteren Online-Befragung mit Kooperationspartnern des GEMO-Projekts bestätigt.

Im Gegenzug fand eine weitere schriftliche Befragung mit Nicht-Kooperationspartnern bzw. potentiellen Kooperationspartnern statt, um auch Nicht-Beteiligte in ihrer Perspektive zu erfassen. Für diese schriftliche Befragung wurden Mitte Februar 2010 insgesamt 243 Anschreiben und Fragebögen in alle 18 Bezirke Südbadens verschickt. Adressaten waren Nicht-Kooperationspartner bzw. potentielle Kooperationspartner in der Region, die noch nicht mit dem Projekt GEMO in Berührung gekommen waren. Die Adressatengruppe wurde auf der Basis vorangegangener Forschungserkenntnisse nach folgenden Bereichen bzw. Berufsgruppen ausgewählt: insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Schulen bzw. Schulsozialarbeit, aber auch Jugendzentren, Bildungsträger und Krankenkassen wurden angeschrieben.

Mit dem Instrument wurden deshalb mehrere Ziele verfolgt: Zum einen ging es darum, Kooperationsmöglichkeiten und deren Voraussetzungen, aber auch mögliche Gründe dagegen zu erfragen. Zum anderen stellte das Schreiben an sich eine Art von Intervention dar, indem es ein weiteres Mal die Aufmerksamkeit auf das Projekt und dessen Thematik lenkte.

Die Befragten wurden zufällig aus dem Telefonbuch ausgewählt. Dabei wurde darauf geachtet, dass in jedem Bezirk die relative Ausgewogenheit zwischen den Bereichen bzw. Berufsgruppen gegeben war. Die postalische Befragung begann am 15. Februar 2010. Die Rückmeldefrist wurde bewusst zeitnah auf den 10. März 2010 gesetzt.

Die Befragung erfolgte zunächst mittels eines zweiseitigen, halbstandardisierten Fragebogens, der zu einem Drittel offene Fragen enthielt. Von 3. bis 10. März 2010 waren diese Fragen zusätzlich in Form einer Online-Befragung zu vorzufinden (www.surveymonkey.com).

Auswertung: Die Fragen wurden statistisch nach Häufigkeiten ausgewertet, offene Antworten kategorisiert. Es konnte beobachtet werden, dass die Form der Online-Befragung niedrighwelliger als die schriftliche Befragung war und besonders von Ärztinnen und Ärzten genutzt wurde. Bestand kein Interesse am Thema, wurden online einfach keine Angaben getätigt.

Insgesamt kamen $N = 62$ Fragebögen zurück, was einem Rücklauf von 25,5% entspricht. Die 62 Rücksendungen setzen sich aus 46 postalischen und 16 Online-Beantwortungen zusammen. Von den insgesamt 62 Befragten sind 35,4% dem Bereich Schule und Schulsozialarbeit, 19,4% Hebammen, 17,7% Ärztinnen und Ärzte, 8,1% Bildungsträger, 6,5% Jugendzentren und 3,2% Krankenkassen zuzuordnen. Neben den Bildungsträgern, deren Fallzahl absolut betrachtet jedoch gering ist, haben sich vorrangig Adressaten aus der Schulsozialarbeit (51,4%) an

der Befragung beteiligt. Fast drei Viertel der Befragten geben an, selbst oder als Einrichtung in Kontakt mit der Zielgruppe zu stehen. Für 58% wäre eine Zusammenarbeit mit beispielsweise Migrationsberatungsstellen oder anderen Stellen der sozialen Arbeit denkbar. Fasst man die Berufsgruppen zusammen, wird erkenntlich, dass Ärztinnen und Ärzte auf eine mögliche Zusammenarbeit mit 35% positiven Antworten recht verhalten reagieren, gleichzeitig mit 24% diesbezüglich auch sehr unentschlossen wirken.

Dagegen scheint bei der Gruppe der Hebammen, der Schulsozialarbeit und sonstigen (z.B. Bildungsträger) eine Kooperation mit Migrationsberatungsstellen durchaus möglich:

Auf die Frage hin, unter welchen Voraussetzungen eine Zusammenarbeit denkbar wäre, spalten sich die Antworten in Voraussetzungen inhaltlicher Art und in geäußerte Rahmenbedingungen. Inhaltlich wären hauptsächlich Informationsveranstaltungen sowie Elternarbeit und Veranstaltungen für Eltern gewünscht. Weiter werden die Bereiche Einzelfallhilfe, Familienberatung und Impfprävention bei STI genannt. Innerhalb des Rahmens werden insbesondere von der Gruppe der Hebammen eine angemessene Honorierung, Bezahlung und Anerkennung genannt.

Des Weiteren in absteigender Reihenfolge:

Geringer, begrenzter Zeitaufwand / Einbindung in den Schulalltag / klare Struktur, definierte Zusammenarbeit, klare Aufgaben, Absprachen / Angebot für alle, nicht separat / Kostenneutralität / problemlose Kommunikation / Kooperation der Fachlehrerinnen und Fachlehrer, Abgabe von Stunden / niederschwelliges Angebot / Gewährleistung des Datenschutzes / bei Bedarf / unbürokratisch / personelle Unterstützung / kollegiale Zusammenarbeit auf Augenhöhe / Interdisziplinarität / bereits vorhandene, kompetente Stellen zum Weiterleiten / Vernetzung.

Bezüglich der Kooperationshindernisse werden, hier v. a. aus den Reihen der Ärzteschaft, Zeitmangel und das Ausbleiben der Zielgruppe geäußert. Mangelnde Honorierung, Bevormundung und Bürokratie stünden nach Ansicht der Befragten ebenfalls einer Zusammenarbeit entgegen. Insgesamt zeigen sich letztlich aber fast zwei Drittel der Befragten an den von GEMO entwickelten Maßnahmen interessiert, lediglich bei einem Fünftel herrscht Desinteresse. Wie bei den vorherigen Antworten werden auch hier Unterschiede zwischen den Berufsgruppen deutlich: Während lediglich 35% der Ärztinnen und Ärzte an den Maßnahmen Interesse zeigen, sind es in der Gruppe der Hebammen fast 67%, in der Schulsozialarbeit 73,7% und bei den sonstigen 78,6%. Wird von vornherein kein Interesse an den

Maßnahmen geäußert, ist es wiederum der Mangel an Zeit, der das Desinteresse begründet. Im Fokus des Interesses stehen dann vor allem die Gruppenangebote mit 80%, gefolgt von den Schulungen für Fachkräfte mit 57,5% und den Gesundheitskursen (55%).

Diese Ergebnisse bestätigen, dass die im Rahmen des GEMO-Projekts entwickelten Zugangswege durchaus übertragbar sind, keine Zufallskonstellationen darstellen und zur Nachahmung und Weiterentwicklung empfohlen werden können.

2.3. Perspektiven

Allgemein

Abschließend seien einige Perspektiven für die soziale Arbeit angezeigt: In der interkulturellen sozialen Arbeit schwelt ein Konflikt, inwiefern kulturspezifische Belange als Erklärungsansatz und Methode in der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten relevant sind¹⁸. Geht es um Interkulturalität oder um soziale und andere Formen der Benachteiligung?¹⁹ Diese Kontroverse ließe sich auch auf die Debatte zu Migration und Gesundheit übertragen. Aufgrund der Ergebnisse des GEMO-Projekts muss hier eine Zwischenposition eingenommen werden, die ich als eine migrationssensible Haltung bezeichnen möchte:

Ein wichtiges Projektergebnis ist eben, dass AIDS-Prävention sich nicht an osteuropäische Migranten gezielt wenden soll, sondern generell Zugang über solche Orte zu osteuropäischen Migranten zu finden ist, wo diese als MIGRANTEN anzutreffen sind, wie beispielsweise Integrationskurse, berufliche Qualifizierungsmaßnahmen etc. Das bedeutet, dass ein rein ethnischer Zugang – diese Menschen eben als RUSSEN oder UKRAINER anzusprechen – nicht erfolgversprechend ist. Ein Grund dafür liegt sicher darin, dass das Thema HIV/AIDS so tabu besetzt ist. Ein anderer Grund dafür ist aber auch die Orientierung auf Deutschland, das Bestreben, sich überwiegend als Teil dieser Gesellschaft zu begreifen. Das bedeutet aber auch, dass die Herkunft aus einer anderen Gesellschaft, andere Kulturen, die Erfahrungen mit einem anderen Gesundheitssystem eine Rolle spielen – dies lässt sich aber nicht auf Fragen interkultureller Kompetenz beschränken. Migrations-sensible Ansätze in der Gesundheitsvorsorge und HIV-Prävention zeichnen sich

18 Freise, Josef: Interkulturelle Soziale Arbeit: Theoretische Grundlagen, Handlungsansätze, Übungen zum Erwerb interkultureller Kompetenz. 2. durchges. Aufl. Schwalbach am Taunus 2007

19 Hamburger, Franz: Abschied von der Interkulturellen Pädagogik: Plädoyer für einen Wandel sozialpädagogischer Konzepte. Weinheim, München 2009

nicht durch eine ethnisch charakterisierbare Sensibilität aus, sondern durch Methoden und professionelle Haltungen, die Empathie, Respekt, Offenheit und Toleranz gegenüber den Haltungen und Gefühlen von Teilnehmenden an Maßnahmen ausdrücken. Kenntnisse osteuropäischer Sprachen oder die Mitarbeit von Peers sind dabei von Vorteil, aber eher im Sinne einer Brücke. Ein Element dieser Sensibilität kann auch die Arbeit in geschlechterhomogenen Gruppen sein.

Perspektiven für die soziale Arbeit: Strukturen

Zusammenfassend sei darauf hingewiesen, dass die stützenden Faktoren im Zugang zur Zielgruppe so zu beschreiben sind:

- Existenz fester Gruppen bei Trägern, die von Schulungen und Veranstaltungen profitieren, ohne selber Ressourcen bereitstellen zu müssen
- Persönliche Kontakte zu Migranten, Vertrauensbasis
- bestehende, funktionierende Arbeitskreise und deren Leitung
- die Mitarbeit von Peers bzw. generell Einbezug von Kräften mit vergleichbarem Migrationshintergrund
- Offenheit des Trägers, um gegebenenfalls andere Bereiche des Trägers einzubeziehen
- Aufhänger, wie der explorative Bogen oder Studien

Im Zuge der Kontroverse zur interkulturellen sozialen Arbeit wird auch diskutiert, welchen Sinn es hat, migrationspezifische Beratungsstrukturen bzw. migrationspezifische Dienste generell aufrechtzuerhalten. Wir haben gesehen: Vertrautheit und vorhandene Kontakte beispielsweise über die Migrationsberatung eröffnen wichtige Zugangswege. Vernetzung und Kooperation stellen wichtige Elemente eines gelingenden Zugangs zu Migrantinnen und Migranten mit osteuropäischem Hintergrund dar. Erfolgreiche Kooperation und Vernetzung braucht befördernde Voraussetzungen, diese sind vor allem Strukturen und Ressourcen, Kommunikation und Vertrautheit sowie klare Ziele und Absprachen. Diese Ergebnisse sind ein deutlicher Beleg für die Investition in Strukturen generell – es braucht für neue Herausforderungen im sozialen Bereich eine Infrastruktur, an die angeknüpft und die innovativ weiterentwickelt werden kann. Und es braucht weiterhin die migrationspezifischen Dienste, die die Basis für so viele der Projektaktivitäten boten. Diese müssen sich öffnen und vernetzen – aber ihre vollständige Integration in die Regeldienste wäre aktuell kontraproduktiv – im Gegenteil – die migrationspezifischen Angebote enthalten viele Chancen und Potentiale.

Wichtige Säulen der migrationspezifischen Dienste stellen die Migrationsberatungsstellen dar. Diese haben die Aufgabe, die Integration von Neuzuwanderern zu befördern und zu steuern und länger im Land lebende Migranten in migrations-spezifischen Fragen aller Art zu beraten sowie generell interkulturelle Öffnungsprozesse voranzutreiben. Sie werden von den Wohlfahrtsverbänden angeboten und sind vom Bund finanziert. Integrationskursträger sind vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge anerkannte Sprachkursträger, die die durch das Zuwanderungsgesetz vorgesehenen Sprach- und Orientierungskurse anbieten. Migrationsberatungsstellen und Integrationskursträger sind offen für Aktivitäten im Bereich Gesundheitsvorsorge und Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten – dies hat das Projekt gezeigt. Hier könnte die Kooperation ausgebaut werden in Richtung Vermittlung von Modellen und gemeinsamen Aktivitäten von Stellen, die sich in der Gesundheitsvorsorge engagieren. Wichtig dabei ist, dass „Experten“ wie die AIDS-Hilfe einbezogen werden.

Ein wichtiges Plus im GEMO-Projekt war die Heterogenität – die Kooperation der AIDS-Hilfe mit ihren eigenen Netzwerken, Ansätzen und Kompetenzen mit den Migrationsberatungsstellen und der allgemeinen sozialen Arbeit. Die Verbindung so unterschiedlicher Kulturen war nicht immer einfach, aber in dem Projekt war der strukturelle Raum gegeben, an diesen Unterschiedlichkeiten zu arbeiten. Dabei fungierten die DRK-Strukturen immer wieder als Türöffner für die AIDS-Hilfe. Dies war aber nur möglich, weil die Strukturen vorhanden waren, weil Kontakte da waren, Vertrauen aufgebaut, Netzwerke zugänglich waren etc. Es ist nicht zu unterschätzen, wie wichtig gerade in Zeiten, wo viele Aktivitäten über Projekte finanziert werden, diese Strukturen sind, ohne die die Projekte ihren innovativen Auftrag gar nicht erfüllen können.

Die Notwendigkeit von festen Strukturen hat sich auch im Bereich Jugendliche gezeigt. Ferner haben die verschiedenen Studien und Projektaktivitäten erwiesen, dass Jugendliche offen für eine Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten sind, ohne dass der „Umweg“ über allgemeine Gesundheitsvorsorge gegangen werden muss. Der Zugang zu den Jugendlichen gelang über feste Gruppen wie Schulsozialarbeit. Dabei war es weniger leicht, mit Einrichtungen aus der offenen Jugendarbeit zu kooperieren – hier liegen andere Ansätze vor. Es geht dort um teilnehmerorientierte Ansätze, die weniger Themen von außen an Gruppen herantragen. Daher ist es besser, in festen Gruppen – wie im Projekt die berufsqualifizierenden Kurse der Jugendberufshilfe – zu arbeiten. Auch hier zeigt sich wieder die Inadäquatheit ethnisch geprägter Zugänge – hier stehen eher die Jugendlichen als solche in ihrer jugendlichen Lebenswelt im Fokus. Ein Blick auf die Faktoren,

die zum Erfolg führten, zeigt, dass diese jugendspezifisch zu verstehen sind: spielerische Zugänge, Authentizität der Referenten und Referentinnen, Diskussionen mit Gleichaltrigen, Möglichkeit, das Gelernte weiterzugeben und zu vermitteln, Anerkennung für diese Aktivitäten in Form von Bescheinigungen zu erhalten. Wichtig bei den Jugendlichen war die zeitnahe Weiterführung der Angebote: Es sei noch einmal hervorgehoben, dass Teilnehmerorientierung und partizipatives Vorgehen nicht bedeuten muss, Themen und Fragen aus der Zielgruppe zu entwickeln – sie können auch von außen an sie herangetragen werden. Dazu müssen vermittelnde Personen vorhanden sein und pädagogische und methodische Ansätze, die die Zielgruppe ansprechen.

Perspektiven für die soziale Arbeit: Migrationssensibles Arbeiten

Die beschriebenen Erfahrungen lassen die Schlussfolgerung zu, Migrationsberatungsstellen können generell die Tür zu Migrantengruppen für innovative oder auch tabuisierte Themen öffnen. Wie wir gesehen haben, bedeutet Kultursensibilität in allen Fortbildungs- und Informationsmaßnahmen nicht das Eingehen auf eine fiktive „russische“ oder andere Kultur. Allerdings bleibt festzuhalten, positiv wirkt sich aus, wenn Informationsangebote „migrationssensibel“ sind. Mit diesem Begriff sei angedeutet, dass die „fremde“ Herkunft einer Gruppe von Klientinnen und Klienten durchaus eine Rolle spielt, aber nicht den einzigen Aspekt darstellt, unter dem diese Gruppe zu beachten ist. Die „fremde Herkunft“ bezieht sich auch nicht auf eine als homogen beschreibbare Kultur, sondern darauf, dass wir es mit einer Gruppe zu tun haben, die sich im deutschen System orientiert, die nicht alle Angebote kennt, der die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens und der sozialen Arbeit fremd sind etc. Die Personen sind vielleicht mit anderen Formen der gesundheitlichen Versorgung vertraut. Dies bedeutet auch, dass die „fremde Herkunft“ sich eher auf ein Gesellschaftssystem oder auf die Struktur eines Gesundheitssystems bezieht als auf Werte, Religionen oder andere Elemente ethnisch definierter Kultur. Wir haben es mit einer Vielzahl von Differenzen oder Fremdheiten zu tun, die sich nicht auf eine Ebene reduzieren lassen. Das bedeutet, dass das Gesundheitssystem oder die soziale Arbeit auf andere Erwartungen reagieren muss – aber diese Reaktionen müssen so vielfältig sein wie die Herausforderungen.

Ein migrationssensibler methodischer Ansatz bedeutet gemäß der Projektergebnisse für Präventionsveranstaltungen zu HIV/STI:

- einfaches Sprachniveau oder muttersprachlich
- schematisierte Darstellungen von Körper und Sexualität

- wenn möglich Einbezug von Peers
- geschlechtergetrennte Gruppen.

Perspektiven für die soziale Arbeit: Methoden

In dem Projekt sind große Hoffnungen auf aktuell vielversprechende Methoden gesetzt worden, beispielsweise auf die Arbeit mit Multiplikatoren und auf den Peer-Ansatz.

In den Aktivitäten hat die Rolle von Peers eine wichtige Dimension. Im Projekt sind zwei Sorten von Peers geschult worden: Jugendliche, die bei Kurzeinsätzen als Aktive bei Veranstaltungen mitmachten – Mini-Peers –, und interessierte Ältere, überwiegend Studierende, aus den relevanten Migranten-*Communities*. Es war möglich, Peers zu gewinnen, dabei spielte jedoch auch der Zufall eine Rolle. Es war jedoch schwer, Schlüsselpersonen aus osteuropäischen *Communities* als Peers zu gewinnen.

Peers haben in den GEMO-Aktivitäten immer die Rolle von Brücken und Vermittelnden übernommen. Der Einsatz von Peers beider Gruppen stellt eine hilfreiche Ergänzung dar – sie bilden Vertrauen, setzen Schwellen herab, vermitteln Vertrauenswürdigkeit und Authentizität. Peers alleine sind aber kein Zauberrezept. Es reicht nicht, allein Peers mit muttersprachlichem Hintergrund zu schulen – diese Personen müssen eingesetzt, koordiniert und in konzeptionell durchdachte Aktivitäten integriert werden. Es gibt keine Methode, die als Zaubermittel funktioniert – auch innovative oder partizipative Methoden bedürfen gewisser Strukturen, in denen sie zum Tragen kommen.

Einen weiteren erfolgreichen Zugangsweg stellte ja die Schulsozialarbeit dar, auch unter Mitarbeit der Peers – hier konnten partizipativ Wissen und Informationen vermittelt werden und integrierte Handlungskonzepte zur Gesundheitsvorsorge und HIV-Prävention in einem Wechselspiel von Schulsozialarbeit und AIDS-Hilfe erprobt werden. Auch hier war es wichtig, dass es eine vermittelnde Person gab, eine Schulsozialarbeiterin, die das Vertrauen der Kinder hatte und von Eltern und Kindern anerkannt war.

Die Bedeutung von Personen – ja Persönlichkeiten – kann nicht genug betont werden. In allen Auswertungen zeigte sich, wie wichtig und welchen „Zauber“ authentische und zuverlässige Personen hatten. Sie waren über Beratungsarbeit oder Schulsozialarbeit mit den Zielgruppen vertraut oder galten als zuverlässige Kooperationspartner und hatten viele Kontakte.

Vielleicht sollte diese Reminiszenz an die Pädagogik des 19. Jahrhunderts mehr Bedeutung erlangen. Für die soziale Arbeit stehen – verfolgt man zumindest wis-

senschaftliche Diskurse in Fachzeitschriften und Projektergebnisse und Publikationen – Methoden und immer mehr verfeinerte methodologische Debatten im Vordergrund. Es herrscht der Eindruck vor, dass von der Systematik methodischer Konzepte und der Integration aktueller Ansätze allein eine Zauberwirkung ausgehe, die unmittelbar problemlösend sei. Damit wird auch die Erwartung erzeugt, Problemlösungen seien komplett steuerbar, wenn die richtigen Instrumente angewendet werden würden. Die beschriebenen Projektergebnisse verweisen aber auf die Bedeutung von Personen hin, auf ihre Persönlichkeit, auf Erfahrungen, auf „persönliche Chemie“ und auf Zufälle. Hier handelt es sich um Faktoren, die nicht unbedingt steuerbar sind. Zufall, Erfahrung, trial and error – auch das sind wesentliche Elemente innovativer Ansätze. Das bedeutet nicht, dass soziale Arbeit nicht steuerbar ist, aber es bedeutet, dass aus der Erfahrung des Projekts daher auf die Personen geachtet werden sollte. Personen und alles, was Fachkräfte zur Persönlichkeitsentwicklung brauchen, sind auch wichtige Chancen für neue Ansätze, Personen brauchen:

- Orte des Austausches und der Selbstreflexion,
- Orte der Auseinandersetzung und der Weiterentwicklung wie z.B. Fortbildungen,
- Zeitliche Ressourcen für Vernetzung, Kooperationen, Kommunikation,
- Psychohygiene,
- Möglichkeiten des Eingestehens von Scheitern, von Misserfolgen,
- Möglichkeiten der Mitgestaltung und des Einbringens eigener Akzente.

Stolpersteine

Als hindernde Faktoren im Zugang zur Zielgruppe erwiesen sich fehlende Strukturen in der Migrationsarbeit, fehlende personelle Ressourcen, mangelnde interkulturelle Kompetenz, fehlendes Bewusstsein für die Notwendigkeit einer interkulturellen Öffnung. Generell ist es schwierig, bei einem mit vielen Abwehrmechanismen belegten Thema partizipative Zugangswege zu erschließen.

Es wurde einiges versucht, um die so genannten mit Risiko behafteten Gruppen zu erreichen, allerdings konnten diese nicht adäquat erreicht werden. Dies liegt einerseits darin begründet, dass die Einrichtungen der sozialen Arbeit selber kaum Zugang zu der Zielgruppe (Sucht) haben. Ferner ist es so, dass die entsprechenden Gruppen sehr flexibel und versteckt agieren und die Zugänge begrenzt sind (Angebote Internet, MSM) oder es weiterer Angebote (Beratung etc.) bräuchte (Prostituierte). Auch hier spielen Strukturen eine Rolle – wo diese nicht

vorhanden sind, müssen sie aufgebaut werden. Dies braucht nicht einfach eine gute Methode, sondern Zeit, Kontakte, Netzwerk und Ressourcen.

Perspektiven zu Migration und Gesundheit

Die Forschungsergebnisse weisen auf die Bedeutung von Ärzten und medizinischem Fachpersonal zumindest für die untersuchten Migrantinnen und Migranten osteuropäischer Herkunft hin. Dies stellt die soziale Arbeit vor die Herausforderung einer Vernetzung mit anderen Professionen und der multiprofessionellen Zusammenarbeit. Der Einbezug von Ärzten oder medizinischen Fachkräften wirkte immer positiv, diese wurden als die wichtigsten Stellen in Sachen Gesundheit betrachtet. Es war auch deutlich, Erwachsene können und müssen über allgemeine Gesundheitsversorgung angesprochen werden, allerdings nimmt das Interesse am Thema ab, je näher es zu HIV/STI kommt. So sollte der Zugang zu Erwachsenen weiter gesucht werden, auch weil diese in den Familien der Zielgruppe eine wichtige kommunikative Funktion und Vorbildfunktion für Jugendliche haben. Die Herausforderung besteht darin, die *Communities* oder Migrantengruppen zu vernetzen mit Ärzten, Kontaktstellen des Gesundheitssystems, u.a. Gesundheitsämter, Krankenkassen etc. Alle Versuche, bei den genannten Stellen eine Sensibilität für die Arbeit mit Migrantinnen und Migranten generell zu erreichen, müssen weiter verfolgt werden. Dies bedeutet nicht, diese Stellen zu Experten verschiedener Nationalkulturen zu machen, dies bedeutet vielmehr, nachzufragen, Raum für die Diskussion von offenen Fragen zu geben, Unsicherheiten zu diskutieren etc. Die Versuche, das Gesundheitswesen über die Gesundheitsämter, Krankenkassen und Ärzte einzubeziehen, interkulturelle Öffnung voranzutreiben und die Zielgruppen über diese anzusprechen, sind im GEMO-Projekt nicht weit fortgeschritten. Das lag nicht an mangelnder Vernetzung, sondern beispielsweise eher an fehlenden personellen Ressourcen in Gesundheitsämtern, mangelnden Strukturen etc. Positive Ausnahmen bildeten Kooperationen mit Kliniken, mit einzelnen Krankenkassen und Gesundheitsämtern. Auch stellt der Versuch, ehrenamtliche Dolmetscher und Dolmetscherinnen zu Gesundheitsfragen und HIV zu schulen, einen vielversprechenden Weg dar. Dies sowie die Ergebnisse der Kooperationsstudie zeigen, dass hier noch viele Potentiale und Herausforderungen vorhanden sind. Ein geschlechtersensibler Blick zeigt wiederum, dass Frauen in allen Gesundheitsfragen eine zentrale Rolle zukommt. So ergibt sich als wichtige Perspektive die Möglichkeit, einerseits Ressourcen in die Arbeit mit Frauen zu investieren wie Gesprächsgruppen, Gesundheitskurse, Informationsveranstaltungen etc. Eine weitere Möglichkeit bietet andererseits der Versuch, Fachkräfte aus den verschied-

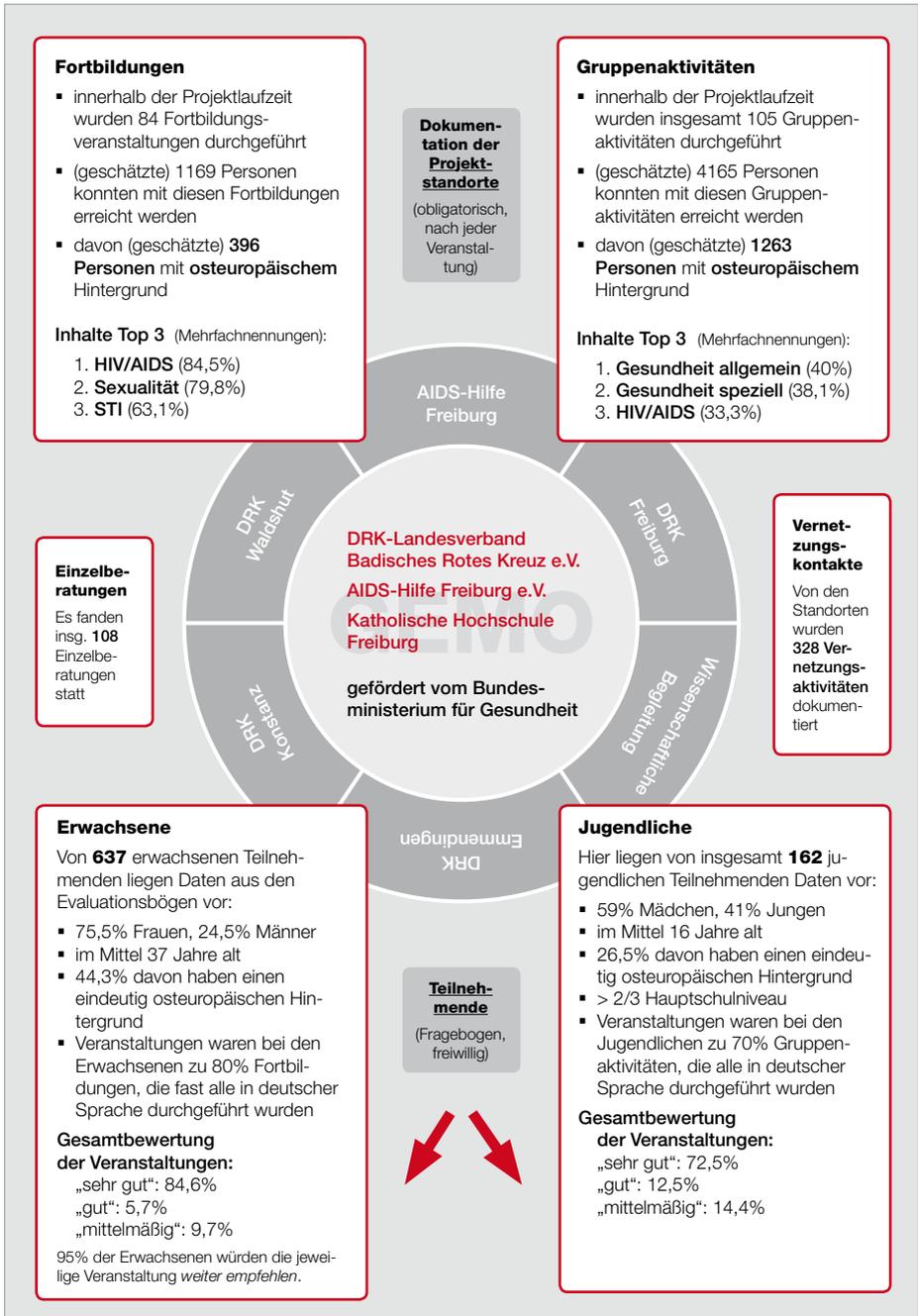
denen Bereichen der sozialen Arbeit wie beispielsweise der sozialpädagogischen Familienhilfe in HIV zu schulen. Im Sinne des Setting-Ansatzes stellt dies Möglichkeiten dar, das Thema Gesundheit und auch HIV/AIDS in alle Strukturen der sozialen Arbeit zu integrieren. Dennoch: Es war auch wichtig, nach Wegen zu suchen, mit denen Männer einbezogen werden konnten. Als Zugangswege erwiesen sich hier Sportvereine und Sportgruppen, U-Haft etc.

Hier ist immer wieder wichtig, in der Arbeit Informationen zu vermitteln und Versuche der Entstigmatisierung zu unternehmen. Wie wir gesehen haben und wie auch andere Studien zeigen, gibt es in Bezug auf HIV/AIDS oder STI durchaus ein Fachwissen und einen Informationsstand. Das Thema wird auch als wichtiges anerkannt, andererseits wird es immer wieder von der eigenen Lebenswirklichkeit getrennt und Randgruppen zugewiesen. Daraus erklären sich auch viele Ambivalenzen, die in der Darstellung der HIV-Studie deutlich geworden sind. Informationsarbeit muss daher immer auch entstigmatisierend wirken, reale Zusammenhänge aufzeigen und phantasierte Zusammenhänge thematisieren.

In dem Projekt wurde der Ansatz verfolgt, HIV-Prävention und Gesundheitsvorsorge zu verknüpfen, um das tabuisierte Thema HIV/AIDS über die allgemeine Gesundheitsvorsorge zugänglich zu machen. Dieser Umweg ist jedoch nicht immer nötig, wie unsere Ergebnisse zeigen – da, wo Strukturen und Vertrauen vorhanden sind, kann auch das Thema HIV/STI isoliert bearbeitet werden. Die eigentliche Herausforderung ist eher die Herstellung des Selbstbezugs und die Entstigmatisierung. Interessant ist auch, dass „Zwangskontexte“ genutzt werden können – also Kurse, Gruppen, die eigentlich einem anderen Thema gewidmet sind. Gelingt es hier, methodisch gut zu arbeiten und überzeugend aufzutreten, so ergibt sich hier ein großes Potential für die HIV-Prävention.

Es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass sich unsere Ergebnisse mit den Trends der SPI-Untersuchung von 2005 decken²⁰: Zumindest was die Migrantinnen und Migranten aus Osteuropa betrifft, so sind wichtige Zugänge und Kooperationen alle Bereiche, die mit staatlichen Stellen und dem Gesundheitssystem zu tun haben – diese Schiene muss weiter ausgebaut werden. Es zeigt sich auch, dass Informationen etc. über die eigene Community nicht so erfolgversprechend sind – weder über Migrantenorganisationen noch über die Schlüsselpersonen. Gesundheitsvorsorge und HIV/AIDS-Prävention sind ein öffentlicher Auftrag – dies wird von den Migrantinnen und Migranten aus Osteuropa nicht anders gesehen als von der deutschen Mehrheitsbevölkerung – ein Grund mehr, diesen Bereich auszubauen und seinen öffentlichen Charakter zu erhalten.

20 Steffan, Elfriede/Sokolowski, Samanta: HIV/AIDS und Migranten/innen. Gesundheitsrisiken, soziale Lage und Angebote einschlägiger Dienste. Nationale Auswertung für Deutschland. Berlin 2005



HIV/STI-Prävention für und mit osteuropäischen Migrantinnen und Migranten

**Ulrike Hoffmeister, Annette Napierala-Sprotte
Birgit Olbrich, Robert Sandermann**

3.1. Osteuropäische Migrantinnen und Migranten als Zielgruppe der HIV-Prävention

Laut Projektantrag orientiert sich die Zielgruppe nach den Länderdefinitionen der WHO. Osteuropa wird dort unterteilt in Ostmitteleuropa, Baltikum, Südosteuropa und die GUS-Staaten. Zielgruppe des Projekts sind also folglich Menschen, die in Deutschland leben mit Migrationshintergrund aus diesen Staaten.

Die Herkunftsländer unterscheiden sich zum Teil erheblich. Zum einen sind es Länder, in denen die HIV-Prävalenz niedriger ist als in Deutschland und die sich bei den Übertragungswegen von Deutschland vermutlich wenig unterscheiden (z.B. Polen). Zum anderen sind es Länder, in denen die HIV-Prävalenz in den letzten Jahren stark angestiegen ist und in denen heute zum Teil mehr als 1% der erwachsenen Bevölkerung infiziert ist (z.B. Russland, Ukraine). Bei den HIV-positiven Migrantinnen und Migranten, die aus diesen Ländern nach Deutschland gekommen sind, lässt sich eine ähnliche Verteilung der Ansteckungswege wie in den Herkunftsländern selbst feststellen. Das Robert-Koch-Institut, das die Zahlen für Deutschland sammelt und auswertet, kommt zu folgender Einschätzung: Die Herkunftsregionen der seit 2001 in Deutschland neu mit HIV diagnostizierten Personen, die nicht aus Deutschland stammen, wurden ausgewertet. Insgesamt kommen 22% dieser 4.984 Menschen aus Zentral- und Osteuropa. Die zahlenmäßig am stärksten vertretenen Herkunftsländer sind Russland und Polen.²¹

21 Siehe Epidemiologisches Bulletin 5/2010 vom 8. Februar 2010

Seit 2006 verzeichneten einige Gebiete Russlands eine Zunahme der HIV-Infektionen um 700 Prozent, so berichtet UNICEF aktuell im Jahr 2010.²² Nirgendwo sonst auf der Welt steige die Rate der HIV-Neuinfektionen so stark an. Die Vereinten Nationen schätzen die Zahl der HIV-Infizierten in Osteuropa und Zentralasien inzwischen auf rund 1,5 Millionen gegenüber 900.000 im Jahr 2001.

Angetrieben wird die Entwicklung laut der UNICEF-Studie durch eine Mischung aus Drogenmissbrauch und sexueller Übertragung unter Heranwachsenden, die am Rande der Gesellschaft leben. Gemeint sind Jugendliche, die ihr ganzes Leben im Heim verbracht haben, Straßenkinder, minderjährige Prostituierte und Drogenabhängige, die oft schon im Jugendalter ihre Hoffnungslosigkeit mit der Spritze betäuben. Die Gesundheits- und Aufklärungsprogramme erreichen diese Risikogruppen nicht. Etwa ein Drittel der Neuinfektionen entfällt demnach inzwischen auf Jugendliche und junge Erwachsene. 80 Prozent der Infizierten sind jünger als 30 Jahre. Diese bedrohliche Entwicklung wird auch weitere Konsequenzen für die Migrationsströme innerhalb Europas haben, schon heute sind bestimmte Bevölkerungsgruppen aus Osteuropa, die in Deutschland leben, besonders stark von HIV und STIs betroffen, z.B. im Bereich Drogen und/oder Prostitution.

Die Zielgruppe osteuropäische Migrantinnen und Migranten ist bei der Betrachtung unterschiedlicher Merkmale keineswegs eine homogene Gruppe. Vielmehr setzt sie sich aus sehr unterschiedlichen Gruppen zusammen, die sich in ihrem Aufenthaltsstatus, in der Länge des Aufenthalts in Deutschland, im Bildungsgrad und im Zugang zu präventiven und sonstigen Leistungen des Gesundheitssystems sehr stark unterscheiden. So befinden sich beispielsweise eine Prostituierte aus Bulgarien ohne festen Aufenthaltstitel und eine Aussiedlerin mit deutschem Pass in völlig unterschiedlichen Lebenssituationen.

Für die zielgruppenspezifische HIV-Prävention ist es notwendig, die spezifischen Risikofaktoren der Zielgruppe zu kennen. Aus den bekannten epidemiologischen Zahlen lässt sich kein pauschales Urteil darüber fällen, dass Menschen mit osteuropäischem Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Infektionsrisiko im Bezug auf HIV haben. Es stellt sich also die Frage, ob es trotzdem beispielsweise berufsspezifische Risikofaktoren gibt, die für alle oder zumindest die meisten osteuropäischen Zugewanderten gelten. Laut Robert-Koch-Institut sind andere Faktoren relevanter, wie beispielsweise die Zugehörigkeit zur Gruppe der MSM.²³ Es gibt jedoch bislang wenig veröffentlichte Studien darüber, inwiefern bekannte Risikofaktoren auf osteuropäische Migran-

22 Siehe <http://www.unicef.de/presse/pm/2010/AIDS-report-2010>

23 MSM bedeutet „Men who have sex with men“, also Männer, die mit Männern Sex haben.

tinnen und Migranten zutreffen. Kouznetsov et al. haben 2009 eine Interview-Studie in Russland erstellt. Diese Untersuchung zeigt, dass die Bevölkerung dort die HIV-Infektion in Verbindung mit Drogenabhängigkeit und Promiskuität bringt und dass HIV-Positive auf Unverständnis und eine ausgeprägte Diskriminierung seitens der Bevölkerung und von medizinischem Fachpersonal stoßen. Diese Diskriminierung wirkt sich auch auf den Alltag der osteuropäischen Migrantinnen und Migranten im Zielland aus. Weiter führt eine Sozialisation aus den Heimatländern, die suggeriert, HIV gäbe es nur in Randgruppen der Gesellschaft und der totalitäre Staat würde mittels seiner Kontrollorgane dafür sorgen, das Problem von der sog. Normalbevölkerung fernzuhalten, zu der Überzeugung, sich nicht mit dem Thema beschäftigen zu müssen. Es ist auch für viele schwer nachvollziehbar, dass das hiesige Gesundheitssystem nicht nur kontrollierend eingreift, sondern vom Nutzer eine gute Portion Eigenverantwortlichkeit und Partizipationsbereitschaft erfordert.²⁴

Der Forschungsbericht 342 des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung aus dem Jahr 2005 beschäftigt sich mit Gesundheitsrisiken, sozialer Lage und Angeboten einschlägiger Dienste.²⁵ Ein ganzes Kapitel widmet sich der Frage nach der Informiertheit der Migrantinnen und Migranten zu HIV und AIDS, den Kenntnissen über Schutzmöglichkeiten, medizinische Behandlung und Test sowie Sexualverhalten und Kondomgebrauch. Hier wird deutlich, dass vor allem Menschen aus der Subsahara-Region relativ gut informiert sind, allerdings ihr Wissen meist aus dem Heimatland mitbringen. Probanden aus Osteuropa und Südosteuropa waren zu allen Themen deutlich weniger gut informiert.

Nach den Erfahrungen des Projekts GEMO waren folgende Faktoren ausschlaggebend für die Zielgruppe:

- HIV wird von osteuropäischen Migrantinnen und Migranten, insbesondere aus GUS-Staaten, vor allem mit Drogenabhängigkeit, (Homo-)Sexualität und Prostitution assoziiert. Da diese Themen sowohl in den Herkunftskulturen wie auch in den Migrantencommunities in Deutschland stark tabuisiert sind und die eigene Betroffenheit in der Regel geheim gehalten wird, entsteht leicht der Eindruck, dass HIV die anderen betrifft – nicht aber das eigene Nahfeld. Dadurch sinkt die Be-

24 Siehe Kouznetsov, Laura/Kouznetsov, Alexander et al. 2010, S. 272–278

25 BMGS: Forschungsbericht vom 12.10.2005: Nationale Auswertung des EU-Forschungsprojektes „HIV/AIDS und Migranten/innen. Gesundheitsrisiken, soziale Lage und Angebote einschlägiger Dienste“

reitschaft, sich persönlich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Hier ist ein Unterschied zur deutschen Allgemeinbevölkerung sichtbar. Auch wenn in Deutschland die oben genannten Themen natürlich ebenso tabuisiert werden, hat sich die Erkenntnis, dass AIDS „alle angeht“, weitgehend durchgesetzt. Dadurch hat die HIV-Prävention eine Legitimationsgrundlage, über diese Themen zu reden. Anzumerken ist, dass die „Randgruppentheorie“ aus epidemiologischer Sicht in den GUS-Staaten, die von HIV am meisten betroffen sind, tatsächlich weitgehend zutreffend ist. Dabei wird jedoch übersehen, dass die Nicht-Zugehörigkeit zu diesen Gruppen nicht vor HIV schützt, sondern lediglich das individuelle Verhalten.²⁶

- In den Herkunftsländern der Zielgruppe spielt das Konzept einer individuellen Gesundheitsvorsorge, bei der die Menschen selbst für die Erhaltung ihrer Gesundheit aktiv werden, eine eher geringe Rolle. Dies gilt insbesondere für die GUS-Staaten. Im sowjetischen Gesundheitssystem waren präventive Maßnahmen beispielsweise zur Eindämmung von Infektionskrankheiten in der Regel staatlich verordnet. Seit dem Zusammenbruch der Sowjetunion sind Zwangsmaßnahmen zwar weniger üblich, eine systemische Veränderung hin zu mehr Eigenverantwortung gab es von staatlicher Seite jedoch nicht. Unserer Erfahrung nach ist das Konzept des mündigen und eigenverantwortlichen Patienten, der sich schon als Gesunder Gedanken darüber macht, wie er sein Krankwerden verhindern kann, unter osteuropäischen Migrantinnen und Migranten eher weniger verbreitet.
- Zugewanderte werden – unabhängig von ihrem Herkunftsland – von den präventiven Angeboten des deutschen Gesundheitssystems schlechter erreicht als die deutsche „Allgemeinbevölkerung“. Ihre spezifischen Lebenslagen und Bedürfnisse sind nicht nur in den konkreten Angeboten, sondern schon in der Forschung unterrepräsentiert und spielen bei der Entwicklung neuer Konzepte eine geringere Rolle. Dadurch bleiben Zugangsbarrieren erhalten. Menschen mit Migrationshintergrund wissen in der Regel schlechter Bescheid darüber, wie das Gesundheitssystem aufgebaut ist, wohin sie sich wann wenden können und welche Rechte sie haben. Außerdem sind sie mit sprachlichen und kulturellen Verständigungsproblemen konfrontiert. Da für präventive Angebote in der Regel keine akute Notwendigkeit besteht, werden diese von ihnen weniger angenommen.²⁷

26 Vgl. Kuznetsov: Interviews der wissenschaftlichen Begleitung, BZgA Wiederholungsbefragung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“

27 Vgl. BZgA (Hg.): Migration und Gesundheitsförderung – Hard to reach? Neue Zugangswege für „schwer erreichbare“ Gruppen erschließen. Gesundheitsförderung konkret. Band 12, 2009, S. 18–31

Neben diesen herkunftsspezifischen Risikofaktoren gibt es innerhalb der Zielgruppe osteuropäischer Migrantinnen und Migranten natürlich Gruppen, die abgesehen von diesen genannten Risikofaktoren aufgrund ihrer Lebenslage besonders gefährdet sind. Dies gilt insbesondere, wenn sie

- (sexuelle) Kontakte in ihren Heimatländern mit hohen Infektionsraten haben oder hatten,
- riskantes Verhalten praktizieren (z.B. Drogengebrauch, MSM, Prostitution),
- nur einen unsicheren oder gar keinen legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland haben und dadurch
 - über keine Krankenversicherung verfügen,
 - unter prekären Lebensumständen leben, die keine Ressourcen für präventive Gesundheitsvorsorge übrig lassen,
 - in (sexuellen) Abhängigkeitsverhältnissen leben müssen (z.B. Zwangsprostitution, aber auch Frauen, deren Aufenthaltsstatus von der Ehe abhängt).

Oder wenn

- in ihrer Herkunftskultur das Thema Sexualität stark tabuisiert wurde und dadurch zum einen Wissensdefizite vorhanden sind, zum anderen auch das Ansprechen von Sexualität, HIV und Schutz in den Familien und in der Partnerschaft erschwert wird,
- aufgrund ihrer sozialen Lage oder ihres Bildungsstands der Zugang zu Präventionsangeboten besonders erschwert ist,
- durch die Migration Konflikte zwischen den (sexuellen) Moralvorstellungen der Herkunftskultur und Deutschland entstehen (dies gilt im Besonderen für Migrantinnen und Migranten der zweiten oder weiteren Generationen, die ihre [sexuelle] Identität im Spannungsfeld zwischen den beiden Kulturen entwickeln müssen).

Diese Risikofaktoren sind nicht spezifisch für Zugewanderte aus Osteuropa, sondern können ebenso auf andere Migrantengruppen oder Deutsche zutreffen. In der Praxis der HIV-Prävention spielen sie jedoch eine mindestens ebenso große Rolle wie die herkunftsspezifischen Risikofaktoren. Bei der Entwicklung von Präventionsangeboten ist daher die Aufteilung der Personen nach Herkunftsregionen nicht immer sinnvoll. Vielmehr müssen Konzepte entwickelt werden, die möglichst genau auf die spezifische Lebenssituation und die Risikofaktoren der einzelnen Subgruppen eingehen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass osteuropäische Migrantinnen und Migranten keine homogene Gruppe bilden. Auch wenn einige Risikofaktoren weit-

gehend allgemeingültig sind, hängt die tatsächliche Gefährdung, sich mit HIV zu infizieren, häufig auch von anderen Faktoren ab, die nur auf einen Teil der Zielgruppe zutreffen. Dies bedeutet, dass es kein universell gültiges Konzept zur HIV-Prävention für osteuropäische Migrantinnen und Migranten geben kann.

3.2. Zugänge zur Zielgruppe osteuropäische Migrantinnen und Migranten

Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, wird die Notwendigkeit, sich mit HIV-Prävention auseinanderzusetzen von osteuropäischen Migrantinnen und Migranten in der Regel nicht gesehen. Es ist daher wenig überraschend, dass sie in der Praxis auch bei direkter Nachfrage oder Einladung wenig Interesse an Veranstaltungen zeigten. Das Thema stieß zunächst sogar häufig auf Ablehnung. Daher spielt die Erprobung verschiedener Zugangswege im Projekt GEMO eine zentrale Rolle. Die von der AIDS-Hilfe Freiburg im Projekt angewandten Ansätze lassen sich im Wesentlichen in drei Kategorien unterteilen:

Kategorie 1:

Zugang über die Kooperation mit den vier Kreisverbänden des DRK:

Die Konzipierung des Projekts GEMO als Kooperationsprojekt zwischen der AIDS-Hilfe Freiburg, Fachstelle für die HIV/STI-Prävention, und mehreren Kreisverbänden des Deutschen Roten Kreuz als Migrationsfachdienste beruhte auf der Annahme, dass osteuropäische MigrantInnen über bestehende Strukturen erreichbar sind. Veranstaltungen sollten nicht nur innerhalb von Angeboten der DRK-Kreisverbände, sondern auch bei deren Kooperationspartnern stattfinden. Dieser Zugangsweg bewährte sich insbesondere an den Standorten, an denen die Mitarbeitenden der DRK-Kreisverbände neben dem Projekt in anderen Bereichen der Migrationsarbeit tätig waren und dadurch schon auf vorhandene Netzwerke zurückgreifen konnten. Die konkreten Zugänge für Veranstaltungen ergaben sich dann durch die Arbeitsbereiche der Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter. So konnten über die DRK-Migrationsberatungsstellen besonders leicht Zugänge zu den Integrationskursen geschaffen werden sowie über den DRK-Schulsozialdienst zu den Internationalen Vorbereitungsklassen für neu zugewanderte Kinder und Jugendliche. Außerdem bauten die DRK-Kreisverbände ihr Netzwerk in der Migrationsarbeit durch das Projekt weiter aus und schufen so Zugangswege, von

denen auch die AIDS-Hilfe profitierte. Dies war insbesondere für die Arbeit in den Landkreisen außerhalb von Freiburg relevant, da diese zwar zum Einzugsgebiet der AIDS-Hilfe Freiburg gehören, die AIDS-Hilfe jedoch nicht über die Ressourcen verfügt, hier weitreichende Netzwerkstrukturen aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Ausnahme ist hier der Standort Konstanz, wo es eine ansässige AIDS-Hilfe gibt, die zwar nicht Projektpartner war, vor Ort aber natürlich einen wichtigen und vertrauten Kooperationspartner darstellte.

Neue Zugänge wurden in der Regel in enger Zusammenarbeit beider Partner (AIDS-Hilfe Freiburg und DRK-Kreisverband) erschlossen. Während die DRK-Kreisverbände den Kontakt mit den Kooperationspartnern aufnahmen und die Rahmenbedingungen der Veranstaltungen organisierten, entwickelte die AIDS-Hilfe die Veranstaltungskonzepte und führte die jeweilige Veranstaltung durch. Dieses Kooperationsmodell hat sich in allen vier Standorten bewährt, weswegen viele Synergieeffekte entstanden. Der Vorteil des Zugangs über vorhandene Strukturen der Kooperationspartner liegt darin, dass die Zielgruppe der Veranstaltungen recht genau bekannt ist und dadurch die Präventionskonzepte auf deren spezifische Situation abgestimmt werden können. Außerdem wird dadurch die Teilnahme der Zielgruppe sichergestellt. Ist der Zugang erst einmal geschaffen, ist es praktisch immer möglich, das Interesse der Teilnehmenden zu wecken.²⁸

Anzumerken ist, dass über diesen Zugang in der Regel Migrantinnen und Migranten aus verschiedenen Herkunftsländern erreicht werden. Schon um Stigmatisierungen zu vermeiden, machte es keinen Sinn, die Teilnehmenden nach Herkunftsländern zu trennen. Zudem sind, wie bereits beschrieben, viele Risikofaktoren nicht herkunfts- sondern migrations- oder lebenslagenspezifisch.

Kategorie 2: Zugang über die Netzwerke der AIDS-Hilfe, insbesondere zu schwer erreichbaren Zielgruppen:

Die AIDS-Hilfe Freiburg verfügte schon vor GEMO über ein weitreichendes Netzwerk mit Einrichtungen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen. Diese Kontakte wurden für GEMO genutzt und ausgebaut, um osteuropäische Migranten und Migrantinnen zu erreichen, die gleichzeitig zu einer der Hauptbetroffenengruppen von HIV gehörten (Drogenkonsumenten, MSM, männliche und weibliche Prostituierte, Menschen in Haft). Aufgrund der kurzen Projektdauer von zwei Jahren und der begrenzten Ressourcen des Projekts wurde auch hier der Netzwerkansatz verfolgt, d.h. der Zugang zur Zielgruppe erfolgte über verschiedene Kooperationspartner.

28 Siehe folgendes Kapitel „Good-Practice-Beispiele“

Dabei wurden unterschiedliche Erfahrungen gemacht. In bestimmten Fällen war dieses Konzept äußerst erfolgreich. So konnte durch GEMO die Kooperation mit der JVA Freiburg intensiviert werden und eine nachhaltige Kooperation mit der JVA aufgebaut werden, insbesondere mit der Schule in der U-Haft für Jugendliche. Eine ähnliche Kooperation wurde auch mit der JVA Waldshut angestrebt, diese scheiterte aber am fehlenden Interesse der dortigen Leitung.

Eine weitere erfolgreiche Kooperation besteht mit dem Health Support der Internetseite Gay Romeo, einem Chatportal für MSM, auf der eine Online-Beratung auf Russisch und Ukrainisch installiert werden konnte. Das Angebot wird bisher allerdings nur zögerlich in Anspruch genommen. Konkret heißt das, dass im Schnitt höchstens eine Anfrage pro Monat auf Russisch kam, während zum Beispiel oft mehrere pro Tag auf Englisch ankommen. Interessanterweise waren selbst die Anfragen von russisch- oder ukrainischsprachigen Nutzern häufig auf Deutsch bzw. Englisch gestellt.

MSM wurden auch an anderen Orten erreicht: Beispielsweise auf verschiedenen Partys und im zentralstädtischen Colombipark in Freiburg, wo sich (auch sexuelle) Kontakte zwischen Männern anbahnen und wo auch Männer verkehren, die Sex für Geld anbieten, etliche davon mit osteuropäischer Herkunft. Die Tabuisierung des Themas in den Herkunftsländern führt jedoch ganz offenbar dazu, dass auch hierzulande nur wenige MSM mit osteuropäischer Herkunft sich als solche zu erkennen geben, was den Zugang zu dieser Zielgruppe erheblich erschwerte, selbst ein osteuropäischer homosexueller Peer konnte leider kaum Kontakte herstellen. So muss insgesamt gesehen leider festgestellt werden, dass die Zielgruppe „osteuropäische MSM“ an den Projektstandorten kaum erreicht wurde bzw. nicht als solche identifiziert werden konnte. Das gilt auch für den Bereich der MSM-Prostitution. Hier treffen zwei tabuisierte Themen aufeinander: Sexualität zwischen Männern und Sexualität gegen Bezahlung. Aufgrund dieser Tabuisierung ist es als Außenstehende extrem schwierig, diese Zielgruppe zu finden und wirksam zu erreichen. Da hier die Vulnerabilität in Bezug auf HIV und STI besonders hoch ist, sind anonyme Beratungs- und Gesundheitsangebote sehr wichtig, die im Rahmen von GEMO jedoch nur ansatzweise geschaffen werden konnten. So fanden beispielsweise verschiedene Aktionen an Treffpunkten und Veranstaltungen statt, wo sich hauptsächlich MSM aufhalten, um dort Materialien zu verteilen und für Gespräche zur Verfügung zu stehen.

Kooperationen mit Einrichtungen der Drogenhilfe erwiesen sich als noch wesentlich schwieriger in der Umsetzung. Trotz mehrerer Anläufe bei verschiedenen Einrichtungen kam keine Veranstaltung zustande, bei der gezielt osteuropäische

Migrantinnen und Migranten erreicht worden wären. Unserer Erfahrung nach ist ohne die Beteiligung einer Fachberatungsstelle, die bereits Zugänge erstellt und erfolgreiche Hilfsangebote unterbreitet hat, die Zielgruppe von außen kaum erreichbar. Dafür gibt es unterschiedliche Gründe: Die Lebenssituation von Menschen, die Drogenprobleme haben oder sich prostituieren, ist mit zahlreichen Problemen belastet, diese können gesundheitlicher oder finanzieller Art sein, Arbeitslosigkeit und Wohnungsverlust sowie Verschuldung kommen oft hinzu. Der Alltag ist von der Sucht und der Beschaffung von Geld, um diese zu befriedigen, erfüllt. Die Sensibilität für gesundheitliche Themen ist bei den meisten eher gering ausgeprägt. Im Zusammenhang mit HIV bedeutet das, dass eine Infektion oft erst dann Relevanz bekommt, wenn sie zum Ausbruch gelangt und ärztliche Hilfe erforderlich ist.

Um in dieser Zielgruppe HIV-Präventionsbotschaften transportieren zu können, ist es wichtig, eine intensive Beziehung zur Zielgruppe aufzubauen, idealerweise mit intensiver Unterstützung der Fachkräfte von Drogenhilfeeinrichtungen und -vereinen. Hilfreich kann es auch sein, das Thema HIV und STI in einen umfassenderen Kontext gesundheitlicher Themen zu stellen.

Aufsuchende Arbeit war im Rahmen der GEMO-Konzeption und der Ressourcen nur sehr begrenzt möglich, die Kooperation mit den entsprechenden Fachstellen scheiterte oftmals daran, dass diese von entsprechenden Veranstaltungen nur wenig profitierten, die angestrebte „Win-win-Situation“ also nicht erreicht wurde.

Aus diesen Erfahrungen resultiert die Erkenntnis, dass die Zielgruppe der drogengebrauchenden Personen aus Osteuropa mit niedrigschwelligen Angeboten zur Informationsvermittlung *als Gruppe* so gut wie gar nicht erreichbar ist. Vermutlich könnten in einer Einrichtung zur Entgiftung oder durch weiterführende Angebote der Drogenhilfe mit motivierender Unterstützung bessere Ergebnisse erzielt werden, da direkte Zugänge vorhanden sind. In der Lebenssituation des akuten Drogengebrauchs sind die Personen in ihrer Aufmerksamkeit überwiegend auf die Drogenbeschaffung und das „Szeneleben“ beschränkt. Des Weiteren herrschte bei Veranstaltungen mit der AIDS-Hilfe ein Klima des gegenseitigen Beobachtens. Es wurde möglicherweise befürchtet, das scheinbar harmlose Interesse an Informationen zu HIV und AIDS könnte von anderen als persönliche Betroffenheit ausgelegt werden. Dieser Gefahr mochte sich niemand freiwillig aussetzen.

Um die Zielgruppe besser zu erreichen, hätte die AIDS-Hilfe zum Beispiel regelmäßig aufsuchende Präventionsarbeit in Form von Streetwork anbieten müssen.

Im Rahmen eines zweijährigen Projekts, das nicht speziell auf Drogengebraucher ausgerichtet war, war dies allerdings nicht möglich.

Ähnliche Erfahrungen wurden auch im Bereich der weiblichen Sexarbeit gemacht. Auch hier gilt das Prinzip des längeren Vorlaufs und der Schaffung einer Vertrauensbasis zu den Klientinnen, um Gesundheitsprävention anbieten zu können. Ganz wichtig wäre in dem Zusammenhang der Einsatz von sog. Mediatorinnen verschiedener kultureller und sprachlicher Herkunft. Die Überbringung der Präventionsbotschaften durch eingeweihte Frauen fördert sicher die Akzeptanz der Maßnahme. Sie kann allerdings auch nur greifen, wenn die Mediatorinnen Einblick in die Arbeitsweisen von Prostituierten haben, sei es durch eigene Erfahrung oder Information von Insiderinnen. Die Frauen müssen neben den Basics auch erfahren, wie sie das neu erworbene Wissen im Arbeitsalltag umsetzen können, wenn beispielsweise ein Kunde auf keinen Fall ein Kondom verwenden möchte. Die Mediatorinnen sollten als Ansprechpartnerinnen bei gesundheitlichen und sozialen Problemen zur Verfügung stehen.

Im Kontakt zu einer in Freiburg arbeitenden Beratungsstelle für Prostituierte mit Gewalterfahrungen und Zwangsprostitution („FreiJa“/Diakonie Baden) konnten diese Themen diskutiert werden. In Freiburg und an den anderen Projektstandorten wird Prostitution allerdings vornehmlich in Terminwohnungen, meist nicht sichtbar von der Öffentlichkeit, ausgeübt. Der Zugang zu diesen Etablissements gestaltet sich ohne „Türöffner“ entsprechend schwierig. Die Zusammenarbeit mit Betreiberinnen von Bars und Salons muss jedoch entwickelt werden, damit HIV-Prävention auch von dieser Seite unterstützt wird.

Seit der Novellierung des Prostitutions-Gesetz 2002 haben sich die Arbeitsbedingungen der Prostituierten gewandelt. Die Zimmer und Wohnungen werden teils zu horrenden Mieten vergeben, dieses Geld muss erst hereinkommen, bevor die Frau überhaupt etwas verdient. Schnell geraten viele in die Schuldenfalle und damit in Abhängigkeiten, die sie zwingen, die Bedingungen der Betreiber als auch die Wünsche und Forderungen der Freier zu akzeptieren. Hier muss HIV- und STI-Prävention ansetzen. Zu dem Themenkomplex Prostitution, Ausstiegshilfen und Gesundheitsvorsorge wird in unserer Region seit Frühsommer 2010 das vom Bundesministerium für fünf Jahre geförderte Projekt „P.I.N.K. = Prostitution – Integration – Neustart – Know-how“ von der Diakonie Baden durchgeführt. Die AIDS-Hilfe Freiburg e.V. ist mit den Erfahrungen aus dem GEMO-Projekt als Kooperationspartner bei der Planung von Aktivitäten mit der Zielgruppe und der Gestaltung von Informationsflyern einbezogen.

Kategorie 3:

Zugänge über die Kooperation mit Migrantenselbstorganisationen:

Migrantenselbstorganisationen (MSO) werden von der sozialen Arbeit in letzter Zeit verstärkt als mögliche Partner der Gesundheitsförderung wahrgenommen. Auch im Projekt GEMO wurden in unterschiedlichen Kontexten Kooperationen angestrebt.

Sowohl die DRK-Kreisverbände wie auch die AIDS-Hilfe stellten dabei jedoch fest, dass das Interesse der MSO, zum Thema HIV- und STI-Prävention aktiv zu werden, bis auf wenige Ausnahmen gering war. Grund war häufig die bereits beschriebene Haltung, dass HIV ein Problem von Randgruppen sei. Die Verantwortlichen sahen dadurch die Notwendigkeit der HIV-Prävention für die Mitglieder bzw. Besucher ihrer Organisation eher nicht. Außerdem empfanden es manche auch als Stigmatisierung, dass durch die Ausrichtung des Projekts auf osteuropäische Migrantinnen und Migranten ihnen eine besondere Gefährdung unterstellt wurde. Hinzu kommt, dass gerade die klassischen MSO wie die Landsmannschaften in der Regel eher ältere Personen ansprechen, die zwar als Multiplikatoren eine wichtige Rolle für die HIV-Prävention spielen könnten, selbst in der Regel aber tatsächlich eher weniger gefährdet sind. Erfolgreiche Kooperationen kamen eher mit MSO zustande, die jüngere Menschen ansprechen. Bei allen zustande gekommenen Kooperationen waren bei der Kontaktaufnahme und häufig auch bei der Durchführung Peers oder Schlüsselpersonen mit osteuropäischem Migrationshintergrund beteiligt und von entscheidender Bedeutung. Eine sehr erfolgreiche Kooperation entstand beispielsweise mit einem bulgarisch-rumänischen Studentenverein, in dem zwei Ehrenamtliche der Peergruppe aktiv waren. Auch in Kooperation mit einer russischen Diskothek, einem russischen Laden und einer russischen Schule wurden Präventionsveranstaltungen und -aktionen durchgeführt, allerdings wurden diese von den Verantwortlichen der MSO eher „geduldet“ als unterstützt. Diese Haltung hatte in unterschiedlichem Maß Auswirkungen auf das Gelingen der Veranstaltung. Während in der russischen Diskothek die Erlaubnis, die Diskothek zu betreten und die Besucher anzusprechen, für eine erfolgreiche Präventionsaktion ausreichte, hätte es in der Kooperation mit einem russischen Laden die aktive Unterstützung der Ladeninhaberin als Schlüsselperson gebraucht, um das Interesse der Besucher zu wecken. Eine Kooperation in Form von einer Infostand-Reihe zum Thema „Gesundheit“ kam zwar zustande und bei den Veranstaltungen zu anderen Gesundheitsthemen war es auch möglich, mit den Besuchern des Ladens ins Gespräch zu kommen, insgesamt stieß die Veranstaltung jedoch auf wenig Interesse, das Thema AIDS sogar eher auf Ablehnung.

Interessant ist in diesem Zusammenhang noch der Vergleich mit dem zweiten Migrationsprojekt der AIDS-Hilfe Freiburg, das die Zielgruppe Flüchtlinge hat: FluG (Flucht und Gesundheit).²⁹ In diesem Projekt gewinnt die Zusammenarbeit mit (vor allem afrikanischen) MSO eine immer größere Bedeutung. Die AIDS-Hilfe Freiburg wird von einigen MSO inzwischen sogar selbst eingeladen.

Der entscheidende Unterschied zu GEMO liegt offensichtlich in der Einstellung der Zielgruppen zur Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit von Präventionsangeboten. Obwohl AIDS auch beispielsweise in den afrikanischen Communities ein großes Tabu ist und sich ein HIV-Positiver in der Regel nicht outen kann, ohne massiven Stigmatisierungen ausgesetzt zu sein, kennen gerade Migrantinnen und Migranten aus der Subsahara-Region aufgrund der Erfahrungen mit der Ausbreitung von AIDS in ihren Heimatländern die Gefahren fehlender Information und Schutzmöglichkeiten. Dadurch hat sich bei vielen inzwischen das Bewusstsein durchgesetzt, dass HIV kein Randgruppenphänomen ist und es auch die eigene Community tangieren kann. Es scheint also in der Zusammenarbeit mit MSO von entscheidender Bedeutung zu sein, inwiefern die Verantwortlichen schon vorher für das Thema sensibilisiert sind.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Konzipierung als Kooperationsprojekt zwischen der AIDS-Hilfe und den DRK-Kreisverbänden für die Erschließung von Zugangswegen zu osteuropäischen Migrantinnen und Migranten bewährt hat. Zugangswege sind vor allem über Netzwerke erfolgreich und – insbesondere innerhalb einer so kurzen Projektdauer – vor allem über schon bestehende Kooperationen möglich. Besonders bewährt haben sich Veranstaltungen in bestehenden Gruppen, für Zugewanderte, aber auch für andere Zielgruppen wie z.B. Häftlinge. Diese Veranstaltungen sind üblicherweise nicht ausschließlich für Menschen aus Osteuropa, in der Regel profitieren alle Teilnehmenden von den Veranstaltungen, weshalb eine Trennung auch nicht sinnvoll erscheint. Auch über MSO ist der Zugang möglich, allerdings vermindert die Wahrnehmung der Verantwortlichen, dass HIV ein Randgruppenthema ist, die Bereitschaft von klassischen MSO zur Zusammenarbeit. Nahezu unabdingbar ist es, Peers oder andere Schlüsselpersonen in die Kontaktaufnahme mit einzubinden.

29 Projektträger ist der DRK-Landesverband Badisches Rotes Kreuz mit den DRK-Kreisverbänden Offenburg, Freiburg und Villingen-Schwenningen.

3.3. Präventionsansätze des Projekts GEMO

Neben der Frage nach dem Zugang zu Zugewanderten aus Osteuropa stellte sich für das Projekt GEMO vor allem die Frage nach spezifischen Präventionskonzepten. An dieser Stelle sollen nun anhand des Konzepts der Strukturellen Prävention die Präventionsansätze dargestellt werden, welche die AIDS-Hilfe Freiburg e.V. im Rahmen des Projekts entwickelt hat.

Der Ansatz der Strukturellen Prävention wurde von der Deutschen AIDS-Hilfe und ihren Mitgliederorganisationen entwickelt. Er geht davon aus, dass sich erfolgreiche Präventionsarbeit nicht lediglich an individuellen Risikofaktoren orientieren und im „Trainieren“ von erwünschtem Verhalten erschöpfen kann, sondern die individuelle Lebenssituation der Zielgruppe und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen mit in den Blick nehmen muss. Der Ansatz umfasst vier Prinzipien: die Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention, die Einheit von Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention, die Einheit von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe und die Einheit von Emanzipation und Prävention.³⁰

Für die Präventionsarbeit der AIDS-Hilfe Freiburg im Projekt GEMO waren diese Prinzipien grundlegend, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung. So spielte beispielsweise die Selbsthilfe aufgrund der relativ niedrigen Fallzahlen im Projekt eine eher geringe Rolle. Der Schwerpunkt lag auf den beiden Prinzipien, der Einheit von Emanzipation und Prävention und der Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention.

3.3.1. Einheit von Emanzipation und Prävention im Projekt GEMO

Das Prinzip der Einheit von Emanzipation und Prävention war in der Konzipierung der Veranstaltungen des Projekts von besonderer Bedeutung. Ihm liegt die Erkenntnis zugrunde, dass die Menschen selbst am besten entscheiden können, welche Schutzstrategie zu ihrem Leben passt und von ihnen umsetzbar ist. Dazu brauchen sie weit mehr als reines Faktenwissen über Ansteckungswege und Schutzmöglichkeiten. Sie brauchen Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen in ihr eigenes Urteilsvermögen, müssen fähig sein, ihr eigenes Verhalten zu reflektieren, und Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen. Der Schutz vor HIV kann also nicht isoliert gesehen werden, sondern ist Teil eines größeren Konzepts der Gesundheitsförderung. Die Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung,

30 Siehe DAH: Strukturelle Prävention. 1998, S. 15ff

die dem Konzept der Strukturellen Prävention sehr nahe kommt, formuliert es folgendermaßen: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“³¹

Auf der Grundlage dieses Verständnisses von Gesundheitsförderung wurden im Projekt zwei Thesen entwickelt, die für die Konzipierung von Präventionsveranstaltungen wichtig waren.

Förderung der Selbstbestimmung bei der Gesundheitsvorsorge

In vielen Veranstaltungen wurde die HIV-Prävention im Rahmen nicht isoliert, sondern zusammen mit anderen Gesundheitsthemen angesprochen. Dieser Ansatz ist nicht nur eine Methode, um die Akzeptanz gegenüber dem Thema zu vergrößern; HIV-Prävention kann überhaupt nur dann erfolgreich sein, wenn die Menschen die Verantwortung für ihre Gesundheit selbst in die Hand nehmen können. Neben Faktenwissen wurde in den Veranstaltungen deswegen eben auch Handlungswissen vermittelt. Beispielsweise unter den Fragestellungen: Woher bekomme ich Informationen? Wie kann ich trotz Verständigungsproblemen im Kontakt mit Ärztinnen und Ärzten meine Belange zum Ausdruck bringen? Wohin wende ich mich wann? Der Erfolg dieses Ansatzes zeigte sich immer dann, wenn die Teilnehmenden eigene Erfahrungen und Fragen einzubringen begannen und, von der Leitung unterstützt, nach (alternativen) Lösungsmöglichkeiten suchten. In einigen Gruppen waren die Veranstaltungen nach Auskunft der Lehrkräfte für die Teilnehmenden Anlass, auch nach den Veranstaltungen vermehrt über ihre Erfahrungen und Probleme mit dem deutschen Gesundheitssystem zu reden und sich gegenseitig mit Rat, Beistand und Ermutigung zur Seite zu stehen. Auf diese Weise überwinden die Migrantinnen und Migranten bestehende Zugangsbarrieren mit höherer Wahrscheinlichkeit und übernehmen mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit. Um hier nachhaltige Erfolge zu sichern, wäre es aber notwendig, sich sehr viel kontinuierlicher mit dem Thema Gesundheit zu beschäftigen, als dies im Rahmen der im Projekt möglichen, in der Regel einmaligen Veranstaltungen stattfinden konnte. Migrantinnen und Migranten wurden in den Veranstaltungen auch gezielt dazu ermutigt, ihre eigenen Meinungen und Bedürfnisse zu formulieren

31 Siehe unter: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

und zu reflektieren, um die Entwicklung persönlicher Strategien der Gesundheitsvorsorge zu fördern. Wenn notwendig, wurden strittige Themen angesprochen und zur Diskussion gestellt.

Diese Vorgehensweise war in der Arbeit mit osteuropäischen Migrantinnen und Migranten schon deswegen notwendig, weil nur so gewährleistet werden konnte, dass sich die Teilnehmenden auf die Veranstaltung einlassen. Gerade weil diese Zielgruppe die Gefahr, sich mit HIV zu infizieren, für sich selbst als sehr gering einschätzt, war die Bereitschaft, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen, zunächst häufig gering, insbesondere, wenn sie eine Stigmatisierung darin sahen, dass die Veranstaltung ausgerechnet für sie angeboten wurde. Diese Haltung konnte durchbrochen werden, wenn die Vorbehalte aufgegriffen und diskutiert wurden.

Auch bei anderen tabuisierten Themen war dies von Bedeutung. In der HIV-Prävention sind dies neben dem Thema Drogenabhängigkeit vor allem verschiedene Aspekte von Sexualität. Konkret geht es um Themen wie die moralische Bewertung unterschiedlicher Formen von Sexualität, um versteckte und anerkannte Lebensweisen, um die Frage, wann und wo Sexualität zu welchem Zweck thematisiert werden darf, und nicht zuletzt darum, wer sich überhaupt schützen muss und welche Schutzstrategien angemessen sind.

Der heutige Präventionsansatz, der auf Aufklärung und Akzeptanz unterschiedlicher Lebensformen basiert, war lange Zeit heftig umstritten und ist es teilweise bis heute noch. (Osteuropäische) Migrantinnen und Migranten stehen, wenn sie mit dem Thema konfrontiert werden, vor der Herausforderung, die Wertvorstellungen aus ihrer Herkunftskultur und aus Deutschland miteinander verbinden zu müssen, wobei Sexualität in der Regel in ihrem Herkunftsland öffentlich weniger thematisiert wurde. In Deutschland erfahren sie immer wieder, dass ihre eigenen Werte als veraltet oder falsch abgewertet werden. Verständlicherweise sind sie daher häufig misstrauisch, wenn das Thema Sexualität im Rahmen einer Veranstaltung thematisiert wird. Das heißt jedoch nicht, dass sie die hiesigen Werte pauschal ablehnen. Im Gegenteil, die Teilnehmenden der Veranstaltungen äußerten oft die Meinung, dass die Werte und Moralvorstellungen, die sie selbst in ihrem Heimatland erfahren hatten, zu ihrer Situation in Deutschland nicht mehr passten, insbesondere nicht zur Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen, die hier aufwachsen. Andererseits fanden sie den allzu liberalen Umgang mit Sexualität in der deutschen Öffentlichkeit, wo scheinbar alles erlaubt ist, keine Alternative.

Die Migrantinnen und Migranten haben also einerseits einen großen Diskussionsbedarf darüber, welche Werte und Normen für ihre jetzige Lebenssituation angemessen sind. Andererseits bestehen aufgrund negativer Vorerfahrungen große Vorbehalte, mit Menschen außerhalb der eigenen Community zu diskutieren. Für die Präventionsveranstaltungen bedeutet dies, dass Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, in denen eine offene Diskussion über diese Themen möglich ist.

Grundvoraussetzung hierfür ist eine explizite Respektierung der Erfahrungen und Meinungen der Teilnehmenden. Wichtig sind außerdem geschlechtsgetrennte Gruppen, Freiwilligkeit bei der Teilnahme an den Diskussionen und eine authentische Haltung der Leitung (siehe unten). Hilfreich ist auch, wenn die Leitung bei Diskussionsspielen soweit möglich mitmacht. Dadurch kann sie zeigen, dass sie nicht einseitig Auskunft über persönliche Fragen erwartet, sondern auch selbst als Person sichtbar wird. Darüber hinaus hat es sich gezeigt, dass es Erwachsenen in der Regel leichter fällt, über Sexualität zu diskutieren, wenn es nicht um sie persönlich, sondern um die Erziehung ihrer Kinder geht. Unter diesen Voraussetzungen waren offene und sehr angeregte Diskussionen nicht nur möglich, sondern auch notwendig. Häufig werden in solchen Diskussionen Themen angestoßen, die sonst selten zur Sprache kommen, beispielsweise die Rat- und Sprachlosigkeit in Bezug auf die Sexualerziehung der eigenen Kinder, sexuelle Machtverhältnisse innerhalb der Ehe oder der Umgang mit Homosexualität etc. Die Haltung der Leitung ist in den Diskussionen ausschlaggebend. Sie muss authentisch ihre Wertschätzung und den Respekt gegenüber anderen Meinungen und Erfahrungen vermitteln, solange diese nicht die Freiheit Dritter einschränken oder deren Gesundheit schädigen. Die persönliche Meinung darf und soll sichtbar sein, muss aber als solche erkenntlich sein.

Dies bedeutet für die Leitung unter Umständen eine Gratwanderung. Schließlich kann es passieren, dass Meinungen geäußert werden, die für sie nicht akzeptabel sind, beispielsweise wenn bestimmte Lebensformen abgewertet oder unzureichende Schutzstrategien vor HIV präferiert werden. Dieser Widerspruch ist nicht aufzuheben. Er würde auch dann existieren, wenn die Leitung strittige Fragen mit scheinbar absoluten Antworten beantwortete. Möglicherweise bleibt der Widerspruch dann zwar unsichtbar, diese Vorgehensweise nimmt den Teilnehmenden (und der Leitung) jedoch die Möglichkeit, andere Sichtweisen zu diskutieren oder zumindest Verständnis dafür zu entwickeln.

Partizipation der Zielgruppe

Die Partizipation der Zielgruppe ist für die Präventionsarbeit aus unterschiedlichen Gründen von Bedeutung. Einerseits ist sie eine logische Konsequenz des Prinzips der Einheit von Prävention und Emanzipation, weil die Beteiligten durch ihre Mitarbeit die Möglichkeit erhalten, sich intensiv mit dem Thema HIV und Gesundheit auseinanderzusetzen, Wertschätzung für ihre Arbeit erfahren und Sozialkompetenzen erwerben. Andererseits können die Präventionskonzepte durch die Mitarbeit von Menschen aus der Zielgruppe besser auf die Lebenswelt und Bedürfnisse abgestimmt werden und sie ermöglichen in der konkreten Umsetzung einen besseren Zugang zur Zielgruppe. Da im Projekt leider niemand von den hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen osteuropäischen Migrationshintergrund hatte, wurde die Partizipation vor allem über Ehrenamtliche realisiert, die als Peer Educators tätig wurden.

Peer Education wird in Deutschland häufig als eine pädagogische Methode für Jugendliche gesehen.³² International hat sie sich jedoch gerade in der HIV-Prävention als Methode für verschiedene Zielgruppen durchgesetzt.³³

Der Grundgedanke bleibt dabei derselbe: Mitglieder der Zielgruppe werden dafür geschult, Präventionsveranstaltungen selbst durchzuführen. Da sie als Teil der Zielgruppe wahrgenommen werden, erhalten sie einen direkteren Zugang als die Fachkräfte und können Schwierigkeiten und Zugangsbarrieren eher erkennen und Strategien entwickeln, diesen auszuweichen. Im Projekt wurde der Ansatz der Peer Education in zwei verschiedenen Teilprojekten erfolgreich umgesetzt, im Mini-Peer-Projekt und in der Peergruppe. Bei Ersterem stand die Emanzipation der Teilnehmenden selbst im Vordergrund, da diese aus benachteiligten Lebensumständen stammten. Indem sie als Mini-Peers geschult und in der Prävention aktiv wurden, setzten sie sich nicht nur intensiv mit dem Thema HIV und STIs auseinander, sondern hatten auch die Möglichkeit zur Persönlichkeitsbildung. Darüber hinaus hatten sie in den von ihnen durchgeführten Veranstaltungen einen besonders direkten Zugang zu Jugendlichen in ähnlichen Lebensumständen. Sie waren weniger stark in die Konzipierung der Prävention mit eingebunden und eher lose an die AIDS-Hilfe Freiburg angebunden. Im Gegensatz dazu verlangte die Mitarbeit in der Peergruppe von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine höhere Verbindlichkeit und stellte größere Ansprüche an die Kompetenzen, die sie mitbrachten. Dafür waren sie nicht nur bei der Umsetzung, sondern auch bei der Entwicklung und Konzipierung von Veranstaltungen beteiligt und waren dadurch

32 Vgl. Nörber 2004

33 Quelle: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000000567

eine wichtige Hilfe bei der Entwicklung von zielgruppenspezifischen Präventionsmethoden. Beide Ansätze sind in den Beispielen guter Praxis näher beschrieben.

3.3.2. Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention

Das Prinzip der Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention geht davon aus, dass alle Präventionsansätze, die lediglich versuchen, das Verhalten der Menschen zu verändern, ins Leere laufen, wenn diese nicht als Teil ihres sozialen Umfelds gesehen werden. Da die Verhältnisse, in denen die Menschen leben, direkt die Möglichkeiten der Menschen beeinflussen, ihr Verhalten zu verändern. Ein Blick auf die beschriebenen spezifischen Risikofaktoren für osteuropäische Migrantinnen und Migranten verdeutlicht dies. Viele der dort beschriebenen Faktoren wie die fehlende Ausrichtung des deutschen Gesundheitssystems auf Migrantinnen und Migranten, der Aufenthaltsstatus o.ä. können die Zugewanderten selbst nicht verändern. Natürlich sind auch die Möglichkeiten von sozialen Einrichtungen zur Verhältnisprävention begrenzt, diese haben jedoch die Möglichkeit, anwaltschaftlich für die Zielgruppe deren Belange an die Öffentlichkeit zu tragen und in Kooperation mit anderen Partnern des Sozialsystems Verhältnisveränderungen anzustoßen.

Eine konkrete Umsetzung dieses Prinzips wurde durch das im Projektantrag formulierte Ziel der interkulturellen Öffnung der Gesundheitsdienste angestrebt. Ziel dieses Ansatzes ist es, Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Belange von Menschen mit Migrationshintergrund zu sensibilisieren. Sie sollen das Thema Migration als Querschnittsthema begreifen und alle Arbeitsbereiche darauf überprüfen, inwiefern sie Zugangsbarrieren für Migrantinnen und Migranten abbauen können.

Auch die AIDS-Hilfe selbst ist eine solche Einrichtung im Gesundheitsbereich und hat auch über das Projekt GEMO hinaus mit Migrantinnen und Migranten zu tun, beispielsweise in der Schulprävention, bei Großveranstaltungen, in Diskotheken oder bei Konzerten und in der Arbeit mit Klienten. Durch die Arbeit des schon länger laufenden Projekts FluG für Flüchtlinge und der schon vorher vorhandenen Migrationsarbeit war das Thema Migration auch schon vor GEMO in der AIDS-Hilfe verankert. Durch GEMO konnten aber gerade in der allgemeinen Präventionsarbeit weitere Impulse gesetzt werden, Menschen mit Migrationshintergrund als Zielgruppe mit in den Blick zu nehmen. So wurden beispielsweise die Präventionsmaterialien für die Schule überarbeitet, sodass dort auch migrationsspezi-

fische Fragen auftauchen und Ehrenamtliche mit Migrationshintergrund aus dem Projekt auch für die „normale“ Präventionsarbeit eingesetzt werden können. Zum Ende des Projekts hin wurden die Ehrenamtlichen aus der Peergruppe auch für die allgemeine Präventionsarbeit geschult und sollen in Zukunft bei der Schulprävention mitmachen. Migration wird so zunehmend zu einem Teil der Normalität und muss nicht als Sonderthema behandelt werden. Gerade in der Arbeit mit Jugendlichen ist diese Ausrichtung wichtig, da der Anteil der Jugendlichen mit Migrationshintergrund besonders hoch ist und auch in Zukunft steigen wird.

Neben der internen Thematisierung von Migration verfolgte die AIDS-Hilfe Freiburg auch das Ziel, andere Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens (Gesundheitsämter, Krankenkassen, Krankenhäuser etc.) zur interkulturellen Öffnung zu motivieren. Allerdings waren die Möglichkeiten hier von vornherein begrenzt, da interkulturelle Öffnung ein Prozess ist, der nur intern durchgeführt werden kann und nur initiiert durch die Führungsebene top-down funktioniert.

Neben allgemeiner Öffentlichkeitsarbeit zum Thema HIV/AIDS bzw. Gesundheit und Migration konnte die AIDS-Hilfe Freiburg von außen vor allem durch Schulungsangebote für Fachkräfte die interkulturelle Öffnung anstoßen. Zielgruppen waren hier verschiedene Berufsgruppen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen wie beispielsweise Dolmetschende, Fachkräfte der sozialen Arbeit und medizinisches Fachpersonal.

Das Prinzip der Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention erschöpft sich jedoch nicht in der interkulturellen Öffnung. Auch in der Präventionsarbeit mit den osteuropäischen Migrantinnen und Migranten ist es von Bedeutung, und zwar in Bezug auf Risikogruppen. Drogengebrauch, Homosexualität und Prostitution sind in den Herkunftsländern der osteuropäischen Migrantinnen und Migranten wie auch in den Communities hier noch stärker stigmatisiert als in der deutschen Gesellschaft. Deshalb wurden diese Themen in den Präventionsveranstaltungen wenn möglich angesprochen und diskutiert.

Die Stigmatisierung und Selbststigmatisierung dieser Risikogruppen erschwert den Zugang zu Informationen, Test- und Hilfemöglichkeiten für HIV-Gefährdete sowie auch für Betroffene. Ein Ziel der Präventionsarbeit mit osteuropäischen Migrantinnen und Migranten war folglich, diesen Stigmatisierungen entgegenzuwirken. In der Regel war es im Projekt zwar nicht möglich, Veranstaltungen durchzuführen, die alleine dieses Ziel verfolgten, in allen Präventionsveranstaltungen schwangen die Themen jedoch mit, insbesondere das Thema Homosexualität. Immer, wenn es in Veranstaltungen um Sexualität ging, wurde Homosexualität als normaler Teil davon thematisiert. Kamen Bemerkungen oder Rückfragen dazu, wurden diese

aufgegriffen und gegebenenfalls zur Diskussion gestellt. In längeren Veranstaltungen für Jugendliche oder junge Erwachsene und in den Veranstaltungen über Sexualerziehung wurde das Thema darüber hinaus durch Diskussionsmethoden explizit eingebracht. Auch wenn sich im Rahmen solcher Veranstaltungen in der Regel keine grundsätzlichen Haltungsänderungen erreichen lassen, wurde zumindest der Konsens angestrebt, dass Homosexualität weder krankhaft ist noch von den Betroffenen gewählt werden kann und jeder Mensch das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung hat. In der Regel war dies auch möglich.

Themen wie Drogenabhängigkeit und Prostitution waren ebenso Teil der Präventionsveranstaltungen. Gerade wenn es darum ging, wie sich Drogennutzer vor einer Ansteckung mit HIV schützen können, entstanden immer wieder Diskussionen über Präventionsangebote wie Spritzenaustauschprogramme. In GUS-Ländern sind solche Programme eher unüblich, da die Meinung weit verbreitet ist, dass Drogenabhängige selbst schuld sind und jegliche Hilfe nur dazu führt, dass sie und andere zum Drogenkonsum ermutigt werden.

In der konkreten Arbeit erfordert dies Wertschätzung gegenüber den Erfahrungen und Haltungen der Zielgruppe. Neben der Vermittlung von Wissen standen bei den Veranstaltungen deshalb die Lebenssituation und die Meinungen der Teilnehmenden im Mittelpunkt, indem die Leiterinnen und Leiter wo immer möglich ohne fertige Antworten mit Fragen und Diskussionsangeboten auf die Teilnehmenden zugehen.

Diese Vorgehensweise hat noch einen anderen Vorteil: Gerade weil osteuropäische Migrantinnen und Migranten die Gefahr, sich mit HIV zu infizieren, in der Regel zu gering einschätzen, wird die Auseinandersetzung mit dem Thema teilweise als von außen aufgezwungen erlebt. Diese Wahrnehmung kann durchbrochen werden, indem die Teilnehmenden der Veranstaltungen erleben, dass ihnen keine fertige Sichtweise aufgezwungen wird.

Für die Pädagoginnen und Pädagogen bedeutet dieser Ansatz unter Umständen eine Gratwanderung zwischen der eigenen Meinung, welche die Präferenz bestimmter Schutzstrategien und Haltungen beinhaltet, und der Akzeptanz der Sichtweisen der Zielgruppe, die davon abweichen können. Diesen Widerspruch gilt es auszuhalten, da er alternativlos ist.

Die Verhältnisprävention war in den Präventionsveranstaltungen für Menschen osteuropäischer Herkunft aber nicht nur in Bezug auf Risikogruppen wichtig. Auch HIV-Positive aus Osteuropa werden innerhalb ihrer Communities stigmatisiert und

ausgegrenzt. Unrealistische Ängste in Situationen, in denen es keinerlei Gefahr gibt, sich mit HIV zu infizieren, und die verbreitete Meinung, HIV-Positive seien selbst schuld an ihrer Infektion, führen dazu, dass die Betroffenen selbst zu Recht große Angst vor dem Bekanntwerden ihrer Infektion haben und mit niemandem darüber reden. Dies erschwert ihnen nicht nur den Zugang zu Hilfsmöglichkeiten, es erhöht auch die Gefahr, dass sich die Krankheit stärker verbreitet, weil Betroffene länger zögern, einen Test zu machen, und durch Verdrängung ihrer Krankheit andere gefährden.

Stärker noch als bei Veranstaltungen für andere Zielgruppen wurde deswegen bei Veranstaltungen für osteuropäische Migrantinnen und Migranten darauf geachtet, den Teilnehmenden zu vermitteln, in welchen Situationen kein Ansteckungsrisiko besteht. Darüber hinaus wurde die Situation von Betroffenen thematisiert, um deutlich zu machen, dass ein Teil des Schreckens, den die Diagnose HIV hat, Folge der Ausgrenzung und Stigmatisierung und nicht der körperlichen Erkrankung ist. Daher ist es bei dieser Zielgruppe besonders wichtig, das Prinzip der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention stets im Kopf zu behalten: Primärprävention als Schutz vor der Infektion an sich, Sekundärprävention, um die (auch psychischen) Folgen einer vorhandenen Infektion so gering wie möglich zu halten, und Tertiärprävention, um Betroffenen eine würdige letzte Lebensphase frei von Schmerzen zu ermöglichen.

3.4. Möglichkeiten und Grenzen der HIV-Prävention mit „schwer erreichbaren Zielgruppen“

Menschen aus besonders gefährdeten Gruppen in Bezug auf HIV/AIDS und STI werden in den Herkunftsländern, aber auch von der hiesigen Bevölkerung in hohem Maß als bedrohlich oder verwerflich wahrgenommen. Viele verstecken sich daher auch vor Familie und Freunden, sie versuchen alles, was mit ihrer Lebensweise als Drogenkonsument, Prostituierte und/oder MSM zu tun hat, zu verbergen.

Die oft unhygienischen Bedingungen des Drogenkonsums bringen, gerade unter Haftbedingungen, gravierende gesundheitliche Schädigungen hervor, da es in den Herkunftsländern kaum eine flächendeckende Versorgung mit sterilen Spritzen gibt. Auch in Deutschland ist die Versorgung in Haftanstalten politisch oft nicht gewollt, obwohl Erkenntnisse vorliegen, die eine Risikominimierung durch solche Angebote belegen. Die Behandlung mit Drogenersatzstoffen, Substituti-

on, soll einen Weg aus der Illegalität zurück in die Gesellschaft ermöglichen, ist allerdings in den osteuropäischen Herkunftsländern oft noch wenig verbreitet und birgt auch gesundheitliche Risiken, wenn der Konsum anderer Substanzen parallel dazu nicht aufgegeben werden kann.

Das besondere Problem von Migrantinnen und Migranten in diesen Lebenslagen besteht zusätzlich im manchmal ungesicherten Aufenthaltsstatus, nicht aufgearbeiteten Traumata, mangelnden Sprachkenntnissen, Misstrauen gegen und Unkenntnis über das hiesige Sozial- und Gesundheitssystem. Wenn die Zukunft so unsicher und materielle Lebensverhältnisse prekär sind, ist die Gesundheit und damit das Thema HIV/AIDS und STI von nachgeordneter Bedeutung.

Menschen, die Angst haben vor Ablehnung ihrer Person und ihres Lebensstils (Homosexualität/Drogenkonsum), können weniger Selbstwertgefühl entwickeln und sind damit vulnerabel. Sie können ihre Bedürfnisse im Aushandeln für sie gesunder sexueller Beziehungen oft nicht richtig durchsetzen. Damit setzen sie sich den bekannten Ansteckungsrisiken aus. Wer für sich hingegen eine Zukunftsperspektive erkennt, ist eher in der Lage, seine eigene Gesundheit und die anderer zu schützen. Ein Ziel von Verhaltens- und Verhältnisprävention ist es, die Nutzerinnen und Nutzer in die Lage zu versetzen, eine solche Eigenverantwortung entwickeln zu können.

Präventionsangebote müssen eingebunden sein in die Lebenswelt der Adressaten, d.h. man muss herausfinden, welche konkreten Fragestellungen die Zielgruppe in Bezug auf Gesundheitsversorgung oder das Gesundheitssystem im Allgemeinen mitbringt. So können beispielsweise die Erwartungen einer Gruppe von Müttern mit Schulkindern, die sich angegliedert an ein Nachhilfeangebot nachmittags in der Schule regelmäßig treffen, sehr stark abweichen von den Fragestellungen, die in einer Jugendgruppe einer freizeitpädagogisch orientierten Einrichtung auftreten.

Bedarfsorientierte, differenzierte Angebote nach verschiedenen Aspekten migrationssensibel zu schaffen stellt eine hohe Herausforderung an die Person der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von AIDS-Hilfen dar. Fundiertes Wissen sowie breit gefächerte Erfahrungen aus der Präventionsarbeit mit verschiedensten Zielgruppen der Allgemeinbevölkerung, eine gute Portion Selbstbewusstsein, vor allem aber Einfühlungsvermögen und Empathie sind neben der Wahl der „richtigen“ Methode Voraussetzung für ein Gelingen von Informationsveranstaltungen in verschiedenen Settings.

Bereits in der Planungsphase werden so genannte „Key Persons“ mit hohem persönlichem Ansehen benötigt, das sind Türöffner, die den Zugang zur Migranten-Community schaffen und welche die mit Tabuisierungen besetzten Themen wie (Homo-)Sexualität, Promiskuität oder Drogengebrauch überhaupt gesellschaftsfähig und damit innerhalb der Gruppe erst besprechbar machen. Nur wenn es erlaubt ist, über diese Themen zu sprechen, werden sich die anwesenden Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu den Inhalten äußern und eigene Fragestellungen einbringen. Auf diese Weise kann es auch möglich sein, zu besonders „schwierigen“ Gruppen Zugang zu finden und erfolgreich Präventionsbotschaften zu platzieren. Eine allgemein anerkannte Schlüsselperson kann maßgeblich dazu beitragen, dass diese Botschaften anschließend auch dauerhaft umgesetzt werden und so zum Gelingen unserer Arbeit beitragen.

Good-Practice-Beispiele

Angelika Mölbert

4.1. Auswahl und Anforderungen an eine gute Praxis

Das Messen von Qualität und Wirksamkeit in der gesundheitlichen Präventionsarbeit und der Gesundheitsförderung ist ein Thema, das in den vergangenen Jahren in Wissenschaft und Praxis breit diskutiert wurde. Einerseits besteht in gesundheitswissenschaftlicher und -ökonomischer wie auch in sozialarbeiterischer Hinsicht das Bestreben nach guter Evidenz der durchgeführten Interventionen. Andererseits wurde bisher kein Messsystem entwickelt, das komplexe Setting-Interventionen in ihrer Wirksamkeit aufzuschließen vermag. „Denn insbesondere wenn Interventionen nach dem *Setting*-Ansatz in ihrer Wirksamkeit beurteilt werden sollen, dann geht es um die Einschätzung hochkomplexer Wirkungszusammenhänge, deren Ergebnisse oftmals von zahlreichen, schwer kontrollierbaren Rahmenbedingungen beeinflusst werden und sich erst in weiterer Zukunft beurteilen lassen – wenn nämlich Gesundheit auch über einen langen Zeitraum erhalten bleibt.“³⁴

Ohne an dieser Stelle in die Qualitätsdiskussion einzusteigen, die sowohl in der Gesundheitsförderung wie auch in der sozialen Arbeit vom Begriff der evidenzbasierten Medizin dominiert wird, ist die Auseinandersetzung mit der Messbarkeit der Projektergebnisse notwendig. Wie in jedem Projekt, das in der Regel von einem Projektgeber in Auftrag gegeben und von einem Praxisanbieter umgesetzt

34 Kilian 2006, S. 31. Vgl. hierzu auch Rosenbrock 2006, S. 9–14

wird, besteht die Erwartung von Auftraggeberseite, dass die gute Qualität der Aktivitäten nachgewiesen wird. Auf Trägerseite besteht ebenso die Anforderung an die eigene Arbeit, gute Qualität erreichen zu wollen. So stellte sich für alle am Projekt beteiligten Akteure die Frage, was sind Kriterien für gute Praxis der sozial-lagenbezogenen Gesundheitsförderung? Wer evaluiert was und mit welchen Instrumenten? Welche Maßstäbe können wir für Erfolg und Misserfolg anwenden?

Um diese Aufgaben zu lösen, haben sich die Akteure im Projekt auf allen Arbeitsebenen, in unterschiedlichen Gesprächsforen und mit verschiedenen Instrumenten beteiligt. So wurden von der wissenschaftlichen Begleitung mittels der Methodentriangulation unterschiedliche Formen der Evaluation und empirischen Sozialforschung genutzt. Die Ergebnisse wurden in den Projektverlauf rückgeführt, indem sie sowohl in der Steuerungsgruppe als auch in der Projektarbeitsgruppe besprochen wurden. In den analytisch-reflexiven Gruppengesprächen wurden neue Impulse und Weiterentwicklungen erarbeitet, manchmal auch Kehrtwendungen vollzogen oder neue Wege eingeschlagen.

Neben diesen Methoden aus Wissenschaft und sozialer Praxis hat sich die Auseinandersetzung mit dem Ansatz von Good Practice als hilfreich erwiesen. Auch wenn diesem Ansatz kein geschlossenes Konzept zugrunde liegt, das z.B. anerkannte Standards für ein Verfahren zur Auswahl und Dokumentation bestimmt, so gibt es zwischenzeitlich zahlreiche Erfahrungswerte, die zur systematischen Entwicklung eines Good-Practice-Ansatzes in der Gesundheitsförderung herangezogen wurden. Die Kriterien für gute Praxis befinden sich zwar in einer kontinuierlichen Entwicklung, trotzdem bietet der Ansatz die Chance, die Wissenschafts-Praxis-Lücke zu überbrücken.³⁵ Aus der Perspektive der sozialen Arbeit im GEMO-Projekt können wir bestätigen, dass dieser Ansatz als praktisches Werkzeug zur Qualitätssicherung und Dokumentation ein geeignetes Mess- und Indikatorensystem darstellt. Neben der Nutzung zur Qualitätssicherung haben die Auseinandersetzungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die Good-Practice-Beispiele zu einem fachlichen Reflexionsprozess beigetragen, in dem Inhalte wie Strukturen der Projektarbeit analysiert und weiterentwickelt wurden.

Diese Form des reflexiven Arbeitens wurde schließlich im Rahmen der Qualitätsentwicklung weitergenutzt und in Form eines Qualitätszirkels umgesetzt. Gute Ansätze in verschiedenen Maßnahmen, die im Projektverlauf evaluiert werden konn-

35 BZgA 2007, S. 11–13

ten, wurden zur Erarbeitung der Kriterien guter Praxis genutzt und in weiteren Maßnahmen erprobt. In den folgenden Beispielen guter Praxis sind diese bereits erprobten und zur Übertragung geeigneten Maßnahmen aufgeführt.

Die Kriterien, die im GEMO-Projekt zur Qualitätssicherung und -entwicklung herangezogen wurden, orientieren sich weitgehend an den Kriterien zur Ermittlung von „Models of Good Practice“, die durch den beratenden Arbeitskreis der BZgA des bundesweiten Kooperationsprojektes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ erstellt wurden. Bei diesem Konzept wurden Forschungsergebnis und bereits entwickelte Instrumente sowie vorliegende Erfahrungen berücksichtigt und geprüft.³⁶

Diese Kriterien wurden verbunden mit den Zielsetzungen des GEMO-Projekts. Daraus ließen sich Kriterien entwickeln, die im Folgenden aufgeführt sind. Sie dienten dazu, im laufenden Projekt gute Beispiele zu erkennen, aber auch um Maßnahmen so zu konzipieren, dass sie zu guten Beispielen werden können.

Kriterium 1: Konzeption/Zielsetzung

Es liegt eine Konzeption vor, aus der ein klarer Zusammenhang zu Gesundheitsförderung und/oder Prävention hervorgeht. Hauptbestandteil einer Konzeption ist die Zielsetzung. Die Zielsetzung von Maßnahmen bildete deshalb die Grundlage für die Auswahl und Entwicklung der Good-Practice-Beispiele. Folgende Punkte waren dabei von besonderer Relevanz:³⁷

- Die Ziele sind klar formuliert und richten sich auf Gesundheitsförderung und/oder auf Krankheitsprävention.
- Es sind sowohl innovative wie nachhaltige Zielsetzungen enthalten. Wenn sich beide nicht miteinander verbinden lassen, ist wenigstens eines von beiden enthalten.
- Die Ziele sind nachprüfbar, d.h. es werden Mess-Indikatoren und Messinstrumente benannt.

36 Der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes empfiehlt die Anwendung von zwölf Kriterien zur Auffindung und Bewertung von „Models of Good Practice“. (Download unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de: Gesundheit Berlin e.V.: Kriterien zur Ermittlung von „Models of Good Practice“. Vgl. hierzu auch BZgA 2007, S. 15–22). In den folgenden Ausführungen wurde darauf verzichtet, diese hier aufzuführen. In den beschriebenen Kriterien ist jedoch jeweils ein Hinweis zu finden, auf welches der zwölf Kriterien sich die für das GEMO-Projekt benannten Kriterien beziehen.

37 Kriterium 1 und 10 der BZgA: Gesundheitsbezug und Qualitätsmanagement

- Das Erreichen der Ziele wird nach Beendigung der Maßnahme an Hand der benannten Messinstrumente überprüft.

Kriterium 2: Innovation und Nachhaltigkeit

Das GEMO-Projekt hatte die Aufgabe, modellhaft neue Zugangswege und Instrumentarien zur besseren Erreichbarkeit und Versorgung der Zielgruppe zu entwickeln und zu erproben. Damit war ein Hauptkriterium für die Qualität des Projekts die Innovation. Gleichzeitig sollten auch Möglichkeiten zur langfristigen Implementierung von Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung entwickelt werden, also auch der Schwerpunkt auf Nachhaltigkeit gelegt werden. Um diese Ziele zu erreichen, wurden folgende Möglichkeiten genutzt:³⁸

- Maßnahmen zum Empowerment: Diese Maßnahmen hatten den Schwerpunkt, die Teilnehmenden in irgendeiner Form zu qualifizieren oder zu befähigen. Dadurch konnten langfristige Wirkungen erzielt werden, d.h. die Grundlagen für Nachhaltigkeit wurden gelegt.
- Partizipation: Bei Maßnahmen mit dem Schwerpunkt „Partizipation der Zielgruppe“ stand die Einbindung einer bestimmten Teilzielgruppe im Vordergrund. Dies waren z.B. Schulungen von Multiplikatoren oder Peers, gemeinsames Organisieren von Aktivitäten und Maßnahmen, Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen oder Migrantenorganisationen. Diese Maßnahmen waren besonders geeignet, die Eigeninitiative und Mitarbeit der Zielgruppe zu fördern und damit Möglichkeiten der Selbsthilfe aufzuzeigen und zu üben.
- Interkulturelle Kommunikation: Hierzu gehörten Maßnahmen, die besonders gut geeignet waren, Menschen mit unterschiedlichen Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit in den direkten Dialog zu bringen. Die Auseinandersetzung mit anderen öffnet den eigenen Horizont, führt aber auch dazu, spezielle Bedarfe und Bedürfnisse bei sich und anderen zu erkennen. Deshalb wurden im GEMO-Projekt Maßnahmen initiiert und umgesetzt, bei denen Migrantengruppen mit Dienstleistern im Gesundheitswesen gemeinsam aktiv wurden. Auch hier sind die Faktoren Partizipation und Empowerment bedeutsam, in diesem Falle jedoch für beide Seiten gleichermaßen. Dies lässt Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu und trägt zu einem gleichberechtigten Umgang miteinander bei.

38 Kriterium 3, 6, 7, 8, 9 der BZgA: Innovation und Nachhaltigkeit, Partizipation, Empowerment, Gestaltung der Lebenswelt (Setting-Ansatz), Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung

Kriterium 3: Erreichen einer bestimmten Teilzielgruppe

Das Erreichen unterschiedlicher Zielgruppen war ein Hauptziel des GEMO-Projekts. Deshalb sollten möglichst verschiedene Gruppen in die Maßnahmen einbezogen werden bzw. Maßnahmen initiiert werden, welche geeignet waren, um eine bestimmte Teilzielgruppe zu erreichen. Zur Erreichbarkeit der Teilzielgruppen wurde nach dem „*Setting-Ansatz*“ gearbeitet, d.h. dass lebensweltbezogene Aktivitäten, welche das gesundheitliche Umfeld oder die Strukturen für die Zielgruppe verbessern, im Vordergrund der Maßnahmen standen.³⁹ Folgende Fragestellungen sollten zur Erreichung von Teilzielgruppen zugrunde gelegt werden:

- In welcher besonderen Lebenslage befindet sich die Teilzielgruppe, sodass sie besondere Maßnahmen benötigen, oder kurz: Warum gerade diese Gruppe?
- Wie konnte der Zugang hergestellt werden? Welche Instrumente konnten genutzt werden, um den Zugang herzustellen?
- Gab es Personen, Gruppierungen oder Einrichtungen, die dabei hilfreich waren?
- Konnten Schlüsselpersonen aus der Zielgruppe gewonnen werden? Welche und wie?
- Gab es Netzwerke, die hilfreich waren, welche und auf welche Art?

Kriterium 4: Einsatz von speziell entwickelten Maßnahmen, Methoden und Arbeitsinstrumenten

Für jede Teilzielgruppe und jede spezifische Zielsetzung sind je unterschiedliche Methoden geeignet. Ein Schwerpunkt des GEMO-Projektes bestand darin, spezielle – innovative – nachhaltige Methoden zu erarbeiten, zu erproben und zu beschreiben. Deshalb war es besonders wichtig, bei allen Maßnahmen besondere Überlegungen zur Methodik durchzuführen, die Methoden genau zu beschreiben und nach der Durchführung zu reflektieren.⁴⁰ Folgende Fragen sollten die Reflexion leiten:

- War die Methode geeignet für die Zielgruppe?
- Waren die genutzten Arbeitsinstrumente geeignet, die gesetzten Ziele zu erreichen?
- Welches Setting wurde genutzt?

39 Kriterium 2 und 8 der BZgA: Klarer Zielgruppenbezug und Setting-Ansatz

40 Kriterien 3, 5, 8, 10, 11 der BZgA: Innovation und Nachhaltigkeit, niedrigschwellige Angebote, Setting-Ansatz, Qualitätsmanagement und Evaluation

- Welche Messinstrumente waren in der Methodik eingebaut, um am Ende abzulesen oder erkennen zu können, dass die Ziele erreicht wurden?
- Konnten mit der Methode die Ziele erreicht werden?
- Wenn ja, warum und in welcher Weise?
- Wenn nicht – warum nicht? Was hätte besser / anders gemacht werden können?

Kriterium 5: Interkulturelle Öffnung

Der Bereich der interkulturellen Öffnung war ein Maßnahmenbereich, der ebenfalls zur thematischen Schwerpunktarbeit im Projekt gehörte. Folgende Aufgabenstellung sollte bei der Planung, Umsetzung und Reflexion von Maßnahmen im Bereich Interkulturelle Öffnung beachtet werden:

- Welche Einrichtungen können gewonnen werden?
- Welche Methoden, Kommunikationsformen und Zugangsmöglichkeiten können angewendet werden, um die Einrichtung zu gewinnen?
- Welchen Nutzen kann eine Einrichtung aus der Kooperation mit dem GEMO-Projekt ziehen?
- Welches Interesse kann eine Einrichtung für eine Zusammenarbeit haben? Wie kann dieses Interesse bedient werden?
- In welchem strukturellen Zusammenhang steht die Einrichtung mit der Zielgruppe oder dem Projektthema?

Auch hier ist im Anschluss an eine Maßnahme die Beschreibung wichtig. Interessant sind dabei folgende Fragen: Welche Formen der Zusammenarbeit konnten entwickelt werden? Wie konnte der Zugang gefunden werden? Ist diese Form der Kooperation übertragbar auf andere Standorte? Was kann hilfreich sein, um an anderen Standorten Kooperationen und Interkulturelle Öffnung zu erreichen?⁴¹

Kriterium 6: Vernetzung

Die Vernetzung im Sozialraum ist eine Grundlage zur Entwicklung von integrativen Handlungskonzepten. Dazu gehört ein fachbereichsübergreifendes Arbeiten aller betroffenen Akteure. Durch Vernetzung und Kooperation können alle Beteiligten profitieren, denn es können Ressourcen gespart und Angebote im Rahmen der eigenen Möglichkeiten eingebracht werden. Vernetzungen sind darüber hinaus die Grundlagen für nachhaltig angelegte Verbesserungen. Maßnahmen, die bei-

41 Bei dieser Fragestellung sind alle zwölf Kriterien der BZgA bedient.

spielhaft Vernetzungen ermöglichten, wurden ebenfalls erprobt und ausgewertet. Als Leitfragen dienten dieselben Fragen wie unter Punkt „Interkulturelle Öffnung“.

4.2. Good-Practice-Beispiele

Die Beispiele, die zur Darstellung in diesem Handbuch ausgewählt wurden, mussten nicht allen Kriterien gerecht werden, allerdings waren die Kriterien 1 bis 4 zwingend vorgegeben. Welche besonderen Ergebnisse bei den Maßnahmen erzielt werden konnten und in welchem Schwerpunktbereich des Kriterienkatalogs eine Maßnahme gute Erfolge erzielen konnte, ist bei der Vorstellung der Beispiele aufgeführt.

Es konnte hier nur eine Auswahl aus den zahlreichen Maßnahmen aufgeführt werden. Dabei soll ein Eindruck zur Vielfalt der Handlungsmöglichkeiten, aber auch zur Komplexität des Themas vermittelt werden.

Beispiel 1: Gesundheitsvorsorge und HIV/AIDS-Prävention in Integrationskursen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF)

Birgit Olbrich, Martina Eichert-Armbruster, Natascha Garvin Barba

Kurzbeschreibung

Das seit 2005 bundesweit einheitliche Integrationskurskonzept sieht ein auf die individuellen Bedürfnisse der Zugewanderten zugeschnittenes Angebot an Kursen vor. Aus den verfügbaren Integrationskursen können die Teilnehmenden – je nach Angebot der Kursträger – entsprechend ihrer Vorkenntnisse, ihres Alters und ihrer persönlichen Lebensumstände einen für sie passenden Kurs wählen, z.B. Erwachsenenurse, Frauenkurse, Elternkurse, Alphabetisierungskurse. Die Beratung und Hinführung zu den Integrationskursen läuft über die Migrationsberatungsstellen für Erwachsene Zuwanderer (MBE). Die Beraterinnen und Berater der MBE können darüber hinaus bei Bedarf sozialpädagogische Begleitung der Integrationskurse anbieten. Durch die MBE-Stellen des DRK in Freiburg und Konstanz konnte der Kontakt zu den Integrationskursen hergestellt werden, um dort zielgruppengenaue Angebote zur Gesundheitsförderung und HIV/AIDS-Prävention anzubieten.

Die Maßnahmen fanden während der normalen Unterrichtszeit in den Räumen der Integrationskursträger statt. Insgesamt konnten ungefähr zehn Sprachkursträger an unterschiedlichen Standorten des Projekts als Kooperationspartner gewonnen werden. Darüber hinaus wurden auch Veranstaltungen in Elternkursen, Frauen- und Konversationsgruppen durchgeführt, die von unterschiedlichen Trägern organisiert wurden. Es wurden zwei Module entwickelt, die unabhängig voneinander durchgeführt werden konnten, eins zum Thema Frauengesundheit/Männergesundheit und eins zum Thema Sexualerziehung.

Die Veranstaltungen waren erfolgreich, weil spezifische Zielgruppen durch dieses Netzwerk erreicht und geschult werden konnten. Dieses Konzept ist auf alle bundesweiten Standorte von Integrationskursen übertragbar, da die Integrationskurse bundesweit einheitlich durchgeführt werden. Ein besonderer Vorteil dieser Maßnahme ist die Erreichbarkeit von speziellen Zielgruppen und die Möglichkeit, zielgruppengenau, z.B. geschlechterspezifisch, altersspezifisch oder orientiert an der Herkunft der Personen zu arbeiten.



Zielgruppe

Über die Integrationskurse konnten Kurse mit hohem Anteil an Menschen aus Osteuropa für die Maßnahme ausgewählt werden. Dabei lag der Fokus auf der Zielgruppe „Frauen“, die als Multiplikatorinnen innerhalb der eigenen sozialen Gruppe eine zentrale Stellung einnehmen. Außerdem konnten Eltern in den Elternkursen angesprochen werden. Es wurde aber auch ein spezielles Modul für Männer entwickelt. Auf diese Weise konnten Männer wie Frauen in unterschiedlichen Settings mit verschiedenen Inhalten und Methoden adäquat informiert und geschult werden.

Die Teilnehmenden der Integrationskurse kamen zum Teil aus Ländern, in denen eine systematische Sexualaufklärung weder in der Schule noch im Elternhaus üblich ist. Sie verfügen daher unter Umständen über sehr wenig Wissen und es fällt ihnen schwer, über das Thema zu reden, sei es beim Arzt, sei es in der Beziehung oder in der Erziehung ihrer Kinder. Gerade in Ländern der ehemaligen Sowjetunion ist das Thema Sexualität mit vielen Tabus belegt und der Umgang mit HIV ist geprägt von Halbwissen und einem fehlenden Gefahrenbewusstsein. Für Menschen mit Migrationshintergrund ist außerdem der Zugang zum deutschen Gesundheitssystem durch Sprachbarrieren, Diskriminierung und kulturelle Unterschiede erschwert.



Insgesamt wurden 34 Veranstaltungen durchgeführt, bei denen in der Regel 10 bis 20 Teilnehmende zwischen 20 und 55 Jahren anwesend waren. Ca. zwei Drittel davon waren Frauen, ca. ein Drittel hatte einen osteuropäischen Migrationshintergrund, wovon wiederum ein Großteil aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion kam.

Die Kooperation mit den MBE und den Integrationskursen und anderen Trägern erfolgt in der Regel über die bereits bestehenden kommunalen Netzwerke, in welche die DRK-Mitarbeiterinnen gut eingebunden sind. Es hat sich gezeigt, dass bei den Integrationkursträgern ein Interesse besteht, für die Module 5 und 6 Fachkräfte heranzuziehen, welche Themen der allgemeinen und der spezifischen Gesundheitsförderung einführen. In früheren Modulen ist die Sprachkompetenz der Teilnehmenden noch nicht ausreichend, um ein so sensibles Thema zu bearbeiten. Hier können Synergie-Effekte hergestellt werden, welche allen Beteiligten Nutzen bringen. Das GEMO-Team empfiehlt deshalb, diese Schulung in das Curriculum der Integrationskurse aufzunehmen.

Ziele

Zugangsmöglichkeiten zu speziellen Zielgruppen zu erproben war ein Hauptziel des GEMO-Projekts. Hierzu sind die Integrationskurse in besonderem Maße geeignet. Die Einbindung der Integrationskursträger kann gelingen, wenn vor Ort ein gut funktionierendes Netzwerk aus kommunaler Migrationssozialarbeit und öffentlichen Einrichtungen besteht. Diese Netzwerke sind von unschätzbarem Wert für Zugänge, Akzeptanz der Maßnahmen und für die Effizienz von Maßnahmen durch Synergieeffekte (*Zielsetzung Netzwerk, Integriertes Handlungskonzept*).

Diese Maßnahme ist durch das neu entwickelte Konzept sowohl innovativ als auch nachhaltig, da die Kursträger sowohl die Lehrinhalte als auch die Methodik adaptieren und in ihr eigenes Curriculum aufnehmen können (*Zielsetzung Innovation, Nachhaltigkeit*).

Um sich erfolgreich vor HIV und anderen STI schützen zu können, brauchen die Menschen neben Information auch Motivation und Verhaltensfertigkeiten (z.B. die Fähigkeit, mit ihrem Partner über Sexualität zu sprechen).⁴²

Ziel der Maßnahme war es deswegen, dass die Teilnehmenden nicht nur ihr Wissen erweitern, sondern auch ein Bewusstsein für die eigene Vulnerabilität entwi-

42 Siehe hierzu: Fisher/Fisher: Handbook of HIV Prevention. Darin: Peterson/DiClemente: Information-Motivation-Behavioral Skills Theory (IMB-Theorie). New York 2000

ckeln und lernen, über Sexualität zu reden. Über das Thema HIV hinaus sollen die Teilnehmenden ihr Wissen über sexuelle Gesundheit erweitern und die Fähigkeit erwerben, für ihre Gesundheit vorzusorgen (*Zielsetzung Krankheitsprävention*).

Neben der eigenen, personenbezogenen Krankheitsprävention waren inhaltliche Zielsetzungen auch Vor- und Fürsorge für anvertraute Personen und die Erreichung eines Multiplikatoren-Effekts durch gezielte Schulungen von Müttern, jungen Frauen und Eltern. Im Modul Sexualerziehung erhalten die Teilnehmenden die Möglichkeit, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen (*Zielsetzung Empowerment, Stärkung der Erziehungskompetenz*).

Vorgehensweise/Methodik

Frauengesundheit/Männergesundheit

Ablauf Frauen:

1. Begrüßung, Vorstellung der Leitung und in kleineren Gruppen der Teilnehmerinnen, Klärung der Rahmenbedingungen (Thema, Dauer, Verschwiegenheit, besondere Interessen).
2. Körperwissen: Anhand einer schematischen Darstellung der weiblichen Geschlechtsorgane lernen die Frauen in Kleingruppen und im Plenum die deutschen Begriffe. Häufig entsteht hier schon eine Diskussion über die Begrifflichkeiten und in welchem Kontext welche Wörter benutzt werden. Anhand der Darstellung wird der weibliche Zyklus, Pubertät und Menopause erklärt.⁴³
3. Frauenarzt: Im Dialog mit den Frauen wird erörtert, in welchen Situationen es notwendig ist, den Frauenarzt aufzusuchen.
4. Verhütung: Verschiedene Verhütungsmittel werden anhand von Anschauungsobjekten erklärt und diskutiert.
5. STIs: STIs werden im Plenum gesammelt, wichtige kurz beschrieben (Ansteckungswege, Behandlung, Schutz).
6. AIDS: Im Dialog wird das Wissen der Teilnehmerinnen über Krankheitsverlauf, Behandlung Ansteckungswege und Test gesammelt und erweitert. Ein beson-

⁴³ Verwendete Materialien: „Präventionsmappe sexuell übertragbare Krankheiten“ (BZgA 2006). Anmerkung: Seit 2009 gibt es eine neue Mappe der BZgA: „Präventionsmappe Körperwissen und Verhütung“, die ausführlicher ist. Daher sind in der neuen Auflage über STIs die Teile über den Körper und über Verhütung nicht mehr enthalten. Des Weiteren: „Nasenmännchen“ (siehe z.B. „mach’s mit. Spiele + Methoden zur AIDSprävention: Gruppenmethoden“ (BZgA 2006). Beide Materialien sind auf www.gib-AIDS-keine-chance.de erhältlich. Außerdem wurden eigene Materialien erstellt und genutzt.

derer Schwerpunkt liegt auf den Ansteckungswegen durch den Einsatz des Spiels „Nasenmännchen“. Evtl. wird die Kondombenutzung demonstriert.

7. Broschüren „Frauengesundheit“ und andere Broschüren über HIV; STIs und das deutsche Gesundheitssystem sowie Aufklärungsbroschüren für die Kinder der Teilnehmerinnen werden vorgestellt und können mitgenommen werden.



Ablauf Männer:

1. Begrüßung, Vorstellung der Leitung und in kleineren Gruppen der Teilnehmer, Klärung der Rahmenbedingungen (Thema, Dauer, Verschwiegenheit, besondere Interessen).
2. Fragekärtchen zum Thema HIV, die von den Teilnehmern vorgelesen und allein oder mithilfe der Mitschüler und der Leitung beantwortet werden. Themen sind Krankheitsverlauf, Behandlung, Ansteckungswege, Test etc. Daran anknüpfend werden Themen wie Männergesundheit, STIs, Impfung, Fachärzte, Gesundheitsamt usw. besprochen. Die Leitung benutzt zur Beantwortung und Ergänzung Darstellungen aus der Präventionsmappe „Sexuell übertragbare Krankheiten“. Die Schwerpunkte werden je nach Zusammensetzung und Interesse von der Gruppe selbst gesetzt.
3. Kondombenutzung wird erklärt und ggf. vorgeführt. Ausgehend davon werden andere Verhütungsmittel besprochen.

4. Die Ansteckungswege werden durch den Einsatz des Spiels „Nasenmännchen“ vertiefend behandelt.
5. Broschüren über HIV; STIs und das deutsche Gesundheitssystem sowie Aufklärungsbroschüren für die Kinder der Männer werden vorgestellt und können mitgenommen werden.

Für das Gelingen der Veranstaltung ist es unabdingbar, einen persönlichen Bezug der Teilnehmenden zum Thema herzustellen. Nur dann können sie die nach der IMB-Theorie notwendige Motivation, die gelernten Inhalte umzusetzen, entwickeln. Außerdem kann die gemeinsame Auseinandersetzung mit dem Thema in der Gruppe den Grundstein dazu legen, sich auch über die Veranstaltung hinaus mit den anderen Teilnehmenden über die eigenen Erfahrungen auszutauschen und dadurch das Reden über Sexualität einzuüben. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass der Bildungsstand der Teilnehmenden sehr unterschiedlich sein kann.

Da HIV in der Alltagswelt der Teilnehmerinnen und Teilnehmer praktisch nicht vorkommt, kann der persönliche Bezug nur über angrenzende Themen geschaffen werden. Es ist Aufgabe der Leitung, während der Veranstaltung eine offene und entspannte Atmosphäre zu schaffen und die Fragen und Gesprächsbedürfnisse der Anwesenden in den Mittelpunkt zu stellen. Hierzu ist eine achtsame Haltung gegenüber den persönlichen und kulturellen Wertvorstellungen in Bezug auf Sexualität notwendig. Diese persönlichen und kulturellen Wertvorstellungen bedingen, dass Menschen aus verschiedenen Herkunftsländern und mit unterschiedlichem Sozialstatus tatsächlich unterschiedliche Herangehensweisen an das Thema zeigen. Dies kann methodisch genutzt werden. So können Teilnehmende, die offener mit dem Thema umgehen, dazu beitragen, die Stimmung aufzulockern und eine angenehme Atmosphäre herzustellen. Dies erleichtert allen Anwesenden das Gespräch und vereinfacht den Transfer von Informationen für die Referenten.

Sexualaufklärung

Das Modul wurde nur in Frauengruppen durchgeführt. Prinzipiell wäre die Durchführung auch in Männergruppen möglich, allerdings wären konzeptionelle Änderungen notwendig. Da das Modul sehr stark auf die eigenen Erfahrungen der Anwesenden zurückgreift, sind gemischte Gruppen auch hier nicht empfehlenswert.⁴⁴

44 Verwendete Materialien: Abgewandelte Methoden aus: BZgA: „Peer-Education – Ein Handbuch für die Praxis“. Köln 2002

1. Begrüßung, Vorstellung der Leitung und in kleineren Gruppen der TeilnehmerInnen, Klärung der Rahmenbedingungen (Thema, Dauer, Verschwiegenheit, besondere Interessen)
2. Einstiegsrunde zum Thema „Wie bin ich selbst aufgeklärt worden, wie ging es mir damit?“
3. Spiel: „Jugendliche brauchen – Informationen über Sexualität – Menschen, mit denen sie über Sexualität reden können – (religiöse) Werte über Sexualität.“
4. Was-wäre-wenn-Spiel: „Was wäre, wenn mich meine 6-jährige Tochter fragt, woher die Kinder kommen?“ – „Was wäre, wenn ich den Verdacht hätte, dass mein Sohn schwul ist?“
5. Inhalte zur Sexualerziehung aus dem Lehrplan der Schule werden vorgestellt und diskutiert.
6. Sofern die Frauen das Modul „Frauengesundheit“ nicht gemacht haben: AIDS-Prävention als Beispiel für ein Thema der Sexualaufklärung, Inhalt s. o.
7. Abschluss, Fragen, Vorstellen von Aufklärungsmaterial für Kinder und Jugendliche.



Das Modul wurde deswegen entwickelt, weil die Frauen den Umgang mit Sexualität in ihrer Herkunftsfamilie nicht mehr angemessen für die jetzige Lebenssituation ihrer Kinder halten. Sie sind andererseits auch nicht zufrieden damit, wie Sexualität in der deutschen Öffentlichkeit thematisiert wird, und möchten ihre Kinder davor schützen. Ziel der Veranstaltung ist es deswegen, darüber ins Gespräch zu kommen, welches Bild von Sexualität die Eltern ihren Kindern vermitteln wollen und wann und wie das geschehen kann. Für das Gelingen der Veranstaltung ist es dabei wichtig, dass alle die Einstellungen der Anwesenden respektieren und ein Austausch auf Augenhöhe möglich ist. Dazu ist es hilfreich, wenn die Referentin selbst bei den Methoden mitmacht und die eigene Meinung als solche kennzeichnet.

Auswertung

Die Feedbacks mittels der standardisierten Rückmeldebögen der wissenschaftlichen Begleitung ergaben eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmenden. Darüber hinaus gab es auch qualitative Indikatoren auf den Erfolg der Maßnahme: In allen Veranstaltungen ist es gelungen, eine positive, entspannte Atmosphäre zu schaffen, die eine Auseinandersetzung mit dem Thema ermöglichte. Die Veranstaltungen liefen in angeregtem informativem Austausch, bei dem die Anwesenden bereit waren, von sich selbst zu erzählen, Fragen zu stellen und zu diskutieren. Nach den Veranstaltungen kam es immer wieder zu Einzelgesprächen, in denen beispielsweise nach Testmöglichkeiten gefragt wurde, aber auch intimere Fragen angesprochen werden konnten.

Auch die Rückmeldungen der Sprachkursleitungen waren positiv. Sie berichteten, dass die Themen der Module auch über die Veranstaltungen hinaus in den Gruppen diskutiert wurden und die Frauen, angeregt durch die Veranstaltungen, einander gegenseitig zu „beraten“ und ermutigen versuchten. Gerade wenn es darum geht, den Mut zu fassen, zum Arzt oder zum Test zu gehen, ist dieser „Peersupport“ von besonderer Bedeutung.

Ein weiterer Erfolgsindikator, der die Akzeptanz bei den Sprachkursträgern zeigt, sind Nachfragen der Kursträger und der Lehrkräfte nach weiteren Schulungseinheiten für andere Integrationskurse.

Erfolgsfaktoren/Ratschläge für Nachahmer

Die Veranstaltungen könnten noch optimiert werden, wenn sie von der Zielgruppe selbst durchgeführt würden. Voraussetzung dafür wären eine dauerhafte Beglei-

tung und ausreichende finanzielle Mittel für die Referentinnen und Referenten. Außerdem sollten diese über ausreichende Qualifikationen verfügen. Diese sind:

- Kenntnisse und Erfahrungen in der Erwachsenenbildung
- Ausreichendes Fachwissen zum Themenkomplex Sexualität, Körperwissen, Verhütung, STI, HIV/AIDS sowie Kenntnisse zur Prävention und zur Versorgung im Krankheitsfall
- Gute Kenntnisse über das deutsche Gesundheitswesen
- Reflektive Haltung in Bezug auf das Thema Sexualität
- Auseinandersetzung mit kulturell unterschiedlichen Umgangsweisen mit Sexualität
- Wissen über kulturell unterschiedliche Vorstellungen und Verhalten in Krankheits- und Gesundheitsfragen
- Interkulturelle Kompetenzen
- Mehrsprachigkeit und gute Deutschkenntnisse.

Beispiel 2: Gesundheitsförderung und HIV/AIDS-Prävention in der Schule: Internationale Vorbereitungsklassen (IVK) an der Karlschule Freiburg

Carmen Giesin

Kurzbeschreibung

Als Mitarbeiterin des DRK Freiburg im Schulsozialdienst für Internationale Klassen und als Mitarbeiterin im Projekt GEMO bot es sich für mich an, diese beiden Arbeitsfelder miteinander zu verbinden und ein Angebot für die IVK zu installieren. Gerade auch deshalb, weil sich die Zuwanderung in den letzten Jahren mit einem Schwerpunkt aus Osteuropa (neue EU-Länder und die damit verbundene Freizügigkeit) entwickelt hat und zwischenzeitlich 46% aller Kinder in den IVK-Klassen aus osteuropäischen Ländern kommen. In der Konzeption mussten verschiedene Besonderheiten bedacht werden:

- Es handelt sich in den Klassen um Kinder und Jugendliche im Alter von 10–16 Jahren, also eine in ihren Entwicklungsphasen inhomogene Gruppe.
- Die angesprochenen Kinder und Jugendlichen haben gerade eine Migration hinter sich, müssen in einer neuen Umgebung und mit einer neuen Sprache zurechtkommen.

- Einige Kinder sind zusätzlich durch eine schwierige familiäre Situation belastet, z.B. sog. EU-Waisen, die lange Jahre bei den Großeltern im Herkunftsland gelebt haben und später nachgeholt wurden. Bei vielen besteht auch ein besonderer Druck durch die eigene Familie, im deutschen Ausland eine sehr gute Ausbildung zu machen.
- In den Anfangswochen sprechen und verstehen sie noch kaum die deutsche Sprache.
- Die Schulleitung und die Klassenlehrer mussten über das GEMO-Projekt informiert und dazu gebracht werden, für die Projektarbeit eine Stunde pro Woche und Klasse zur Verfügung zu stellen.

Da die Schulsozialarbeit direkten Zugang in die Klassen hat, ist sie besonders geeignet, Projekte anzubieten. Die Schülerinnen und Schüler kennen die Person von Anfang an, da der Kontakt mit dem Schulsozialdienst von der Anmeldung an bis zum Wechsel in Regelklassen sehr eng ist. Auch der Kontakt und der Austausch mit den Lehrkräften können sich ohne Umwege vollziehen. Da das DRK als Anbieter für Gesundheitsdienste international bekannt und anerkannt ist, verfügt es bei Kindern und Eltern über eine hohe Akzeptanz. Auch die Zuhilfenahme verschiedener Angebote im DRK-Netzwerk waren unverzichtbar: Gesundheitszentrum Migration bei psychosozialen Auffälligkeiten, Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten in den Flüchtlingswohnheimen, Zusammenarbeit mit der Migrationsberatung etc.

Das Schulprojekt wurde als Langzeitmaßnahme über die gesamte Laufzeit 2008–2010 durchgeführt. Die vorliegenden Beschreibungen beziehen sich auf das Schuljahr 2008/2009.

Zielgruppe

Die Herkunftsländer der Zielgruppe waren vor allem Polen und Rumänien, aber auch Lettland, Litauen, Länder des ehemaligen Jugoslawien (verschiedene ethnische Gruppen), Bulgarien, Ungarn, Kasachstan, Ukraine, Georgien. Ca. 55% waren im genannten Schuljahr Mädchen, 45% Jungen. Die Kinder sind je nach Alter in vier Klassen eingeteilt (VK4, VK5, VK6, VK7).

Die bisherige Erfahrung des Schulsozialdienstes hat gezeigt, dass bei vielen Kindern und Jugendlichen und ihren Familien wenig und auch falsches Wissen im Bereich der Gesundheit vorhanden ist. Prävention ist nicht selbstverständlich eingebettet in das tägliche Verhalten. Vorurteile sind weit verbreitet.

Für die Klassen VK4 und VK5 (10–13 Jahre) wurden konzeptionell die Bereiche Bewegung, gesunde Ernährung und Zahngesundheit in den Vordergrund gestellt.

Für die Jugendlichen der Klassen VK6 und VK7 wurde der Schwerpunkt mehr auf den Bereich Suchtprävention, Sexualität und HIV/AIDS-Prävention gelegt. Dazu stellte eine Dienststelle der Freiburger Polizei Informationsmaterial zur Suchtprävention zur Verfügung, das Gesundheitsamt zur Zahngesundheit, welches bei Besuchen in Regelklassen verwendet wird. Außerdem wurde hier eng mit der AIDS-Hilfe Freiburg zusammengearbeitet. Methodisch war es notwendig, mit Mädchen und Jungen getrennt zu arbeiten und Dolmetschende aus den Herkunftsländern hinzuzuziehen.

Ziele

Kinder und Jugendliche aus Osteuropa sollten in der Schule, eingebettet in die anderen Unterrichtsstunden, verschiedene Themen rund um „die Gesundheit“ bearbeiten. Wichtig dabei war es, den Präventionsgedanken zu wecken und dabei



das Bewusstsein zu fördern, selbst etwas für die Gesundheit tun zu können. Dass dies nicht selbstverständlich ist, zeigte sich immer wieder im Projektverlauf, z.B. waren viele Kinder höchst erstaunt darüber, in welchen Lebensmitteln sich Zucker versteckt, oder dass es wichtig ist, zum Zahnarzt zu gehen, bevor ein Zahn kaputt ist. Dass Bewegung in der frischen Luft mehr ist als nur lästig oder auch, dass Sexualität nicht per se „gefährlich“ ist, sondern durch präventive Maßnahmen zu einem schönen Erlebnis werden kann (*Zielsetzung Allgemeine Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Empowerment*).



Ausländische Kinder und Jugendliche sollten das Vorsorge- und Hilfesystem im gesundheitlichen Bereich in Freiburg kennen lernen. Sie sollten dabei auch lernen, Arztpraxen präventiv aufzusuchen (*Zielsetzung Allgemeine Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Empowerment*).

Die Jugendlichen konnten im Projekt die AIDS-Hilfe und pro familia durch verschiedene Maßnahmen kennen lernen. Durch die Bearbeitung von verschiedenen – auch intimen – Thematiken konnten sie Vertrauen in die Institutionen gewinnen. Dies sollte sie dazu befähigen, später selbst Beratungsstellen aufzusuchen

und nach Möglichkeit auch an andere Jugendliche weiterzuempfehlen (*Zielsetzung HIV/AIDS- und STI-Prävention, Empowerment, interkulturelle Öffnung der Kooperationspartner*).

Interessante interkulturelle Aspekte ergaben sich aus der Zusammensetzung der Klassen. Insbesondere im suchtpreventiven Teil und bei den körperlichen und seelischen Veränderungen der Pubertät kamen unterschiedliche Sichtweisen zutage. So wurde eine ganze Unterrichtseinheit darüber gesprochen, warum „Mohammed Alkohol verbietet“ (*Zielsetzung Interkultureller Dialog, Erwerb von interkultureller Kompetenz*).



Vorgehensweise/Methodik

Die Methodik entsprach prinzipiell den schulischen Unterrichtsmethoden. Zunächst wurden zwei Konzeptionen entwickelt, eins für die jüngeren Klassen/Kinder und eins für die älteren Klassen/Jugendlichen.⁴⁵ Alle Kinder bzw. Jugendlichen bekamen eine Mappe, in der sie am Ende des Schuljahres gesammelte Informationen (Arbeitsblätter, Broschüren, Faltblätter etc.) zu verschiedenen gesundheitspräventiven Themen für sich persönlich mitnehmen konnten.

Eine Trennung von Mädchen und Jungen innerhalb der Klassen war (leider!) nur mit Kooperationspartnern wie der AIDS-Hilfe Freiburg oder pro familia möglich.

Es wurde darauf geachtet, möglichst viele Aktionen außerhalb der Schule anzubieten, um neue Lernfelder zu erschließen, den projektiven Charakter zu verstärken und weitgreifende Settings miteinzubeziehen. So wurde z.B. im Rahmen der Suchtprophylaxe ein Kinofilm angeschaut, bei dem es um das (Sucht-)Verhalten von ausländischen Jugendlichen in Deutschland ging. Anschließend wurden der Film und die verschiedenen Rollen in der Schule analysiert. Im Rahmen des Themas „Mein Körper“ wurde die Einrichtung pro familia besucht. Spaziergänge zum nahe gelegenen Schlossberg, Wanderungen und Grillveranstaltungen gehörten zu den Themen „Bewegung“ und „gesunde Ernährung und Lebensweise“.

Auswertung

Insgesamt ist das Projekt GEMO in der Schule im Schuljahr 2008/2009 sehr erfolgreich gelaufen. Sowohl die Schülerinnen und Schüler als auch die Lehrkräfte gaben eine sehr positive Rückmeldung. Die Maßnahmen wurden deshalb im Schuljahr 2009/2010 auf Wunsch der Lehrkräfte noch einmal angeboten.

Wünschenswert wäre es, im Projekt zu zweit arbeiten zu können, möglichst mit einem männlichen Mitarbeiter, um die Klassen geschlechtsspezifisch teilen zu können. Viele Themen sind für Jugendliche zu sensibel, um sie mit der ganzen Klasse zu erörtern. Wo geschlechtsspezifische Angebote möglich waren, waren auch die Jugendlichen sehr zugetan.

Im Schulalltag kommt es immer wieder vor, dass Unterrichtsstunden ausfallen bzw. Stundenpläne geändert werden. Oder es wird aus aktuellen Situationen heraus für die Schulsozialarbeit notwendig, andere Themen im Klassenprozess aufzugreifen. Hier muss flexibel gehandelt werden. Ein zu starres konzeptionelles Vorgehen ist nicht produktiv.

45 Das Programm kann hier nicht im Detail vorgestellt werden, kann jedoch beim DRK-Kreisverband Freiburg angefragt werden.



Durch das Projekt GEMO ist die Zahl der Einzelberatungen enorm angestiegen. Insbesondere Mädchen kommen nun verstärkt zu mir, um Fragen bzgl. körperlicher Veränderungen in der Pubertät, Beziehungen und Sexualität zu klären. Durch das Projekt GEMO haben die Schülerinnen und Schüler großes Vertrauen in mich als Sozialarbeiterin gefasst. Auch Eltern kommen nun verstärkt, sodass sich durch das Projekt die Stelle der Schulsozialarbeiterin zu einer Art Clearingstelle, insbesondere für den Gesundheitsbereich geworden ist. Hierauf kann in Zukunft auch aufgebaut werden und eine gewisse Nachhaltigkeit hergestellt werden.

Beispiel 3: Verzeichnis von Ärztinnen und Ärzten mit Fremdsprachenkenntnissen

Natascha Garvin Barba

Kurzbeschreibung

Die Idee, in Konstanz ein Verzeichnis von Ärztinnen und Ärzten mit Fremdsprachenkenntnissen zu erstellen, bestand bereits seit längerer Zeit. So entwickelte sich eine Kooperation zwischen dem DRK-Kreisverband Landkreis Konstanz e.V. im Rahmen des Projekts GEMO, dem Welcome Center der Universität Konstanz, Anlaufstelle für internationale Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler an der Universität und der Integrationsbeauftragten der Stadt Konstanz. Die Aufgaben wurden den Kompetenzen und Ressourcen der Kooperationspartner entsprechend wie folgt verteilt: Die Stadt Konstanz übernahm die Koordination und die Druckkosten. Das Welcome Center war für die Erstellung von Fragebögen zuständig, welche an die Ärztinnen und Ärzte geschickt wurden. Das Welcome Center nahm auch die Auswertung der Fragebögen vor. GEMO war für die Übersetzungen der Einleitung und des Inhaltsverzeichnisses in die sechs wichtigsten Sprachen zuständig, die in Konstanz gesprochen werden, u.a. Russisch und Bosnisch. Inhalt, Struktur und Gestaltung des Verzeichnisses wurden von allen drei Kooperationspartnern gemeinsam erarbeitet.

Mit der grafischen Gestaltung wurde eine Agentur beauftragt, mit der bereits bei vorangegangenen Broschüren im Bereich Migration/Integration sehr gute Erfahrungen gemacht wurden. Nach Fertigstellung des Verzeichnisses wurde ein großer Teil der insgesamt 3.000 Exemplare bei verschiedenen Veranstaltungen und über die bestehenden Netzwerke der drei Kooperationspartner an alle relevanten Akteure der Integrationsarbeit verteilt. Die übrig gebliebenen Exemplare wurden vorgehalten, um auf Anfragen reagieren zu können.

Zielgruppe

Hauptzielgruppe dieser Maßnahme waren alle in Konstanz lebenden Menschen mit Migrationshintergrund, die eine andere als die deutsche Sprache vorziehen, wenn sie über gesundheitliche Themen kommunizieren. Hintergrund dabei ist es, dass einerseits im Gesundheitsbereich die Kommunikation eine essentielle Rolle spielt und andererseits oft sehr sensible Bereiche berührt werden, bei denen die Anwesenheit eines dolmetschenden Dritten eher störend ist. Zugewanderte bringen Ärztinnen und Ärzten, die selbst Migrationshintergrund haben, häufig einen

Vertrauensvorschuss entgegen, was nicht allein an der gemeinsamen Sprache liegt, sondern z.B. an kulturspezifischen Erwartungen an die Ärzterolle und an den Umgang mit Krankheiten.

Die Broschüre ist so konzipiert, dass Migrantinnen und Migranten die Broschüre selbst nutzen, um für sich die passenden Ansprechpersonen und Kontakte zu finden, aber auch um Unterstützung von Beratungsstellen im Migrationsbereich zu erhalten, an die das Verzeichnis ebenfalls gerichtet ist. Dementsprechend bilden Mitarbeitende in der Migrationsarbeit eine zweite Zielgruppe. Je nach Bedarf können die Beratungsstellen dann bei der Suche behilflich sein oder die Broschüre nur weitergeben. Innerhalb der Zielgruppe der Zugewanderten sollen vor allem sozial Benachteiligte erreicht werden. Deshalb wird die Broschüre an Orten ausgegeben und ausgelegt, wo diese besonders häufig anzutreffen sind, z.B. im Sozialamt oder bei der ARGE.

Innovativ und nachhaltig zugleich ist die Gestaltung der Broschüre. Diese wurde so angelegt, dass auch diejenigen Menschen sich darin zurechtfinden, die den Umgang mit schriftlichen Informationen weniger gewohnt sind. Dies ist deshalb von besonderer Bedeutung, da bekanntlich die Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund über Flyer und Broschüren nur schwer herzustellen ist.

Eine dritte Zielgruppe sind die angeschriebenen Praxen und Beratungsstellen, die für die Bedeutung der Ressource Mehrsprachigkeit sensibilisiert werden. Für die Erreichung dieser Zielgruppe war die Kooperation mit der Universität Konstanz sehr wichtig, um dem Projekt von vornherein die Konnotation einer Maßnahme für die „Problemgruppe Migranten“ zu nehmen.

Ziele

Primäres Ziel der Maßnahme war die Verbesserung des Zugangs von in Konstanz lebenden Migrantinnen und Migranten zu den lokalen Angeboten des Gesundheitswesens und damit einhergehend ihre Selbsthilfe im Hinblick auf Entscheidungs- und Orientierungsfähigkeit sowie auf Kommunikationsmöglichkeiten. Bezogen auf die Stadt Konstanz sollte damit die durch unterschiedliche deutsche Sprachkenntnisse bedingte gesundheitliche Ungleichheit gelindert werden (*Zielsetzung Empowerment, Nachhaltigkeit*).

Gleichzeitig sollten die Akteure des lokalen Gesundheitswesens für die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit einer anderen Muttersprache als Deutsch sensibilisiert werden und ihnen durch die Abfrage von Fremdsprachenkenntnissen die Wichtigkeit dieser Ressource bewusst gemacht werden. Damit sollte ein Bei-

trag zur interkulturellen Öffnung von Anbietern im öffentlichen Gesundheitswesen Konstanz geleistet werden (*Zielsetzung Interkulturelle Öffnung, Informationstransfer, Netzwerkarbeit, Nachhaltigkeit*).

Um das Verzeichnis bei möglichst vielen Menschen mit Migrationshintergrund bekannt zu machen, wurde es über die Netzwerke der Kooperationspartner an Beratungsstellen und andere öffentliche Einrichtungen verteilt, die somit als Multiplikatoren fungierten.

Ein weiterer wichtiger Aspekt war die Vernetzung – durch die Beteiligung dreier in sehr verschiedenen Bereichen angesiedelter Kooperationspartner konnten Synergieeffekte erzielt werden, da alle unterschiedliche Kompetenzen und Ideen einbrachten und die Aufgaben bei der Umsetzung des Projekts den Kompetenzen entsprechend verteilt wurden. Durch die Mitwirkung des GEMO-Projekts war außerdem die Aufnahme von Beratungsstellen zu den Themen HIV/AIDS, STIs, Drogen und Sexuaufklärung gewährleistet (*Zielsetzung Synergien, Aktivierung von Ressourcen, Veränderung und Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen, HIV/AIDS-Prävention*).

Das Verzeichnis soll alle zwei Jahre aktualisiert werden. Die Neuauflagen sollen dann auch zum Anlass genommen werden, weitere Verbesserungen einzuarbeiten. Um die Zielgruppen der Maßnahme in diese Weiterentwicklung einzubeziehen, wurde am Ende der Broschüre eine Seite eingefügt, mit der Verbesserungsvorschläge an die Verantwortlichen übermittelt werden können. Doch auch ohne Neuauflagen wäre bereits eine gewisse Nachhaltigkeit gegeben, da ein „bleibendes“ Produkt entwickelt wurde und zu erwarten ist, dass im Falle positiver Erfahrungen Arzt-Patienten-Beziehungen, die auf Grund des Verzeichnisses zustande gekommen sind, fortgeführt werden (*Zielsetzung Nachhaltigkeit*).

Die Maßnahme ist ohne weiteres auf andere Städte und Kommunen übertragbar, in denen die personellen und finanziellen Ressourcen vorhanden sind. Für das Konstanzer Verzeichnis konnte ebenfalls bereits auf Broschüren aus anderen Städten zurückgegriffen werden, die im Hinblick auf eine Übertragung auf die lokalen Verhältnisse und eine benutzerfreundliche Gestaltung analysiert wurden. Es ist anzunehmen, dass ein solches Verzeichnis umso effektiver ist, je größer die Stadt und je höher damit die Anzahl von Praxen und Beratungsstellen mit fremdsprachlichen Ressourcen. Allerdings erhöhen sich mit dem Umfang auch die Kosten für den Druck (*Zielsetzung Übertragbarkeit*).

Vorgehensweise/Methodik

Inhalte, Aufbau und Gestaltung der Broschüre wurden von den drei Kooperationspartnern gemeinsam diskutiert, um den Bedürfnissen aller in Konstanz lebenden Menschen mit Migrationshintergrund gerecht zu werden, von der akademischen Klientel des Welcome Centers bis zu den eher sozial benachteiligten Zielgruppen des GEMO-Projekts. Ein wichtiger Beschluss war hierbei, nicht nur ärztliches Fachpersonal in das Verzeichnis aufzunehmen, sondern auch Psychologinnen und Psychologen, Hebammen, Pflegedienste und Beratungsstellen.

Beim Aufbau des Verzeichnisses gab es die Möglichkeit der Sortierung nach Sprachen oder nach Fachrichtungen. Auf Grund der Annahme, dass die Suche nach einem Arzt oder einer Ärztin in einer konkreten Situation erfolgt und dann zuerst nach der Fachrichtung gesucht wird und da in einigen Praxen bzw. Beratungsstellen mehrere Sprachen gesprochen wurden, fiel die Wahl auf die Sortierung nach Fachrichtungen.

Um das Verzeichnis möglichst benutzerfreundlich zu gestalten, wurde mit Piktogrammen gearbeitet, um die medizinischen Fachdisziplinen zu kennzeichnen.

Die jeweils gesprochenen Sprachen wurden mit Flaggen dargestellt, die im Hinblick auf die Zielgruppe der Beratungsstellen in einer Legende erläutert wurden. Außerdem wurde differenziert, ob der Arzt, die Ärztin selbst die jeweilige Sprache sprechen oder ihr Personal. Als zusätzliche Information wurde bei den einzelnen Einträgen Spezialisierungen angegeben sowie ggf. ein Hinweis auf Privatpraxen. Auf der ersten Seite des Verzeichnisses sind die wichtigsten Notfallnummern zu finden.

Zur besseren Orientierung wurden die Spezialisierungen am Ende der Broschüre in einem Index aufgelistet. Das Inhaltsverzeichnis und die Einleitung wurden in sechs Sprachen übersetzt.

Für die Verbreitung des Verzeichnisses wurde folgendes Vorgehen gewählt: Die relevanten städtischen Einrichtungen bekamen direkt eine höhere Stückzahl geliefert. Außerdem bekamen die Netzwerkpartner der beteiligten Institutionen (Wohlfahrtsverbände, Migrantenorganisationen, Behörden außerhalb der Stadt Konstanz usw.) Ansichtsexemplare zugesandt, um ggf. weitere Exemplare anfordern zu können. Schließlich wurde das Verzeichnis in Gremien, Netzwerken und Arbeitskreisen vorgestellt, die mit Integration befasst sind, und an verschiedenen Infoständen (z.B. bei der Interkulturellen Woche, bei einem Fachtag zum Thema Integration, beim Internationalen Frauentag und beim Quartiersflohmart eines

pe und bei der Zusammenarbeit zurückgegriffen werden konnte. Der neu hinzugekommene Partner, das Welcome Center, verfügt dagegen über Kompetenzen bzgl. der Durchführung von Fragebogenaktionen und stellte einen Anreiz für die angeschriebenen Arztpraxen dar, sich in das Verzeichnis aufnehmen zu lassen.

Diese Maßnahme wurde als gutes Beispiel ausgewählt, weil sie die Kriterien Empowerment, Interkulturelle Öffnung, Multiplikatorenkonzept, Vernetzung, Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit erfüllt. Außerdem wurde durch das Verzeichnis ein seit langem bestehender Bedarf in der Stadt Konstanz gedeckt, der sich daran festmachen lässt, dass zum einen drei unterschiedliche Institutionen unabhängig voneinander die Idee hatten, die fremdsprachlichen medizinischen Fachkräfte in Konstanz zu systematisieren, und zum anderen immer wieder Anfragen von Migrantinnen und Migranten kamen. Nicht zuletzt zeigt es die Wichtigkeit und den Nutzen von Kooperationen, gerade auch zwischen sehr unterschiedlichen Institutionen, und zielt auf Vertreter beider Seiten im Integrationsprozess ab – auf die zugewanderte Bevölkerung und die Aufnahmegesellschaft.

Trotz des insgesamt erfolgreichen Verlaufs der Maßnahme gab es auch einige Schwierigkeiten: Erheblich mehr Zeitaufwand als ursprünglich geplant erforderte die Einteilung der Ärztinnen und Ärzte in die verschiedenen medizinischen Subdisziplinen bzw. die Entscheidung, welche Spezialisierungen eine eigene Kategorie bilden und welche nur als Zusatzinformation bei der jeweiligen Praxis angegeben werden sollten. Dieses Problem wurde durch Internetrecherchen und in einigen Fällen durch Nachfragen in den jeweiligen Praxen gelöst. Hier wäre es hilfreich gewesen, eine Person mit medizinischen Fachkenntnissen mit im Team zu haben.

Eine weitere Schwierigkeit war, dass die Einteilung der Fachrichtungen in Deutschland nicht immer eine Entsprechung im Ausland hat. Beispielsweise gibt es in Italien keinen Arzt, der mit dem Hals-Nasen-Ohren-Arzt in Deutschland vergleichbar wäre. Diese Frage soll bei der nächsten Auflage mit muttersprachlichen Fachkräften diskutiert werden. Enttäuschend war die Reaktion der Presse auf das Verzeichnis – die



Broschüre wurde in zwei Sätzen unter der Rubrik „Wussten Sie schon?“ erwähnt, nur im Stadtmagazin erschien ein größerer Artikel. Allerdings ist für die Erreichung der Zielgruppe die Netzwerkarbeit ohnehin effektiver, sodass die Schwierigkeiten bei der Pressearbeit nicht zu sehr ins Gewicht fallen.

Erfolgsfaktoren/Ratschläge für Nachahmer

Ein solches Projekt ist am besten in Kooperation umzusetzen. Wichtig erscheint, dass einer der Kooperationspartner ein Image hat, das einen Anreiz für die ortsansässigen Arztpraxen darstellt, sich in ein solches Verzeichnis aufnehmen zu lassen. Außerdem sollten nicht nur Ärztinnen und Ärzte angefragt werden, sondern auch andere Dienstleister im Gesundheitsbereich wie Psychologinnen und Psychologen, Hebammen, Beratungsstellen, Pflegedienste, Physiotherapeutinnen usw.

Beispiel 4: Hip-Hop-Event in Jestetten

Katrin Riwozki

Kurzbeschreibung

Jestetten ist eine Gemeinde im Landkreis Waldshut mit ca. 5.000 Einwohnern. Bis Mai 2005 gab es ein Übergangswohnheim in Jestetten, das für die Aufnahme von Aussiedlerinnen und Aussiedler zuständig war. Nach der Schließung des Wohnheimes sind viele der ehemaligen Bewohner geblieben und siedelten sich in Jestetten an. Zur Projektlaufzeit lebten ca. 200–300 Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler in der Gemeinde. Jestetten liegt am Rand des Landkreises Waldshut und ist schlecht mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Gerade Jugendliche sind somit stark an die Gemeinde gebunden und auf lokale Angebote angewiesen.

Die Idee einer Hip-Hop-Veranstaltung in Jestetten im Rahmen des GEMO-Projekts entstand im Austausch mit dem DRK-Migrationsdienst und der Gemeinde-sozialarbeit in Jestetten. Aufgrund der langjährigen Arbeit des Kreisverbandes Waldshut mit Jugendlichen aus Osteuropa war bekannt, dass sich viele osteuropäische Jugendliche für Hip-Hop interessierten und teilweise schon in Tanzgruppen organisiert waren. An diese Situation knüpfte das GEMO-Projekt an. In Kooperation mit der Gemeinde Jestetten, dem Gesundheitsamt Waldshut und der AIDS-Hilfe Freiburg entstand der Hip-Hop-Event mit dem Themenschwerpunkt HIV/AIDS-Prävention.

Zielgruppe

Hauptzielgruppe waren Jugendliche und junge Erwachsene mit und ohne Migrationshintergrund aus Jestetten und Umgebung. Dabei waren sowohl Mädchen wie auch Jungen angesprochen.

Der Kontakt zur Zielgruppe wurde durch den DRK-Migrationsdienst und die Gemeindesozialarbeit in Form der persönlichen Ansprache hergestellt. Hier wurden bereits existierende und vertrauensvolle Beziehungen genutzt.

Um möglichst viele Besucher zu gewinnen, wurden zusätzlich Plakate in eigener Regie entworfen, gedruckt und aufgehängt. Auch im Gemeindeblatt wurde die Hip-Hop-Veranstaltung angekündigt.

Da die bereits existierenden Tanzgruppen sich aus Jugendlichen mit osteuropäischem Migrationshintergrund zusammensetzen, konnte sehr viel Publikum durch Mundpropaganda der Jugendlichen selbst in ihren Cliques gewonnen werden. Die zentralen Kooperationspartner für die Veranstaltung waren: die Gemeinde Jestetten, der DRK-Migrationsdienst, die AIDS-Hilfe Freiburg und das Gesundheitsamt Waldshut.

Ziele

Für die Hip-Hop-Veranstaltung in Jestetten war Partizipation aller Akteure die zentrale Arbeitsgrundlage. Sowohl die komplette Gestaltung ihrer eigenen Auftritte lag in ihrer Verantwortung als auch die Vorbereitungen und Durchführung des Gesamtprogramms (*Zielsetzung Partizipation, Empowerment*).

Aufgrund der Zusammenarbeit der verschiedenen Kooperationspartner mit der Hauptzielsetzung der gesundheitlichen Aufklärung sollten alle Beteiligten im interkulturellen Dialog für Thema und Zielgruppe sensibilisiert werden. Damit sollte ein Beitrag zur interkulturellen Öffnung der Gemeinde Jestetten, des Gesundheitsamts Waldshut, aber auch des DRK geleistet werden. Gleichzeitig sollte das Bild der Zielgruppe in der Öffentlichkeit aufgewertet werden (*Zielsetzung interkultureller Dialog, interkulturelle Öffnung, Bewusstseinsbildung für eine migrationsensible und zielgruppenadäquate Gesundheitsförderung und HIV/AIDS-Prävention, Parteinahme für die Zielgruppe, Lobbyarbeit*).

Durch die gezielte Zusammenarbeit mit verschiedenen Kooperationspartnern sollten die bestehenden Netzwerke genutzt und um Thema und Zielgruppe erweitert werden. Damit sollten Strukturen für eine Weiterwirkung des Projekts nach Projektende gelegt werden (*Zielsetzung Netzwerkarbeit, Nachhaltigkeit*).

Methodik/Vorgehensweise

Der Hip-Hop-Event fand im Rahmen des Welt-AIDS-Tages statt. Die AIDS-Hilfe Freiburg war mit einem Infostand und einem Beitrag zur Aufklärungs- und Präventionsarbeit beteiligt. Um sowohl die Tanzgruppen für einen Auftritt zu mobilisieren als auch um Publikum für die Veranstaltung zu finden, waren direkte und persönliche Gespräche das zentrale Instrument. Diese Gespräche bauten auf bereits bestehende persönliche Beziehungen durch den DRK-Migrationsdienst auf. Des Weiteren wurden Schlüsselpersonen und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus den DRK-Projekten im Raum Waldshut eingesetzt. Weitere Multiplikatoren waren die Akteure selbst, die über osteuropäischen Migrationshintergrund verfügten und ihre eigene Peergroup mobilisierten.

Folgendes Programm wurde von den Kooperationspartnern zusammengestellt:

15.00 Uhr	Eröffnung durch die GEMO-Verantwortlichen des DRK-Kreisverbands Waldshut und der AIDS-Hilfe Freiburg. Anschließend: Begrüßung durch die Gemeinsozialarbeiterin von Jestetten/Lottstetten
15.30 Uhr	Auftritt „Outta Control“ Hip-Hop-Gruppe Singen
16.30 Uhr	Auftritt Break Dance Gruppe Jestetten/Lottstetten
17.30 Uhr	Beitrag der AIDS-Hilfe (Wissensquiz)
17.45 Uhr	Auftritt der Hip-Hop-Mädchen

Am Stand der AIDS-Hilfe hatten die Besucher der Veranstaltung die Möglichkeit, sich über das Thema HIV und sexuell übertragbare Krankheiten zu informieren. Es lagen Broschüren für verschiedene Altersgruppen und in verschiedenen Sprachen aus. Um die Menschen dazu zu motivieren, zum Stand zu kommen, wurden außerdem Fragekärtchen rund ums Thema HIV auf den Tischen verteilt. Für die richtige Antwort bekamen die Besucher am Stand der AIDS-Hilfe einen kleinen Preis (Kondome oder Give-aways). Außerdem gab es eine Schätzfrage, die am Ende der Veranstaltung auf der Bühne aufgelöst wurde. Der Stand wurde außerdem zwischen den Darbietungen von der Bühne aus beworben.

Die Aufgaben an der Veranstaltung waren klar verteilt und jeder hatte seinen eigenen Verantwortungsbereich, der eigenständig bearbeitet werden musste:

GEMO-Projektleitung	Gesamtleitung
AIDS-Hilfe Freiburg	Infostand und Wissensquiz
Gemeindesozialarbeiterin	Schaffen der Rahmenbedingungen, Bereitstellung der Räumlichkeiten, Musikanlage, Tische usw.
Tanzgruppe Jestetten	Unterhaltungsprogramm
Tanzgruppe aus Singen „Outta Control“	Unterhaltungsprogramm
Hip-Hop-Mädchen aus Jestetten	Unterhaltungsprogramm
Freiwillige Helfer	Speisen und Getränke

Auswertung

Das Gesamtergebnis dieser Veranstaltung war für alle Beteiligten mehr als zufriedenstellend. Die Besucherzahl von rund 150 Personen mit osteuropäischem Hintergrund übertrug bei weitem die Erwartungen der Veranstalter. Im Schnitt waren die Besucherinnen und Besucher zwischen 14 und 28 Jahren alt und waren meist Schülerinnen bzw. Schüler oder Auszubildende. Aber auch viele Erwachsene wie Eltern und sogar Großeltern oder andere Interessierte waren anwesend. Dadurch konnte auch eine generationenübergreifende Kommunikation geschaffen werden. Eine weitere Begleiterscheinung war, dass Jugendliche, gleich ob Einzelne oder



Gruppen, aufeinandertrafen, die sich bislang nicht kannten. Durch gemeinsame Interessen wurden Gespräche begonnen und auch kulturelle Barrieren abgebaut.

Die intensive Vorbereitungszeit zusammen mit den Tanzgruppen ermöglichte eine aktive Auseinandersetzung mit der Thematik HIV/AIDS. Die Begeisterung war so groß, dass die Hip-Hop-Gruppen bei ihrem öffentlichen Auftritt freiwillig und auf eigenen Wunsch die AIDS-Schleife trugen. Somit fungierten sie als Vorbilder und Vermittler für ihr Publikum.

Welchen Erfolg partizipative Maßnahmen zeigen, konnte an der Motivation und der Kreativität der Jugendlichen abgelesen werden, die voller Begeisterung an der Organisation und Durchführung des Events beteiligt waren.



Erfolgsfaktoren/Ratschläge für Nachahmer

Diese Veranstaltung kann in anderen Gemeinden und mit anderen Kooperationspartnern unter vergleichbaren Rahmenbedingungen durchgeführt werden. Für die Erreichbarkeit der Zielgruppe war die Nutzung von Schlüsselpersonen und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ausschlaggebend. Der hohe partizipative Charakter der Maßnahme sowie der persönliche Kontakt und die direkte Ansprache waren für die Einbindung der Zielgruppe sinnvoll und notwendig. Gleiches gilt für die Zusammenarbeit der Kooperationspartner, wenn die Netzwerke noch nicht in einem Maß vorhanden sind, dass auf bestehende Beziehungen aufgebaut werden kann.

Allerdings muss für diese Art von Veranstaltung eine große Halle vorhanden sein, die über Bühne und Musikanlage verfügt. Ebenso notwendig ist es, im Vorfeld zu klären, dass keine anderen Veranstaltungen für Jugendliche parallel stattfinden. Ein „freier“ Sonntag muss gefunden werden. Die Einladungen für diese Veranstaltung sollten so direkt und persönlich wie möglich ausgesprochen werden. Dies erfordert einen hohen zeitlichen und personellen Aufwand, sodass ausreichende Ressourcen vorhanden sein sollten.

Beispiel 5: Gesundheitsvorsorge und HIV/AIDS-Prävention in der Jugend-Untersuchungshaft der JVA Freiburg

Robert Sandermann

Kurzbeschreibung

In der Untersuchungshaft der JVA Freiburg befinden sich regelmäßig jugendliche Inhaftierte, die im Alter zwischen 17 und Anfang 20 sind, darunter ein hoher Anteil mit osteuropäischer Herkunft. Sie verbringen dort unterschiedlich lange Zeit, einige bis zu mehreren Monaten.

In dieser Zeit haben sie dort Unterricht. Im Zuge der Kooperation mit der JVA im Zusammenhang mit dem Projekt GEMO wurde die Idee von Einheiten zur Gesundheitsförderung entwickelt.

Da es bei dem Themenblock unter anderem auch um Sexualität geht, wurde die Möglichkeit geschaffen, dass ich als Mitarbeiter des GEMO-Projekts ohne Aufsicht diese Fragen mit den Inhaftierten besprechen kann.

Das Thema Sexualität ist in der JVA mit Tabus belegt, daher muss es behutsam angesprochen werden, ohne die persönlichen Grenzen der Teilnehmer zu verletzen.

Auch andere Themen, bei denen es zu einer Infektion beispielsweise mit HIV oder Hepatitis kommen kann (Drogengebrauch etc.), werden behandelt.

Zielgruppe

Unter den Inhaftierten der JVA ist ein hoher Anteil an Menschen aus anderen Ländern, viele davon mit osteuropäischer Herkunft. Dabei lag der Fokus auf der Zielgruppe „Jugendliche“, die aufgrund ihrer Lebensumstände in der JVA und aufgrund ihres Alters besonders gefährdet sind in Bezug auf gesundheitliche Themen, gerade auch Themen der sexuellen Gesundheit.

Die Teilnehmer der Veranstaltungen in der JVA kommen zum Teil aus Ländern, in denen eine systematische Sexuaufklärung weder in der Schule noch im Elternhaus üblich ist. Sie verfügen daher unter Umständen über sehr wenig Wissen und es fällt ihnen schwer, über das Thema zu reden. Gerade in Ländern der ehemaligen Sowjetunion ist das Thema Sexualität mit vielen Tabus belegt und der Umgang mit HIV ist geprägt von Halbwissen und einem fehlenden Gefahrenbewusstsein.

In der Haft können verschiedene Risiken auftreten: Sexualität ist dort ein besonders schwieriges Thema – Untersuchungen zeigen, dass es auch zu sexuellen Kontakten der Häftlinge untereinander kommen kann (Stichwort „Nothomosexualität“), diese werden aber meist nicht thematisiert und sind mit gesundheitlichen Risiken behaftet, da sie oft schambesetzt sind und ohne geeigneten Schutz stattfinden.⁴⁶ Daneben bestehen auch zum Teil erhebliche gesundheitliche Risiken durch Drogengebrauch – dieser findet zum Teil sogar illegal innerhalb der JVA statt – sowie durch das Anbringen von Piercings oder Tattoos, oftmals ohne geeignetes, steriles Gerät.

Ziele

Zugangsmöglichkeiten zu speziellen Zielgruppen zu erproben ist ein Hauptziel des GEMO-Projekts. Hierzu sind Gruppen in der JVA in besonderem Maße geeignet (*Zielsetzung Erprobung von Zugangsmöglichkeiten für sogenannte „Risikogruppen, genderspezifische Maßnahme“*).

Diese Maßnahme ist durch das neu entwickelte Konzept sowohl innovativ als auch nachhaltig, da so erstmals der Kontakt zur JVA-Schule hergestellt werden konnte und durch die positiven Rückmeldungen eine Verstärkung des Angebots bereits in Aussicht gestellt wurde (*Zielsetzung Innovation, Nachhaltigkeit*).

46 Siehe hierzu beispielsweise Fachinformationen der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. zum Thema Haft

Um sich erfolgreich vor HIV und anderen STIs schützen zu können, brauchen die Menschen neben Information auch Motivation und Verhaltensfertigkeiten wie z.B. die Fähigkeit, mit ihrem Partner über Sexualität zu sprechen.⁴⁷ Ziel der Maßnahme war es deswegen, dass die Teilnehmer nicht nur ihr Wissen erweitern, sondern auch ein Bewusstsein für die eigene Vulnerabilität entwickeln und lernen, über Sexualität und andere Themen, die ihre Gesundheit bedrohen können, zu reden. Auch über das Thema HIV hinaus sollen die Teilnehmer der Maßnahme ihr Wissen über sexuelle Gesundheit, Drogengebrauch etc. erweitern und die Fähigkeit erwerben, für ihre Gesundheit vorzusorgen (*Zielsetzung Krankheitsprävention*).

Vorgehensweise/Methodik

Inhalte der Schulung (Dauer: 1,5 bis 2 Stunden):

- Männergesundheit
- Übertragungswege von HIV
- Kondombenutzung
- Safer Use
- Mann-männliche Kontakte
- Tattoo und Piercing¹ die Frauen in Kleingruppen und im Plenum die deutschen Begriffe.

Häufig entsteht hier schon eine Diskussion über die die Begrifflichkeiten, und Auswertung. Insgesamt konnten bei zwei Veranstaltungen etwa 15 junge Inhaftierte zwischen 17 und 21 Jahren erreicht werden, davon etwa ein Drittel mit osteuropäischer Herkunft.

Der Kontakt wurde über den Sozialdienst der JVA bei einem gemeinsamen Treffen hergestellt. Dort wurde überlegt, in welchen Gruppen innerhalb der JVA dieses Angebot besonders sinnvoll sein kann.

In allen Veranstaltungen ist es gelungen, eine positive, entspannte Atmosphäre zu schaffen, die eine Auseinandersetzung mit dem Thema ermöglichte. Die Rückmeldungen waren durchweg positiv. Die Teilnehmer zeigten sich zum großen Teil interessiert und machten gut mit, zu Verweigerungen kam es praktisch nie. Die Veranstaltungen liefen in angeregtem informativem Austausch, bei dem die Anwesenden bereit waren, von sich selbst zu erzählen, Fragen zu stellen und zu diskutieren. Auch tabuisierte Themen, wie z.B. sexuelle Kontakte zwischen Männern, wurden sachlich und relativ offen thematisiert. Nach den Veranstaltungen kam es

⁴⁷ Siehe z.B. Information-Motivation-Behavioral Skills Theory (IMB-Theorie) von Fischer und Fischer im „Handbook of HIV Prevention“, Peterson, DiClemente, New York, 2000

immer wieder zu Einzelgesprächen, in denen beispielsweise nach Testmöglichkeiten gefragt wurde oder persönliche Fragestellungen angesprochen wurden.

Erfolgsfaktoren/Ratschläge für Nachahmer

Die Veranstaltungen waren unter anderem deshalb erfolgreich, weil es möglich war, alleine mit den Inhaftierten zu sprechen. Das führt zu mehr Offenheit und Abbau von Hemmungen.

Die Kooperation mit dem Sozialdienst der JVA war sehr gut, dies war an anderen GEMO-Standorten (z.B. Waldshut) leider nicht der Fall.

Wichtig ist, die Themen auf eine sachliche, nicht stigmatisierende Art und Weise zu besprechen. Es bietet sich an, dies in der Gesamtgruppe zu tun und nicht die Inhaftierten mit osteuropäischem Hintergrund gesondert zu informieren, da erstens die Themen relevant für alle sind und zweitens eine „Sondersituation“ geschaffen würde, die kontraproduktiv wäre.

Die Deutschkenntnisse der Teilnehmer waren in der Regel ausreichend, zum Teil wurde untereinander übersetzt („Peerdolmetschen“). Auch wurde bei der Durchführung darauf geachtet, immer wieder nachzufragen, ob alle inhaltlich folgen können.

Nachhaltigkeit konnte durch ein regelmäßiges Angebot erreicht werden, auch über das GEMO-Projekt hinaus, was bereits zwischen JVA und AIDS-Hilfe besprochen wurde. Der Status als „ehrenamtlicher Mitarbeiter“ der JVA ist in diesem Zusammenhang für uns als AIDS-Hilfe-Mitarbeiter sehr hilfreich.

Beispiel 6: Interkulturelle Gesprächskreise zu Gesundheitsthemen

Utta Link

Kurzbeschreibung

Die Idee, Gesprächskreise zu Gesundheitsthemen zu initiieren, wurde in Kooperation der beiden Gesundheitsprojekte beim DRK-Kreisverband Emmendingen entwickelt. Das ist zum einen das Modellprojekt GEMO und zum anderen FISTA – Fit und Stark für die Zukunft – ein Projekt zur Gesundheitsförderung für Kinder, Jugendliche und Eltern. Das niederschwellige Konzept der Gesprächskreise hatte zum Ziel, Menschen mit Migrationshintergrund für Gesundheits- und Präventionsthemen zu sensibilisieren und ihnen den Zugang zu bestehenden Angeboten näherzubringen. Die Gesprächskreise ermöglichten, sich in der Muttersprache über Gesundheitsthemen zu informieren und auszutauschen. Sie wurden von Moderatorinnen und Moderatoren geleitet und boten neben den Gesprächsrunden die Möglichkeit, in der Gruppe Infoveranstaltungen (ggf. mit Übersetzung) oder allgemeine Kurse der Gesundheitsdienste zu besuchen.

Zielgruppe

Hauptzielgruppe der Maßnahme waren in Emmendingen lebende Menschen mit Migrationshintergrund, die das bestehende Kursangebot der Gesundheitsdienste oder Bildungsträger wenig nutzen. Die Gründe dafür liegen in Sprachbarrieren und Hemmschwellen durch die als fremd erlebte Kultur in Deutschland, was besonders auch den Umgang mit Gesundheitsfragen betrifft. Die Initiierung von Gesprächskreisen in selbst organisierten Gruppen erleichtert der Zielgruppe den Zugang zu Gesundheitsthemen. Erstens können diese zweisprachig, in Deutsch und in der Muttersprache, behandelt werden. Zweitens bietet die Gruppe bei sensiblen Themen den Schutz einer relativ homogenen Enkulturation, da die Migrantengruppen sich meist nach Nationalitäten zusammenfinden. Drittens ermöglicht der Zugang die Entwicklung von bedarfsgerechten und passgenauen Angeboten, da die Auswahl der Themen von der Zielgruppe selbst getroffen wird.

Ziele

Folgende Zielsetzung wurde für die Maßnahme der Gesprächskreise formuliert:

1. Ziel ist, die Gruppen durch die Gesprächskreise für das Thema Gesundheit zu sensibilisieren. Im Austausch können die eigenen Ressourcen in dem Bereich bewusst gemacht und entwickelt werden. Dadurch werden in den Gruppen der Präventionsgedanke und die Erkenntnis gefördert, wie wichtig es ist, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Ergänzende Informationsangebote erweitern die Handlungskompetenz der Teilnehmenden im Umgang mit Gesundheitsproblemen (*Zielsetzung Empowerment*).
2. Ziel ist, durch die Gesprächskreise das Bewusstsein der eigenen Verantwortung und Kompetenz zu stärken. Die regelmäßige Beschäftigung mit dem Thema bewirkt langfristig eine Veränderung im Gesundheitsverhalten. Das erworbene Wissen und die Erfahrungen aus der Gruppe tragen die Teilnehmenden in ihre Familien. Im Sinne der Nachhaltigkeit ist Ziel der Konzeption, dass die Moderatorinnen und Moderatoren die Gesprächskreise zur Gesundheit in ihren Gruppen auch über die Projektzeit von GEMO und FISTA hinaus weiterführen können (*Zielsetzung Nachhaltigkeit*).
3. Ziel ist, im Angebot der Gesprächskreise, die Aktivitäten der beiden Gesundheitsprojekte GEMO und FISTA zusammenzuführen. Zudem wird der verbandsinterne Austausch gefördert, indem die Ressourcen des DRK für die Gruppentreffen genutzt (Räume, Geräte, Materialien) und DRK-Dienste für Informationsangebote mit eingebunden werden. Die offenen Infoabende, zu denen alle Gruppen eingeladen sind, bieten den lokalen Migrantenorganisationen ein thematisches Forum, sich zu treffen und auszutauschen (*Zielsetzung Vernetzung*).

Vorgehensweise/Methodik

Schritt 1: Das Konzept für die Gesprächskreise Gesundheit wurde in Kooperationsstreffen der DRK-Projekte GEMO und FISTA im DRK-Kreisverband Emmendingen entwickelt.

Schritt 2: Die Projektmitarbeiterinnen sprachen lokal organisierte Gruppen gezielt auf die Idee der Gesprächskreise an. Folgende Gruppen konnten gewonnen werden: Konversationskurs für Spätaussiedler/innen, Frauentreff der Migrantenorganisation „Sterne Kosovas“, informelle Mutter-Kind-Gruppe polnischer Frauen. Das Angebot wurde den Gruppen bei einem ihrer regelmäßigen Treffen vorgestellt.

Dabei wurden die Teilnehmenden nach ihrem Bedarf und nach Themenwünschen befragt. Bei Interesse der Gruppe wurden die Rahmenbedingungen für die Gesprächskreise vereinbart. Zudem wurde geklärt, wer aus der Gruppe die Leitung bzw. Moderation der Gesprächskreise übernimmt. Die Moderatorinnen erhielten für ihr Engagement eine Aufwandsentschädigung.

Schritt 3: Gemeinsam mit den Moderatorinnen wurden die ersten Gesprächskreise geplant. Von den Projektmitarbeiterinnen wurden sie in der inhaltlichen Konzeption und organisatorischen Vorbereitung der Gesprächskreise unterstützt. Sie sorgten dafür, dass Räume, Geräte und Materialien des DRK genutzt und DRK-Dienste in das Projekt eingebunden werden konnten.

Schritt 4: Die Projektmitarbeiterinnen übernahmen die Einladung von Referenten sowie die Ausschreibung der allen Gruppen offen stehenden Themenveranstaltungen durch Flyer und Pressearbeit.

Schritt 5: Angebot einer Schulung für die Moderatorinnen der Gesprächskreise.

Auswertung

Die Initiierung von Gesprächskreisen zum Thema Gesundheit ist im Konversationskurs für Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler gelungen. Dieser Kurs, der aus einem Projekt des DRK zur Entwicklung des Ehrenamts hervorgegangen ist, bestand bereits seit über 5 Jahren und trifft sich einmal pro Woche in den Räumen des DRK-Kreisverbands. Die Dozentin leitet den Kurs ehrenamtlich. Sie beteiligte sich als Teilnehmerin an den von Moderatorinnen aus der Gruppe gestalteten Gesprächskreisen. Die Moderation haben zwei Teilnehmende übernommen, die eine pädagogische Vorbildung aus dem Herkunftsland mitbrachten und daran interessiert waren, ihre Qualifikation in diesem Rahmen einbringen zu können. Der Gesundheitstreff lief einmal im Monat. Die ersten Themen bzw. Aktionen der Gruppe



waren: Hausmittel, Qigong-Schnupperkurs, Radtour, Gedächtnistraining, Entspannungstechniken. Folgende Veranstaltungen schlossen sich an:

1. Rückenschule mit einer Physiotherapeutin des Therapiezentrums Klöckner Waldkirch
2. Infoabend Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Hepatitis, HIV und andere STIs) in Kooperation mit dem Zentrum für Psychiatrie Emmendingen – es referierte ein Arzt aus einer der AIDS/HIV-Schwerpunktpraxen Freiburg
3. Infoveranstaltung zum Thema Pandemie mit dem Rotkreuz-Hygienebeauftragten des DRK-Kreisverbands Emmendingen.

Schon in dieser ersten Phase der Gesprächskreise zeigte sich deutlich der Vorteil, den die Zweisprachigkeit der Gruppe für die Teilnehmenden bietet, die Deutsch noch nicht ausreichend beherrschen. So war es allen möglich, über die Muttersprache komplexere Zusammenhänge zu klären bzw. ihre individuellen Fragen einbringen zu können.

Im Hinblick auf die formulierten Ziele des Empowerments, der Nachhaltigkeit und der Vernetzung konnte die Maßnahme Folgendes erreichen:

1. Die Teilnehmenden haben in den Gesprächskreisen ihre Ressourcen zu verschiedenen Gesundheitsthemen zusammengetragen und ausgetauscht (Hausmittel, Entspannungsübungen, Gedächtnistraining). Sie haben dabei Erkenntnis gewonnen, dass sie ein Wissen in dem Bereich besitzen, auf das sie in Zukunft stärker zurückgreifen können – jede/r für sich und im Austausch untereinander. Sie haben ein allgemeines Kursangebot besucht (Qigong), was ihnen die Gelegenheit gab, in der Gruppe eine Methode auszuprobieren. Die positive Erfahrung dieses Besuchs erleichtert den Einstieg in andere spezielle Gesundheitsangebote.
2. Der Ansatz, dass die Gruppen die Themen selbst bestimmen und die Moderierenden für die Gestaltung der Inhalte und Aktivitäten verantwortlich sind, bietet gute Chancen, dass die Maßnahme auch über die Laufzeit der DRK-Gesundheitsprojekte fortgesetzt wird.
3. Für die Initiierung der Gesprächskreise konnten die Aktivitäten der beiden DRK-Gesundheitsprojekte, GEMO und FISTA, effektiv gebündelt werden. Um den Zugang zu den Migrantenorganisationen zu bekommen, wurde die Migrationsarbeit des DRK genutzt. Für den Gesundheitstreff und die Infoabende wurden ebenfalls die Ressourcen des Kreisverbands genutzt (Räume, Geräte, Matten).

Die Initiierung von Gesprächskreisen in selbst organisierten Gruppen kann auf folgende Schwierigkeiten stoßen: Eine Gruppe für den Ansatz zu gewinnen, sich in Gesprächskreisen mit selbst gewählten Gesundheitsthemen auseinanderzusetzen, erfordert anfangs einige Überzeugungsarbeit. Beim ersten Treffen mit den Projektmitarbeiterinnen kam aus den Gruppen z.T. kaum Resonanz auf die Frage, welche Themen ihnen „auf den Nägeln brennen“. Es war zu bemerken, dass die Einstellung zum Thema Gesundheit mit einer Art Konsumhaltung verbunden ist. Für Fragen und Probleme ist das medizinische Fachpersonal zuständig. Das Bewusstsein, dass wir selbst für unsere Gesundheit aktiv werden können, ist wenig entwickelt.

Auch im weiteren Verlauf erwarteten Teilnehmende wie Moderatorinnen immer wieder Vorschläge von Seiten der Projektmitarbeiterinnen des DRK. Priorität bei der Themenauswahl hatten die Wünsche der Gruppe. Für das Ziel der Kontinuität dieser Gesprächskreise und damit der eigenverantwortlichen Beschäftigung mit Gesundheitsfragen ist aber gerade wichtig, dass die Gruppen ihre Bedürfnisse gemeinsam feststellen und formulieren. Dieser Prozess erfordert auf beiden Seiten Geduld und Ausdauer.

Erfolgsfaktoren/Ratschläge für Nachahmer

Die Erfahrung mit diesem Beispiel Guter Praxis zeigt, dass die Umsetzung in bestehenden Gruppen guten Erfolg verspricht. Gruppen speziell für die Gesprächskreise zu bilden und aufzubauen ist ein zeitintensiver Prozess, was bei einer Projektlaufzeit von 2–3 Jahren gut zu bedenken ist.

Zu den wichtigsten Faktoren für das Gelingen gehört ein klarer und überschaubarer Rahmen. Die Gruppe sollte einen festen, regelmäßigen Termin für die Gesprächskreise zur Gesundheit planen. Für die Treffen sollten Gruppenräume zur Verfügung stehen bzw. gestellt werden. Für die Infoabende und Moderatorenschulungen werden evtl. größere Veranstaltungsräume benötigt. Ein bis zwei Personen aus den Gruppen sollten in der Lage sein und sich entscheiden, die Leitung und Vorbereitung der Gesprächskreise zu übernehmen. Es ist von Vorteil, wenn die Gesundheitstreffen kontinuierlich begleitet und moderiert werden. Außerdem bedarf es einer Starthilfe und der Unterstützung in der Organisation, der inhaltlichen Gestaltung und in der Methodik. Bei der Auswahl der Inhalte sollten die Teilnehmenden zu Vorschlägen motiviert und möglichst wenig von außen eingebracht werden, um in den Gruppen den Prozess anzuregen, selbst ihren Bedarf zu ermitteln und die Themen zu bestimmen.

Beispiel 7: Peergruppe

Birgit Olbrich

Kurzbeschreibung

Die Etablierung einer ehrenamtlichen Peergruppe war eines der obersten Projektziele der AIDS-Hilfe innerhalb des GEMO-Projekts. Die Gruppe entstand schon in den ersten Monaten des Projekts und war (z.T. in wechselnder Besetzung) über die komplette Zeit des Projekts aktiv.

Die Peers waren Jugendliche osteuropäischer Herkunft, die von der AIDS-Hilfe und auf Seminaren der Deutschen AIDS-Hilfe geschult wurden. Ihre Aufgaben veränderten sich im Lauf der Projektzeit und waren abhängig von den Fähigkeiten und Neigungen der Einzelnen. Am Anfang stand eher Begleitung und Unterstützung der Hauptamtlichen bei deren Veranstaltungen im Vordergrund, mit der Zeit entwickelten die Peers zunehmend eigene Ideen und führten eigene Veranstaltungen durch, z.B. in der russischen Disco, dem russischen Laden oder im bulgarisch-rumänischen Studentenverein. Zudem standen die Peers beim Dolmetschen zur Verfügung und halfen bei Veranstaltungen der DRK-Kreisverbände.

Zielgruppe

Für die Peergruppe wurden zunächst undifferenziert „Menschen mit osteuropäischem Migrationshintergrund“ gesucht, ohne auf deren sonstige Lebenssituation zu achten. Im Lauf der Zeit zeigte sich, dass die Gruppe insbesondere für Studierende interessant war, da diese über zeitliche Ressourcen verfügen und die ehrenamtliche Tätigkeit für sie aus verschiedenen Gründen attraktiv war. Einige Peers brachten von sich aus ein Interesse am Thema mit und hatten z.T. schon in ihren Heimatländern in der AIDS-Prävention als Ehrenamtliche gearbeitet. Außerdem konnten sie über die Qualifizierungen und bei den Maßnahmen Erfahrungen sammeln, die neben ihrem Studium für ihre Berufsaussichten von Bedeutung ist.

Insgesamt waren über die Projektlaufzeit verteilt neun Peers zwischen 22 und 28 Jahren aus Russland, der Ukraine, Kasachstan, Deutschland, Bulgarien und Rumänien aktiv. Mit zwei Ausnahmen gehörten die Peers, abgesehen davon, dass sie aus Ländern stammten, in denen HIV z.T. sehr weit verbreitet ist, zu keiner besonderen Risikogruppe.

Neben den Peers selbst waren natürlich auch die Adressaten der mit den Peers gemeinsam durchgeführten Veranstaltungen Zielgruppe der Arbeit. Da diese sehr

unterschiedlich waren, kann hier keine pauschale Beschreibung gegeben werden. Es waren sowohl Veranstaltungen, bei denen ausschließlich osteuropäische Jugendliche erreicht wurden, wie auch gemischte Gruppen.

Ziele

Die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema HIV und STIs ermöglicht den Peers, sich selbst und andere besser vor HIV zu schützen und diese Fähigkeiten auch weitergeben zu können. Darüber hinaus sammeln sie Erfahrungen in der Planung und Durchführung von Veranstaltungen und lernen, als Team zu arbeiten und öffentlich aufzutreten (*Zielsetzung Empowerment*).

Durch den Einsatz von osteuropäischen Jugendlichen als Peers wird gewährleistet, dass Angehörige der Zielgruppe selbst nicht nur Adressaten, sondern auch Akteure in der HIV- und STI-Prävention sind. Sie bringen ihre spezifische Sichtweise und ihr Wissen um kulturelle und sprachliche Unterschiede in die Arbeit ein und gewährleisten so, dass die Veranstaltungen von den Adressaten besser angenommen werden und Vorbehalte abgebaut werden.

Darüber hinaus erweitern die hauptamtlichen Mitarbeitenden in der Arbeit mit den Peers ihre „Kulturkompetenz“, die sie auch für Veranstaltungen anwenden können, die ohne Peers durchgeführt werden (*Zielsetzung Partizipation*).

Aufgrund unterschiedlicher Barrieren wie mangelnde Sprachkenntnis, Misstrauen gegenüber „Behörden“, fehlendem Gefahrenbewusstsein und vielem mehr werden Teile der Zielgruppe von den üblichen Präventionsangeboten nicht oder nur schwer erreicht. Da die Peers sowohl über Sprach- und Kulturkenntnisse wie auch über Kompetenzen in der HIV/STI-Prävention verfügen, sind sie für die Arbeit mit diesen Gruppen besonders gut geeignet. Sie werden von der Zielgruppe eher als „eine der ihren“ wahrgenommen. Dadurch entsteht schneller ein Vertrauensverhältnis. Außerdem kennen sie die Vorbehalte der Zielgruppe besser und können so eher als Vorbilder fungieren. Auch bei der Erschließung neuer Zugangswege helfen diese Kompetenzen, insbesondere im Kontakt mit Migrantenorganisationen (*Zielsetzung Erreichung besonderer Zielgruppen*).

Die mit und von den Peers geplanten Veranstaltungen verfolgen den Setting-Ansatz, d.h. sie finden dort statt, wo sich die Zielgruppe aufhält, und passen sich den dortigen Rahmenbedingungen an. Dies erfordert die Kooperation mit den vorhandenen Strukturen. Dadurch werden Menschen erreicht, die nicht von selbst

die Notwendigkeit erkennen, sich über Präventionsmöglichkeiten zu informieren. Durch die Anpassung an die Gegebenheiten wird die Akzeptanz der Maßnahmen gewährleistet (*Zielsetzung Integrierte Handlungskonzepte*).

Indem die Peers Zugänge zu Migrantorganisationen schaffen, vernetzt sich die AIDS-Hilfe Freiburg nachhaltig mit diesen Organisationen. Diese lernen die Arbeit der AH kennen. Auch über das Projekt hinaus bleiben diese Vernetzungen bestehen (*Zielsetzung Vernetzung, Nachhaltigkeit*).

Vorgehensweise/Methodik

Peer Education ist eine Arbeitsmethode, die ursprünglich für Jugendliche entwickelt wurde. Der Ansatz beruht auf der Erkenntnis, dass Jugendliche durch Gleichaltrige entscheidend in ihrer Entwicklung geprägt werden und sich dadurch als Multiplikatoren für präventives Verhalten besonders gut eignen.⁴⁸ Dieser Ansatz lässt sich auch auf andere Zielgruppen übertragen, da auch für erwachsene Menschen die eigene soziale und kulturelle Gruppe eine große Rolle beim Wissenstransfer und der Entwicklung der eigenen Meinungen und Verhaltensweisen spielt. Gerade weil es beim Thema Gesundheit und Sexualität große kulturelle Unterschiede geben kann, kann die Arbeit mit geschulten Migrantinnen und Migranten den Zugang erleichtern und die Effizienz der Maßnahme erhöhen.

1. Werbung:

Die Werbung erfolgte ausschließlich über Mundpropaganda, alle Versuche, per Aushänge, Flyer etc. Ehrenamtliche zu bewerben, waren erfolglos und wurden eingestellt, sobald sich eine Gruppe gebildet hatte. Die Peers erfuhren von der AIDS-Hilfe über den Kontakt zu Betroffenen, über die Projektpartner (insbesondere die wissenschaftliche Begleitung), Freunde, die selbst Peers waren, Veranstaltungen der AIDS-Hilfe und indem sie sich selbst aus eigenem Interesse am Thema bei der AIDS-Hilfe meldeten (beispielsweise weil sie in ihrem Heimatland schon in der AIDS-Prävention als Ehrenamtliche tätig waren).

2. Schulung der Peers:

Die Peers wurden sowohl von den Mitarbeitenden der Freiburger AIDS-Hilfe wie auch durch Schulungen der Deutschen AIDS-Hilfe geschult. Da die Peers zu unterschiedlichen Zeiten zum Projekt stießen, konnte eine systematische Schulung für die ganze Gruppe nicht stattfinden, die Schulungen erfolgten eher anlassbezogen während der monatlichen Gruppentreffen oder bei Extraterminen. Außerdem wurde auf die Angebote der deutschen AIDS-Hilfe zurückgegriffen. Diese hat ein Schulungsprogramm für Ehrenamtliche, das in Wochenendseminaren nicht nur die Grundlagen zu HIV und zur Präventionsarbeit vermittelt, sondern auch spezi-



elle Seminare für die Arbeit für Migrantinnen und Migranten anbietet. Außerdem wurden die Peers geschult, indem sie bei Veranstaltungen zunächst hospitierten und später eigene Aufgaben übernahmen.

3. Einsatz der Peers:

Ideen für Veranstaltungen wurden sowohl von mir als auch von den Peers selbst eingebracht. In der Regel waren die Peers in die Konzipierung der Veranstaltungen mit einbezogen und konnten ihre Neigungen und Fähigkeiten mit einbringen. Häufig wurden die Veranstaltungen sogar erst dann angegangen, wenn es in der Gruppe Peers gab, die dafür ein Interesse zeigten.

Auswertung

Die Zielgruppe ist eine äußerst inhomogene Gruppe mit Menschen in den unterschiedlichsten Lebenssituationen, Altersstufen und mit verschiedenen Migrati-

onsgeschichten. Der Peer-Ansatz setzt jedoch gerade darauf, dass Menschen in der Präventionsarbeit eingesetzt werden, die aus einer ähnlichen sozialen Gruppe stammen. Die AIDS-Hilfe versuchte dem Rechnung zu tragen, indem sie nicht nur mit einer Peergruppe alle osteuropäischen Jugendlichen erreichen wollte, sondern an verschiedenen Stellen des Projekts Peer-Methoden einsetzte. Der Einsatz der Peers wurde daher pragmatisch gehandhabt. Einerseits entwickelten die Peers Veranstaltungen für Sub-Zielgruppen, in denen sie tatsächlich in ihrer Rolle als Peers auftraten, wie Veranstaltungen in der Disco oder im bulgarisch-rumänischen Studentenverein. Andererseits gab es immer wieder Veranstaltungen, bei denen die Peers zwar nicht im eigentlichen Sinne „Gleiche unter Gleichen“ waren, aber doch Kompetenzen mitbrachten, die ihnen den Zugang zur Zielgruppe erleichterten, z.B. Sprachkompetenzen bei den Veranstaltungen in einem russischen Laden, den eher ältere russische Migrantinnen und Migranten besuchen, oder ein ähnliches Alter und der eigene Migrationshintergrund bei Präventionsveranstaltungen für Schüler.

Im Folgenden sollen drei verschiedene Veranstaltungen und Aktionen näher beschrieben werden, bei denen die Peers tatsächlich in ihrer Rolle als Peers tätig waren.

1. Präventionsaktion in der russischen Disco:

Der Kontakt zur Disco gestaltete sich zunächst schwierig, da per Telefon oder E-Mail die Verantwortlichen nicht erreichbar waren. Deswegen ging eine Mitarbeiterin der AIDS-Hilfe und eine Peer an einem Samstagabend direkt in die Disco und versuchten, einen Verantwortlichen zu erreichen. Obwohl die Mitarbeiter der Disco alle sowohl Deutsch wie Russisch sprachen, war die Ansprache auf Russisch und von jemandem, der selbst unverkennbar aus einem russischsprachigen Land kam, sehr hilfreich. Keiner der Mitarbeiter hatte eine Vorstellung von dem, was die AIDS-Hilfe ist oder von der Notwendigkeit der HIV-Prävention. Insofern waren einige Erklärungen auf die kritischen Nachfragen über Sinn und Zweck der Aktion und Befürchtungen, dass wir Geld wollten oder die Gäste vergraulen könnten, notwendig, bevor wir die Erlaubnis erhielten.

Eine Woche später fand die erste Aktion statt. Die Peers waren durch T-Shirts erkenntlich, auf die vorne ein Virus und hinten eine Präventionsbotschaft in ihrer Muttersprache aufgedruckt war. Es wurde auf einen Stand verzichtet, anstatt dessen gingen die Peers mit Tablett umher. Beim ersten Mal wurden nur Kondome und Broschüren verteilt und auf Nachfragen Erklärungen abgegeben. Spä-

ter musste, wer ein Kondom oder einen anderen Preis wollte, eine Frage zu den Übertragungswegen von HIV beantworten. Entgegen unserer Befürchtungen waren die Besucher der Disco hierzu mehr als bereit. Immer wieder entwickelte sich daraus auch ein längeres Gespräch.

Die Umgangssprache in der Disco war überwiegend Russisch, auch wenn praktisch alle Besucher Deutsch konnten. Daher war die Ansprache auf Russisch üblicherweise erfolgreicher. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Besucher der Disco an keinem anderen Ort so leicht erreicht worden wären. Dies gilt insbesondere für diejenigen, die nicht in Deutschland zur Schule gegangen sind. Abgesehen von den Medienkampagnen der BZgA dürften sie zum Großteil noch nie mit HIV-Prävention in Berührung gekommen sein, was sich beispielsweise an ihrem z.T. mangelhaften Wissen über die Ansteckungswege oder an ihrer Verwunderung, „warum wir so etwas machen“, zeigte. Zudem ist die Disco ein Ort, der unsafes Verhalten (z.B. durch den hohen Alkoholkonsum) befördert.

Auch wenn Aktionen in der Disco keine umfassenden Präventionsbotschaften vermitteln können, wurden die Teilnehmer für das Thema sensibilisiert, konnten Fragen stellen und sich über die Infobroschüren informieren. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine solche Aktion ohne den Einsatz der Peers nur schwer möglich gewesen wäre, weil die Vorbehalte von Seiten der Discobetreiber groß waren und auch die Besucher über ihre Muttersprache deutlich besser angesprochen werden konnten.

2. Health Support auf Russisch und Ukrainisch über schwules Internetportal Gay Romeo:

Da einer der Peers schwul ist, lag es nahe, ihn auch in diesem Bereich einzusetzen. In der offenen schwulen Szene in Freiburg sind praktisch keine osteuropäischen Migranten anzutreffen. Da Homosexualität bei osteuropäischen Migranten sehr häufig ein Tabuthema ist, outen sich sehr wenige von ihnen. Daher entstand die Idee, ihn in der Prävention über das Internet einzusetzen.



Gay Romeo ist ein Internetportal für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), das Ähnlichkeiten mit Facebook hat, aber darüber hinaus auch zur Anbahnung von sexuellen Kontakten dient. Die Seite ist mehrsprachig (u.a. auch russisch), wird aber in Russland im Gegensatz zu Deutschland weniger genutzt. Auch wenn hierüber kein gesichertes Wissen vorhanden ist, kann aufgrund der Sprachangaben der angemeldeten User davon ausgegangen werden, dass in Deutschland auch Menschen mit osteuropäischem Migrationshintergrund aktiv sind. Da die Seite Anonymität gewährleistet, sind auch Männer aktiv, die sich nicht als homosexuell outen.

Die Deutsche AIDS-Hilfe betreibt seit einiger Zeit auf Gay Romeo einen so genannten „Health Support“. Dort können Fragen zu Gesundheitsthemen (vor allem STIs und HIV) anonym gestellt werden und werden von speziell geschulten Beratern beantwortet, die in der Regel Mitarbeiter von AIDS-Hilfen sind. Dieses Angebot ist normalerweise auf Deutsch, die Berater können aber auch andere Sprachen angeben, auf denen sie Beratung anbieten. Eine russische Beratung war bisher nicht vorhanden

Über GEMO konnte jetzt Beratung auf Russisch und Ukrainisch angeboten werden. Da ein Mitarbeiter des GEMO-Projekts selbst als Berater aktiv ist, konnte er den Peer einlernen.

3. Veranstaltung zum Thema HIV und STIs im Studentenverein Gryphon:

Zwei der Peers wurden über eine Befragung, die die Katholische Hochschule im Rahmen des Projekts bei Migrantenorganisationen durchgeführt hat, gewonnen. Sie sind in einem bulgarisch-rumänischen Studentenverein aktiv. Dieser bietet einerseits einen Treffpunkt für Studierende aus diesen Ländern und hat dadurch auch den Charakter einer Art Selbsthilfegruppe, in der Informationen zum Studieren in Deutschland weitergegeben werden. Andererseits hat er das Ziel, die deutsche (studentische) Gesellschaft über die beiden neuen EU-Mitgliedsstaaten Bulgarien und Rumänien zu informieren und das öffentliche Bild dieser Länder dadurch zu verändern.

Zusammen mit einer hauptamtlichen Mitarbeiterin der AIDS-Hilfe konzipierten die beiden Peers eine Präventionsveranstaltung. Die Mitarbeiterin hielt sich bei der Auswahl der Themen bewusst zurück, unterstützte die Peers jedoch bei der Ausarbeitung und übernahm auf deren Wunsch auch einen Teil des Vortrags. Die Veranstaltung hatte drei inhaltliche Schwerpunkte: deutsches Gesundheitssystem (insbesondere in Bezug auf ausländische Studierende), HIV und STIs. Die Veranstaltung wurde vor allem in und um den Verein beworben, so dass alle

Teilnehmenden Studierende aus Bulgarien und Rumänien waren. Sie war gut besucht und zeichnete sich von Anfang an durch eine sehr offene und interessierte Atmosphäre aus. Obwohl die Veranstaltung nur auf zwei Stunden angesetzt war, dauerte sie am Ende drei, weil die Teilnehmer so viele Fragen hatten.

Auch bei dieser Veranstaltung kann davon ausgegangen werden, dass sie ohne die Peers nicht stattgefunden hätte und dass die offene Atmosphäre ihren Grund vor allem in der Bekannt- und Vertrautheit von zwei der drei Referentinnen lag. Dadurch konnte durch die Veranstaltung nicht nur Informationen vermittelt werden, sondern auch eine persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema in Gang gesetzt werden, die für die Umsetzung des Wissens notwendig ist.

Erfolgsfaktoren/Ratschläge für Nachahmer

Wie oben genannte Beispiele zeigen, gibt es für den Einsatz der Peers kein planbares Schema. Ihr Einsatz hängt von ihren Fähigkeiten, ihrem sozialen Hintergrund und ihren Neigungen ab. Sie sind immer dort besonders gut einsetzbar, wo sie der Zielgruppe besonders nahe stehen und sich die Teilnehmer der Veranstaltungen mit ihnen identifizieren können.

Beispiel 8: Gesundheitsvorsorge und HIV/AIDS-Prävention in einer albanischen Frauengruppe innerhalb der Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer (MBE)

Martina Eichert-Armbruster

Kurzbeschreibung

Beim DRK-Kreisverband Freiburg war geplant, Zugänge zur Zielgruppe über die bestehenden Dienste zu erproben. Durch die Anbindung des GEMO-Projekts an die seit 2005 bestehende Migrationsberatung konnten die dort schon bestehenden Strukturen und Kontakte positiv für die Zugangsmöglichkeiten zur Zielgruppe genutzt werden.

Gegründet wurde durch die MBE-Mitarbeiterin eine Frauengruppe mit Teilnehmerinnen aus Albanien und dem Kosovo. Von Anfang an war eine Sprachmittlerin mit einbezogen, die nicht nur bei den Gruppentreffen übersetzte, sondern auch ergänzende Aufgaben übernahm, wie z.B. die Einladungen zu übermitteln und die Frauen zur Teilnahme zu motivieren. Die Sprachmittlerin wurde von allen teilnehmenden Frauen akzeptiert.

In der Gruppe wurden Themen zur Gesundheitsprävention wie z.B. Ernährung, Impfung, Schweinegrippe, Rückengesundheit und Frauengesundheit bearbeitet. Als Örtlichkeit für die Gruppentreffen wurde vor allem das Büro der Migrationsberatung gewählt. Das Büro ist (fast) allen durch Einzelberatungen bekannt, und so konnte eine vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen werden. Einige Termine fanden in einem größeren Raum des DRK-Gesundheitszentrums statt. Dies waren Termine, bei denen körperliche Aktivitäten mehr im Vordergrund standen.

Für die Einheiten Rückenschulung konnte eine erfahrene Mitarbeiterin aus dem FLUG-Projekt gewonnen werden.⁴⁹

Die AIDS-Hilfe Freiburg führte eine Veranstaltung zu den Themen Frauengesundheit und HIV/AIDS-Prävention durch.

Miteinbezogen wurde auch die Familienbildung des DRK-Kreisverbandes Freiburg, hier wurde eine Einheit zum Thema „Grenzen setzen“ angeboten.

Die Themen der Gruppentreffen waren: Frauengesundheit, HIV/AIDS-Prävention, Impfungen, Ernährung, Schweinegrippe, Erziehungsfragen.

49 Modell-Projekt „Flucht und Gesundheit“ – Ein EFF-gefördertes Projekt für die Zielgruppe Flüchtlinge in Kooperation mit dem Landesverband Badisches Rotes Kreuz, den DRK-Kreisverbänden Freiburg, Offenburg und Villingen-Schwenningen und der AIDS-Hilfe Freiburg.

Zielgruppe

Die durchschnittliche Teilnehmerzahl lag bei ca. 10 Frauen. Zwei Frauen brachten ihre Kinder mit. Die Frauen kamen aus dem Kosovo und Albanien, alle sprachen Albanisch. Die Frauen hatten unterschiedliche Aufenthaltstitel, Frauen mit Duldung, mit Aufenthaltserlaubnis oder Niederlassungserlaubnis. Alle Frauen waren schon über 6 Jahre in Deutschland. Insgesamt waren alle Frauen verheiratet und hatten Kinder.

Die Zielgruppe war teilweise durch Einzelberatungen in der MBE bekannt und konnten daher persönlich angesprochen und eingeladen werden. Diese Frauen wurden gezielt angesprochen und eingeladen.

Ziele

Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung beschreibt Gesundheitsförderung als einen Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen soll. Das Ziel dieses Prozesses ist die Gewinnung eines umfassenden seelischen, körperlichen und sozialen Wohlbefindens.⁵⁰ Um dieses zu erreichen, werden die Ressourcen von Menschen gestärkt und gefördert.⁵¹ In der Ottawa-Charta wurden fünf Handlungsebenen bzw. -bereiche der Gesundheitsförderung entwickelt. Zu diesen Bereichen gehört u. a. die Entwicklung persönlicher Kompetenzen.

Davon ausgehend war es das zentrale Ziel, bei den Frauen einen Bildungsprozess zu initiieren, der Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen umfasst. Es wurde damit begonnen, was die Teilnehmerinnen bereits mitbringen. Es sollte auf die bestehenden Erfahrungen aufgebaut werden. Sie sollten ermutigt werden, aktiv und bewusst mit der eigenen Gesundheit umzugehen, individuelle Risikofaktoren sollten wahrgenommen werden. Migrantinnen haben aufgrund ihres kulturellen Hintergrundes eine andere Auffassung von Gesundheit und Krankheit, diese Vorstellungen sollten diskutiert, dargestellt und ergänzt bzw. durch Wissenserweiterung evtl. auch verändert werden (*Zielsetzung Gesundheitsförderung, Empowerment, Partizipation*).

Durch die Möglichkeit, die eigenen Erfahrungen, Gedanken und Gefühle mitteilen und einbringen zu können, bestand die Möglichkeit, bisherige Sichtweisen zu

50 Siehe WHO 1986

51 Siehe WHO 1986 und Altgeld, T./Kolip, P.: Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K./Klotz, T./Haisch, J. (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 41–51). Bern 2004

überdenken und gegebenenfalls auch zu verändern – Verhaltensänderungen, die sich positiv auf die eigene Gesundheit auswirken können (*Zielsetzung Gesundheitsförderung, Empowerment, Partizipation*).

Vorgehensweise/Methodik

Besonders wichtig war die Wahl der Ansprache: Die Frauen wurden zu jedem Treffen persönlich, telefonisch oder per Post eingeladen.

Da in vielen Ländern der Welt Kommunikation mit Essen und Trinken verbunden ist, gab es bei den Gruppentreffen zunächst immer einen kleinen Imbiss mit Getränken. Die erste halbe Stunde verbrachten wir dann mit intensivem „Small Talk“. Dadurch entstand eine einladende und vertrauensvolle Atmosphäre.

Der nächste Schritt war in der Regel ein Brainstorming zum Thema. Dies bot eine gute Möglichkeit, ins Thema einzuführen und ein Gefühl für den Wissensstand der Gruppe zu bekommen. Hilfreich für den Gruppenprozess war die Einhaltung allgemeiner Gruppenregeln, niemand darf ausgelacht werden, niemand wird gezwungen, etwas zu sagen, es redet immer nur eine Person, alles Gesagte bleibt im Raum.

In Form eines Gespräches oder Kurzvortrages mit Informationskärtchen oder einem Wissensquiz wurden die weiteren Inhalte vermittelt. Am Ende war immer noch die Möglichkeit zur Diskussion, dadurch konnten die vermittelten Inhalte erörtert, hinterfragt und besser aufgenommen werden. Wichtig war dabei die aktive Einbeziehung aller Anwesenden.

Beispiel Gruppenstunde Impfung:

Lernziel: Die Frauen erfahren, welche Impfungen empfohlen werden. Sie finden heraus, gegen welche Krankheiten sie und ihre Familie schon geimpft sind und welche Krankheiten sie schon hatten. Die Frauen erarbeiten, welche Impfungen noch wichtig für sie und ihre Familie sind.

Material: Kärtchen, Stifte, Impfkalender, Impfpass, Informationen zu den verschiedenen Impfungen (BZgA, z.B.: Kleiner Piks mit großer Wirkung), Flyer zu HPV Impfung.

Ablauf:

- Begrüßungscafé
- Small Talk

- Einführung in das Thema: Welche Impfungen sind bekannt? Welche sind schon gemacht worden?
- Die Frauen berichten.
- Die Antworten werden auf die Kärtchen geschrieben.
- Zu jeder Impfung, die angesprochen wurde, werden dann die Informationen gesammelt und von der Gruppenleitung ergänzt.
- Impfungen, die nicht angesprochen wurden, werden ergänzt.
- Der Impfkalender wird vorgestellt und besprochen.
- Impfpass wird vorgestellt und besprochen.
- Diskussion und Austausch

Auswertung

Ein wichtiges Kriterium für die Erreichung der angestrebten Ziele war die Reaktion der Frauen selbst. Beeindruckend war, wie sich die Frauen bei den Angeboten eingebracht haben, welche Fragen sie gestellt haben und wie sie mit ihren privaten und intimen Anliegen, Ängsten und Ansichten ihr Interesse an den Themen gezeigt haben. Ein Indiz ist auch die rege Teilnahme an den Veranstaltungen. Im



Laufe der Angebote wurde die Gruppe auch immer offener untereinander. Die Themenvermittlung hat sich immer am aktuellen Wissensstand der Gruppe orientiert.

Neben dem Einsatz der muttersprachlichen Dolmetscherin waren auch die strukturellen Rahmenbedingungen wichtig, die Gruppenleitung war durch die Einzelberatung bekannt und die Räumlichkeiten im Vorfeld vertraut, dadurch konnte die Gruppe so schnell zusammenfinden und vertraut zusammenarbeiten.



Folgende Materialien und Unterlagen der BZgA sind geeignet für die Gesundheitsgruppen:

- Was Sie über die Neue Grippe („Schweinegrippe“) wissen müssen – Faltblatt
- Impfung gegen die Neue Grippe („Schweinegrippe“)
- Selbstverteidigung gegen Grippe – neun Techniken, sich und andere zu schützen – Faltblatt
- BZgA-Bürgerinformation 03/2009 – Schweinegrippe: Empfehlungen zum Verhalten im Verdachts- und Krankheitsfall
- Ernährung und Gesundheit (5.–10.)
- Essgewohnheiten
- Impfungen – sicherer Schutz vor Infektionskrankheiten
- Infos zum Impfen – kleiner Piks mit großer Wirkung
- Impfkalender – deutsch

Beispiel 9: Fortbildung „Dolmetschen im Gesundheitswesen für die ehrenamtlichen Sprachmittler im Landkreis Konstanz“

Natascha Garvin Barba, Julia Sommer, Birgit Olbrich

Kurzbeschreibung

Die Fortbildung zum Thema „Dolmetschen im Gesundheitswesen“ wurde für eine im Landkreis Konstanz bestehende Gruppe von Migrantinnen und Migranten angeboten, die im Projekt „Ehrenamtliche Sprachmittler“ tätig sind. Kooperationspartner waren mit dem GEMO-Projekt der DRK-Kreisverband Landkreis Konstanz e.V. und die AIDS-Hilfe Freiburg e.V. sowie die im Projekt „Ehrenamtliche Sprachmittler“ kooperierenden Institutionen mit der Integrationsbeauftragten der Stadt Konstanz, der Fachstelle für Bürgerschaftliches Engagement des Landkreises Konstanz. Die Veranstaltung wurde in die bestehende Struktur von halbjährlich bis jährlich stattfindenden Fortbildungen für die Ehrenamtlichen Sprachmittlerinnen und Sprachmittler eingepasst. Das Programm wurde von DRK und AIDS-Hilfe in Absprache mit den Ansprechpartnerinnen der oben genannten Institutionen ausgearbeitet. Es beinhaltete Informationen zum deutschen Gesundheitswesen und zu den Möglichkeiten der Selbsthilfe, einen Workshop zum Dolmetschen im Gesundheitsbereich mit Schwerpunkt auf psychischen Erkrankungen und einen Teil über HIV/AIDS. Die Referentinnen und Referenten wurden von DRK und AIDS-Hilfe gewonnen, wobei die AIDS-Hilfe Freiburg als Projektpartner und die AIDS-Hilfe Konstanz als projektexterner Kooperationspartner jeweils selbst eine Referentin stellten. Die Organisation der Veranstaltung übernahm das DRK mit Unterstützung der Projektleitung der „Ehrenamtlichen Sprachmittler“. Dazu gehörten die Einladung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und die Dokumentation der Veranstaltung.

Die Fortbildung wurde ganztägig an einem Samstag durchgeführt, da viele der Ehrenamtlichen Sprachmittler berufstätig sind. Als Veranstaltungsort wurde ein Raum der Volkshochschule gewählt. Um der Fortbildung einen angemessenen Rahmen zu geben, wurde für die Teilnehmenden Verpflegung organisiert, Tagungsmappen zusammengestellt und Teilnahmebestätigungen überreicht.

Zielgruppe

Zielgruppe der Maßnahme waren die Teilnehmenden im Projekt „Ehrenamtliche Sprachmittler“. Bedingung für die Aufnahme in dieses Projekt ist eine sehr gute Beherrschung sowohl der deutschen als auch der Herkunftssprache und eine

gute Alltagsorientierung in Deutschland. Außerdem waren diese Ehrenamtlichen Schlüsselpersonen, die sich für andere Menschen mit Migrationshintergrund einsetzen und bei der Integration in Deutschland behilflich sind.

Insgesamt nahmen 25 Ehrenamtliche Sprachmittlerinnen und Sprachmittler aus 18 Herkunftsländern an der Veranstaltung teil, davon 21 Frauen. Aus osteuropäischen Ländern stammten 14 Personen. Das Altersspektrum reichte von 25 bis 66, mit einem Mittelwert von 41 Jahren.⁵² Der formale Bildungsstand war bei dieser Gruppe hoch: 17 Teilnehmer/innen haben Abitur oder Fachhochschulreife. Die berufliche Situation entsprach ebenfalls den Erwartungen: 16 Teilnehmer/innen sind berufstätig.

Ziele

Hauptziel der Fortbildung war es, den Teilnehmenden gesundheitsrelevante Informationen, insbesondere zum Thema HIV/AIDS zu bieten und ihnen gleichzeitig die Möglichkeit zu Austausch und Reflexion zu geben, um so zu einer qualitativen Verbesserung ihrer Sprachmittlungstätigkeit im medizinischen Bereich beizutragen. Außerdem sollte ihnen das Thema HIV/AIDS und der aktuelle Wissensstand darüber (wieder) ins Bewusstsein gerufen werden, um sie so als Multiplikatoren zu gewinnen (*Zielsetzung Multiplikatoren-schulung, Empowerment, Qualifizierung*).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten zwar keine Möglichkeit, Einfluss auf die inhaltliche Gestaltung des Programms zu nehmen, aber alle Referentinnen und Referenten wurden gebeten, möglichst partizipative Methoden zu wählen und die Teilnehmenden einzubeziehen. Außerdem konnten sich diese jederzeit mit Fragen und Diskussionsbeiträgen einbringen und nahmen diese Möglichkeit auch in hohem Maße wahr (*Zielsetzung Partizipation*).

Innovativ waren an dieser Maßnahme die Mischung aus vielfältiger Informationsvermittlung und der Bezug zur konkreten Praxis der Sprachmittlung durch verschiedene Übungen. Nachhaltigkeit wurde in Bezug auf die Verbesserung der Sprachmittlung durch fachliche Informationen und Reflexionen über die Besonderheit von Sprachmittlungssituationen im medizinischen Kontext angestrebt. Diese Qualifizierung zielte darauf ab, dass das Wissen an andere Migrantinnen und Migranten weitergegeben wird und damit dazu beiträgt, diesen den Zugang zum deutschen Gesundheitswesen zu erleichtern (*Zielsetzung Innovation und Nachhaltigkeit*).

⁵² Diese und die folgenden Angaben zu den Teilnehmenden und ihrer Bewertung der Veranstaltung wurden den Teilnehmerbögen entnommen.

Die Vernetzung der Projektverantwortlichen hat den Zugang zu dieser bereits gut organisierten Zielgruppe ermöglicht. Gleichzeitig wurden zwei Projekte mit unterschiedlichen Inhalten zusammengeführt und das Netzwerk mit neuen Partnern und neuen Themen erweitert (*Zielsetzung Netzwerkarbeit, Zugänge erproben*).

Übertragbar ist die Maßnahme in mehrfacher Hinsicht: Zum einen liefert sie Erkenntnisse bzgl. der inhaltlichen Gestaltung von Dolmetscherschulungen und der Möglichkeiten, das Thema HIV/AIDS in diesem Rahmen zu platzieren, zum anderen zeigt sie, dass die Anbindung an bereits bestehende Organisationsstrukturen ein nicht zu unterschätzender Erfolgsfaktor ist.

Vorgehensweise/Methodik

Die Teilnehmerinnen/Teilnehmer wurden persönlich mit einem Flyer eingeladen. Der Raum war mit Sitzreihen bestuhlt sowie mit Tischgruppen ausgestattet, sodass ohne großen Aufwand von Vortrag zu Gruppenarbeit gewechselt werden konnte.

Inhaltlich war die Fortbildung folgendermaßen aufgebaut:

1. Informationen über das Gesundheitssystem in Deutschland:

Dieser Teil wurde von einem Referenten von der AOK Konstanz übernommen. An Hand einer PowerPoint-Präsentation informierte er über das soziale Sicherungssystem in Deutschland, über Arten der Krankenversicherung, Leistungen



und Beiträge, den Gesundheitsfonds sowie über Versicherungsmöglichkeiten für Grenzgänger, ein Thema, das in der Konstanzer Region viele Menschen betrifft. Ein großer Informations- und Diskussionsbedarf war vor allem bei der Frage nach sinnvollen Vorsorgeuntersuchungen und damit verbunden mit der Frage der Kostenübernahme festzustellen, d.h. dass das Thema Gesundheitsprävention an dieser Stelle intensiv thematisiert wurde.

2. Bericht über Möglichkeiten und Grenzen der Selbsthilfe:

Der Referent für dieses Thema ist selbst Leiter mehrerer Selbsthilfegruppen und Mitglied im Sprecherrat des Selbsthilfenetzwerks „kommit“ im Landkreis Konstanz. Er erläuterte die Hintergründe der Entstehung von Selbsthilfegruppen, Aufgaben der Selbsthilfearbeit sowie deren Möglichkeiten, Chancen und Grenzen und stellte das Selbsthilfenetzwerk „kommit“ vor. Da der Referent selbst aktiv in dieser Arbeit tätig ist, hatte der Vortrag den Charakter eines Erfahrungsberichts und bot auf anschauliche Weise Einblick in die Praxis der Selbsthilfearbeit. Außerdem wurde durch diesen Beitrag eine Möglichkeit des Empowerments von Betroffenen vorgestellt.

3. Workshop zu Sprachmittlung im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen:

Im Workshop sollten die Teilnehmenden zur Reflexion über kulturelle Unterschiede im Hinblick auf psychische Erkrankungen und über deren Konsequenzen für die Sprachmittlertätigkeit angeregt werden. Referent war ein Psychologe der Sektion Epidemiologie und Versorgungsforschung der Universitätsklinik Freiburg mit eigenem Migrationshintergrund und Forschungsschwerpunkt im Bereich Migration und Gesundheit. Neben der Vorstellung einiger aktueller Studien wurden die Themen Schizophrenie, alkoholbezogene Erkrankungen und Depressionen vorgestellt und diskutiert. Schwerpunkt bildete das Thema Depression in seinen kulturellen Dimensionen. Verschiedene Übungen wurden dazu durchgeführt, welche die unterschiedlichen Konnotationen der Bezeichnungen deutlich machten, bis hin zu Sprachen, in denen es keine eigene Bezeichnung dafür gibt. Schließlich wurden das euro-amerikanische und das afrikanisch-asiatische Behandlungskonzept bei Depressionen einander gegenübergestellt und die Wichtigkeit transkultureller Kompetenz bei der Behandlung von Depressionen erläutert, wobei auch noch einmal die Rolle von Sprach- und Kulturmittlern hervorgehoben wurde.



4. Aktuelle Informationen zu HIV/AIDS und Workshop zum Umgang mit dem Thema in der Sprachmittlung:

Den letzten Block leiteten die Referentinnen der AIDS-Hilfen Konstanz und Freiburg. Die AIDS-Hilfe Konstanz war zwar kein Projektpartner, ihre Einbindung war jedoch wichtig, damit die Dolmetscher die lokalen Akteure kennen lernen, für die sie später möglicherweise dolmetschen. Sie stellte den aktuellen medizinischen Wissensstand über HIV/AIDS vor. Mit interaktiven Methoden wurden die Teilnehmenden zum Austausch über den Umgang mit HIV/AIDS in ihren Herkunftsländern angeregt (Flüstergruppen). In Rollenspielen wurden Sprachmittlungssituationen mit HIV-positiven Patienten nachgestellt. Die Erfahrungen bei den Rollenspielen wurden im Anschluss im Plenum diskutiert. Hier wurde deutlich, dass das Rollenspiel in hohem Maße geeignet ist, sich in intensiver und emotionaler Art und Weise mit dem Thema HIV auseinanderzusetzen und einen zumindest hypothetischen Selbstbezug herzustellen.

Auswertung

Als positive Resonanz auf die Veranstaltung lassen sich die aktive Mitarbeit der Beteiligten und die angeregten Diskussionen bewerten. Dies wird durch die Ergebnisse der Evaluationsbögen bestätigt: 73% gaben eine sehr positive, 23%

eine weitgehend positive Bewertung ab. 90% gaben an, Neues zum Thema erfahren zu haben, 84% empfanden die Atmosphäre als sehr angenehm.

Um eine Prognose bzgl. der nachhaltigen Wirkung der Veranstaltung aufstellen zu können, sind die Frage nach dem Selbstbezug und nach dem geplanten Umgang mit dem Thema aufschlussreich: Der Aussage „Das Thema hat etwas mit mir selbst zu tun“ stimmte die Hälfte der Teilnehmenden absolut oder ziemlich zu. Da bei der Veranstaltung nicht nur das Thema HIV angesprochen wurde, sondern weitere Gesundheitsthemen, ist hier kein Rückschluss auf den Selbstbezug beim Thema HIV möglich. Allerdings sind psychische Krankheiten auch häufig tabuisiert, sodass dieses Ergebnis nicht zu negativ zu bewerten ist, vor allem in Kombination mit der Aussage „Ich werde das, was ich heute erfahren habe, auch umsetzen“, der alle „voll und ganz“ oder „ziemlich“ zustimmten.

Noch wichtiger für die Messung der Zielerreichung ist die Frage, ob sich die Teilnehmenden vorstellen könnten, das Thema weiter bekannt zu machen, d.h. als Multiplikator tätig zu werden. Hier stimmten 46,2% voll und ganz zu und 19,2% ziemlich. Zwar ist auch hier nicht ersichtlich, wie viele der Antworten sich auf das Thema HIV beziehen, dennoch ist das Gesamtergebnis positiv. Noch deutlicher wird dies bei der Anschlussfrage, ob die Veranstaltung für Multiplikatoren hilfreich war. Darauf antworteten 69,2% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer uneingeschränkt mit Ja, 19,2% eingeschränkt.

Nachhaltigkeit

Besonders erfreulich war, dass, obwohl die Dolmetscherschulung ursprünglich als einmalige Fortbildung geplant war, zwei Folgeveranstaltungen durchgeführt werden konnten. Damit wurde zum einen dem von den Teilnehmenden der ersten Dolmetscherschulung geäußerten Wunsch nach mehr Praxisbezug Rechnung getragen. Zum anderen ergab sich eine weitere Kooperation – mit dem EU-geförderten Projekt „Integration und Sucht“ der Universität Konstanz und des Zentrums für Psychiatrie Reichenau. Diese Kooperation ermöglichte, auf die bei den Projektmitarbeitern und -mitarbeiterinnen vorhandenen Erfahrungen und Kompetenzen zurückzugreifen und den Teilnehmerkreis auf den Dolmetscherpool des ZPR zu erweitern. Da eine niedrige Teilnehmerzahl für eine praxisorientierte Veranstaltung wesentlich ist, wurde der Workshop zweimal angeboten. An den Workshops nahmen einmal 14 und einmal 16 Personen teil, davon insgesamt 14 aus Osteuropa. Auch diese Veranstaltungen wurden in den Evaluierungsbögen sehr gut bewertet.

Erfolgsfaktoren/Ratschläge für Nachahmer

Zusammenfassend können folgende Faktoren für den Erfolg der Veranstaltung festgehalten werden:

1. Die Kooperation mit einem bestehenden Projekt ermöglichte den Zugang zur Zielgruppe und erleichterte die Organisation der Veranstaltung.
2. Der Zugang wurde außerdem dadurch erleichtert, dass es sich um eine organisierte Gruppe mit stabilen Strukturen und außerdem um gut integrierte Migrantinnen und Migranten handelte.
3. Die Auswahl der Referentinnen und Referenten ermöglichte es, ein breites Spektrum an Themen abzudecken, und stellte ein hohes inhaltliches Niveau sicher.
4. Die weitgehend partizipative Gestaltung der Beiträge förderte die aktive Teilnahme aller Beteiligten.
5. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden als ehrenamtlich tätige Sprach- und Kulturexperten angesprochen und wertgeschätzt und nicht als „Problemgruppe Migranten“. Dazu trug auch der Rahmen der Veranstaltung bei.

Beispiel 10: Mini-Peer-Projekt zum Thema HIV und STIs mit jungen Erwachsenen in berufsvorbereitenden Maßnahmen

Utta Link, Birgit Olbrich

Kurzbeschreibung

Peer Education ist ein Ansatz der sozialen Gruppenarbeit, der für die Sexualpädagogik und HIV-Prävention besonders geeignet ist. Die Gruppe der Gleichaltrigen hat für Jugendliche und junge Erwachsene eine wichtige Funktion bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, gerade auch in der sexuellen Entwicklung. Dies gilt im Besonderen für Jugendliche mit Migrationshintergrund, die in Gleichaltrigen ein Gegenüber finden, welches ähnlich wie sie selbst in einem Spannungsfeld zwischen den Normen und Werten der Herkunftskultur und der deutschen Mehrheitsgesellschaft aufwachsen.⁵³

Ziel des Mini-Peer-Projekts war es, gerade diese Jugendlichen zu erreichen. Deshalb wurden die Anforderungen an die Teilnehmenden, an ihre Fähigkeiten und

53 Vgl. Nörber 2004

Ressourcen angepasst und ein niedrighschwelliger Zugang gewählt. Die Maßnahme der Projektpartner des DRK-Kreisverbands Emmendingen und der AIDS-Hilfe Freiburg wurde in Kooperation mit dem Bildungsträger IFAS in Emmendingen durchgeführt, der im Auftrag der ARGE junge Erwachsene auf dem Weg in die berufliche Ausbildung unterstützt. Ein Großteil der Berufsvorbereitungsklasse U 25 hat Migrationshintergrund, u. a. aus Staaten des ehemaligen Jugoslawiens und der ehemaligen Sowjetunion.

Im Rahmen des Modellprojekts GEMO wurden drei Mini-Peer-Schulungen mit jeweils unterschiedlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgeführt: Eine erste Schulung mit dem Schwerpunktthema HIV/AIDS und eine zweite Schulung zu verschiedenen sexuell übertragbaren Krankheiten (STI), die dritte kombinierte beide Themen. Die Teilnahme war für die jungen Erwachsenen freiwillig und fand an vier Vormittagen während der üblichen Schulzeit statt. Neben der Wissensvermittlung über HIV und STIs stand die Auseinandersetzung mit verschiedenen Aspekten der Sexualität im Focus. Außerdem wurde von den Teilnehmenden eine eigene Veranstaltung geplant und eingeübt. Veranstaltungsort waren die AIDS-Hilfe Freiburg und der DRK-Kreisverband Emmendingen. Nach vier Schulungstagen führten die Teilnehmenden ihre in der Schulung geplante Veranstaltung durch und erhielten ein Zertifikat. Im Anschluss hatten sie die Möglichkeit, weiterhin bei Präventionsveranstaltungen der AIDS-Hilfe in Schulen und Jugendhäusern mitzuwirken.

Die Projektmitarbeiterin des DRK-Kreisverbands hatte den Kontakt zum Kooperationspartner IFAS hergestellt und die Organisation und Öffentlichkeitsarbeit rund um das Mini-Peer-Projekt übernommen. Die Projektmitarbeiterin der AIDS-Hilfe Freiburg war für die inhaltliche Konzeption und Durchführung der Schulungen verantwortlich und begleitete die Veranstaltungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Zielgruppe

Die Zielgruppe waren sozial benachteiligte junge Erwachsene mit Migrationshintergrund, die durch eine ARGE-Bildungsmaßnahme einen Ausbildungsplatz suchten.

In der Entwicklung ihrer eigenen sexuellen Identität sind diese jungen Erwachsenen besonders gefordert. Sie erfahren von ihren Eltern unter Umständen Normen und Bewertungen von Sexualität, die stark abweichen von denen der Mehrheitsgesellschaft. Damit stehen sie vor der Aufgabe, ihren eigenen Standpunkt zu fin-

den. Die klassische HIV-Prävention in der Schule klammert den kulturellen Hintergrund von Zugewanderten häufig aus und erreicht diese dadurch schlechter.

Der Zugang erfolgte über die Dozentin der Berufsvorbereitungsklasse beim Bildungsträger IFAS in Emmendingen. Die Teilnehmenden der berufsvorbereitenden Maßnahme U 25 sind junge Frauen und Männer im Alter zwischen 17 und 25 Jahren. Durch das Interesse der Lehrerin an der Kooperation mit dem Projekt GEMO wurde es möglich, junge Migrantinnen und Migranten zu erreichen, die über offene Gruppenangebote nicht erreichbar gewesen wären.

Außerdem konnten durch den Einsatz der Mini-Peers bei Veranstaltungen der AIDS-Hilfe weitere Jugendliche mit Migrationshintergrund angesprochen werden. Diese Jugendlichen stellen die zweite über das Projekt der Mini-Peers erreichte Zielgruppe dar.

Ziele

Neu am Ansatz des Projekts war, über die Kooperation mit dem Bildungsträger einen Zugang zu erproben, um junge Erwachsene mit Migrationshintergrund in ihrer aktuellen Lebenssituation zu erreichen. Gemeinsam mit der Leitung der Klasse konnten die Teilnehmenden im Rahmen ihrer berufsvorbereitenden Maßnahme für eine Multiplikatorenschulung bei der AIDS-Hilfe gewonnen werden. Beide Seiten versprachen sich einen Gewinn aus dem Kooperationsprojekt: das Projekt GEMO wollte in der Berufsvorbereitungsklasse die Zielgruppe für eine weiterführende Maßnahme zur HIV-Prävention erreichen. Der Bildungsträger verfolgte die Absicht, dass die jungen Erwachsenen im Projekt Arbeitsweisen wie z.B. Projektarbeit, Arbeiten im Team, Präsentationstechniken, Verantwortung zu übernehmen einüben, die ihre Chancen auf dem Ausbildungsmarkt verbessern (*Zielsetzung Innovation*).

Die Teilnehmenden sollten dazu befähigt werden, sich vor HIV und anderen STIs zu schützen und fachlich fundierte Informationen zu diesem Thema weiterzugeben. Die Information-Motivation-Behavioral-Skills-Theory (IMB-Theorie) geht von verschiedenen Faktoren aus, die dazu notwendig sind:

- Information: Grundlegendes Wissen über die Krankheiten, über Ansteckungswege und Schutzmöglichkeiten,
- Motivation: Motivation, die Schutzmöglichkeiten anzuwenden,

- Verhaltensfertigkeiten: Fähigkeit, die Schutzmöglichkeiten anzuwenden, Fähigkeit über Sexualität und die eigene Schutzintention zu reden.⁵⁴

Ziel der Mini-Peer-Schulung war die Stärkung dieser drei Aspekte.

Neben den Mini-Peers selbst profitieren auch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Präventionsveranstaltungen, die die Mini-Peers durchführen. Auch wenn hier die Wissensvermittlung im Vordergrund steht, können die Motivation, sich zu schützen, und die Fähigkeit, über Sexualität zu reden, durch das Vorbild der Mini-Peers gestärkt werden (*Zielsetzung Empowerment*).

Das Mini-Peer-Konzept wurde entwickelt, um die Teilnehmenden der Schulungen nicht nur für Präventionsbotschaften zu sensibilisieren, sondern ihnen im Rahmen des Projekts zu ermöglichen, Aktionen und Veranstaltungen selbst zu planen und aktiv mitzugestalten. Das Konzept bot den geschulten Peers die Perspektive, auch nach der Maßnahme im Rahmen von GEMO und darüber hinaus für die AIDS-Hilfe weiter mitzuarbeiten. Durch den kontinuierlichen Umgang mit Themen der Prävention soll eine tragende Basis für die Verankerung gesundheitsförderlichen Verhaltens geschaffen werden (*Zielsetzung Partizipation, Empowerment, Nachhaltigkeit, Qualifikation*).

Vorgehensweise/Methodik

1. Kontaktaufnahme und Rahmenbedingungen:

Der Kontakt zum Bildungsinstitut IFAS kam über den für die AIDS-Beratung zuständigen Arzt des örtlichen Gesundheitsamts zustande. Dieser macht Aufklärungsunterricht an Schulen und bei anderen Bildungsträgern. Nach einem ersten Kooperationstreffen mit der Dozentin von IFAS wurde das Projekt GEMO durch die DRK-Projektmitarbeiterin der BV-Klasse U 25 vorgestellt. Auf Wunsch der Klasse organisierte die Projektmitarbeiterin beim DRK-Kreisverband eine Führung mit Besichtigung der Leitstelle, des Rettungsdienstes und einer Informationsrunde zu den sozialen Diensten des Roten Kreuzes. Bei einem weiteren Termin in der Klasse meldeten sich drei junge Frauen (Bosnien, Türkei, Deutschland) und drei junge Männer (Kosovo, Italien, Deutschland) für die Schulung zum Thema HIV. Nach Durchführung und Auswertung dieser ersten Schulung entschieden die Kooperationspartner der BV-Klasse, eine zweite Schulung zu verschiedenen STIs anzubieten. Daran nahmen insgesamt zehn Personen teil: sechs junge Frauen

54 Vgl. Fisher/Fisher 2000

(u.a. aus Kasachstan und Bosnien) und vier junge Männer. Für die dritte Schulung meldeten sich insgesamt vier Männer und acht Frauen, u.a. aus Mazedonien, Bosnien und Polen, an.



Bei einem abschließenden Treffen der drei Kooperationspartner zur Nachbereitung der drei Schulungen wurde der weitere Einsatz der Mini-Peers im Rahmen von GEMO und bei Aktionen der AIDS-Hilfe geplant, so z.B. die Mitwirkung bei Präventionsveranstaltungen in der Schule oder bei Veranstaltungen von Jugendhäusern.

2. Inhaltliches Konzept:

Die Peers wurden an vier Vormittagen geschult, am fünften führten sie eine eigene Präventionsveranstaltung durch und erhielten ihre Zertifikate. Die Schulung hatte folgende Inhalte:

Kennenlernen, Auflockern, Gruppenregeln: Ziel hierbei war, eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre zu schaffen, in der die Teilnehmenden sich trauen können, über persönliche Erfahrungen zu berichten.

Inhaltliches Wissen: Neben dem Wissen über HIV (Übertragungswege, Krank-

heitsverlauf, Therapie, Test, Schutz), STIs und den Kondomgebrauch erwarben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch grundlegendes Wissen darüber, was erfolgreiche Prävention beinhaltet.

Sexualpädagogische Methoden zu verschiedenen Aspekten von Sexualität und Beziehung: Ein besonderer Schwerpunkt lag darauf, den Teilnehmenden die Möglichkeit zu geben, sich mit ihren eigenen und fremden Meinungen und Verhaltensweisen auseinanderzusetzen. Außerdem wurde die Diskrepanz zwischen der Darstellung von Sexualität in der Öffentlichkeit und dem persönlichen Erleben thematisiert. Explizit wurde in den Diskussionen auch auf kulturelle Unterschiede im Umgang mit Sexualität eingegangen.⁵⁵

Planung der eigenen Präventionsveranstaltung: Die Peers entwickelten eigene Methoden und planten den Ablauf der Veranstaltungen. Didaktische Übungen und das Einüben der Inhalte bereiteten die Teilnehmenden auf die Präventionsveranstaltungen vor. Ziel war neben der Verfestigung des Wissens auch die Erweiterung der Präsentationskompetenz.

In der dritten Schulung wurde außerdem im Zusammenhang mit einem Besuch der AIDS-Hilfe Freiburg das Thema „Leben mit HIV“ thematisiert.

Auswertung

Innovation:

Der neu gewählte Zugang über die Kooperation mit einem Bildungsträger erwies sich als sehr gelungen. Schon bei der zweiten und dritten Schulung konnten fast alle Teilnehmenden der Bildungsmaßnahme für die Schulung gewonnen werden. Während der Maßnahme zeichneten sie sich durch eine hohe Motivation aus. Auch unter dem Gesichtspunkt der Berufsvorbereitung wurde das angestrebte Ziel erreicht. Die Mini-Peers zeigten deutlich, dass sie durch die Aktivitäten im Rahmen des Projekts ihre sozialen und kommunikativen Kompetenzen erweitert haben. Das Mini-Peer-Projekt setzte somit direkt an den Voraussetzungen der Lebenswirklichkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an. Der Ansatz hat sich

55 Die verwendeten Methoden stammen aus: BzgA 2002; BzgA: „mach's mit“. Spiele + Methoden zur AIDSprävention. Köln 2005; Renz, Meral: Sexualpädagogik in interkulturellen Gruppen. Mülheim an der Ruhr 2007. Besonders bewährte Methoden: „Was wäre wenn...“ (BZgA S. 83), Eckenspiel (BZgA S. 68), „Ich – Ich nicht“ („mach's mit“ S.16)

für die Mini-Peers wie auch für alle Kooperationspartner als Win-win-Situation herausgestellt.

Als Fazit können wir festhalten, dass sich das Mini-Peer-Projekt als Kooperationsmodell mit einem Bildungsträger sehr gut eignet, in weiteren Projekten der HIV-Prävention zur Anwendung zu kommen.

Empowerment:

Mit Bezug auf die IMB-Theorie ist das Mini-Peer-Projekt als Erfolg zu werten. Die drei in der Zielsetzung genannten Faktoren als Voraussetzung für einen verantwortlichen Umgang mit der Gesundheit – der eigenen wie die der anderen – in der Sexualität wurden durch die Maßnahme nachhaltig gestärkt.

Information:

Die Mini-Peers haben durch die Schulungen einen konkreten und aktuellen Informationsstand zu Fragen rund um HIV und STIs und dadurch Sicherheit für ihr Handeln erworben. In den Veranstaltungen, die die Mini-Peers durchführten, zeichneten sie sich durch große fachliche Sicherheit aus. Es war deutlich, dass sie mit viel Spaß bei der Sache waren.

Motivation und Verhaltensfertigkeiten:

Die Teilnehmenden beteiligten sich mit großem Engagement an den Diskussionsspielen und waren bereit, persönliche Erfahrungen, Meinungen und Befürchtungen zu thematisieren und ihr eigenes Verhalten zu reflektieren. Im Laufe der Schulung konnte hierbei eine deutliche Entwicklung festgestellt werden, strittige



und unkonforme Meinungen wurden geäußert und von persönlichen Erlebnissen berichtet.

Dies ist insbesondere deshalb als Erfolg zu werten, weil es beim Schutzverhalten vor HIV und STIs häufig eine Diskrepanz gibt zwischen dem, was öffentlich befürwortet und dem, was tatsächlich umgesetzt wird. Eine Änderung im Verhalten setzt voraus, sich auch über Widerstände und Befürchtungen bei sich selbst und seinen Partnern im Klaren zu sein und Strategien zu entwickeln, mit diesen umzugehen. Außerdem sind Handlungskompetenzen notwendig, so z.B. die Fähigkeit, über Sexualität zu sprechen. Dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hier Kompetenzen erwarben, können folgende Beispiele verdeutlichen: Eine Teilnehmerin gab beim Besuch der AIDS-Hilfe am vierten Tag der Schulung sichtlich geniert zu, dass sie trotz besseren Wissens Befürchtungen hatte, dieselbe Toilette zu benutzen, die HIV-Positive benutzen. Dies setzte eine Diskussion darüber in Gang, dass Wissen alleine manchmal nicht ausreicht, um Befürchtungen auszuräumen. Ein Teilnehmer gab im Laufe der Schulung zu, häufig auf Safer Sex zu verzichten, wodurch auch andere dazu angeregt wurden, darüber zu diskutieren, was die Umsetzung des Wissens erschwert. Im weiteren Verlauf der Schulung konnte man bei den Jugendlichen immer deutlicher feststellen, dass sie die Präventionsbotschaften kritisch hinterfragten und auf ihre Machbarkeit überprüften.

Die Mini-Peers profitierten auch auf einer weiteren Ebene von ihrem Engagement. Als Ehrenamtliche der AIDS-Hilfe erlebten sie, wie sie ihre in der Schulung gewonnene Kompetenz anderen weitergeben konnten. Für die jungen Erwachsenen, die in der Schule und bei der schwierigen Suche nach einem Ausbildungsplatz schon oft negative Erfahrungen gemacht haben, war die Erfahrung dieser neuen Rolle sehr wichtig. Dies zeigte sich auch in der steigenden Motivation im Laufe des Projekts und die überraschend große Begeisterung der Mini-Peers, nach der Schulung als Ehrenamtliche weiter für die AIDS-Hilfe zur Verfügung zu stehen. Neben dem eigentlichen Ziel der HIV-Prävention konnten die Mini-Peers in diesem Projekt gerade auch die Fähigkeiten ausbauen, die in der ARGE-Maßnahme gefördert werden: öffentliches Auftreten, Präsentieren etc.

Partizipation:

Am Ende der ersten Schulung führten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Veranstaltung mit vertieften Informationen zu HIV und Präventionsspielen in der eigenen Klasse durch. Die zweite und dritte Schulung beinhaltete eine Aktion in

einem großen Freiburger Kino. Dort betreuten sie einen Info-Stand der AIDS-Hilfe und sprachen die Besucher mit einem Frage-Quiz zu STIs und HIV an. Nach den Schulungen wirkten Mini-Peers z.B. bei einer Präventionsveranstaltung von GEMO in der Hauptschule Buchholz und auf einem Open-Air-Konzert in Waldkirch mit.



Im Hinblick auf das Ziel, die Teilnehmenden als Mini-Peers aktiv am Projekt zu beteiligen, können wir sagen: Durch die Schulungen wurde möglich, dass junge Erwachsene für GEMO und die AIDS-Hilfe ehrenamtlich tätig wurden, die in dem Sinne keine „klassischen“ Ehrenamtlichen sind. Sie haben aus verschiedenen Gründen mit sozialen Benachteiligungen zu kämpfen und erreichen bei Veranstaltungen als Peers diesen Kreis Jugendlicher deshalb viel direkter. Das Besondere an den Mini-Peers ist, dass hier Jugendliche mit Migrationshintergrund für ehrenamtliches Engagement gewonnen werden konnten, die ohne den Kontakt über den Bildungsträger dafür nicht erreichbar gewesen wären. In der ehrenamtlichen Tätigkeit gehen sie weiterhin aktiv mit den Themen der Prävention um und sind dadurch in der Situation, das im Projekt erworbene Wissen für die eigene Gesundheit nutzen und diese Kompetenz auch in ihr Umfeld weitertragen zu können.

Erfolgsfaktoren/Ratschläge für Nachahmer

Wichtig für den Erfolg der Maßnahme ist ihre Niederschwelligkeit. Die Tatsache, dass die Schulung während der regulären Unterrichtszeit stattfand und sich die Teilnehmer zunächst nur dazu verpflichtet haben, bei der Schulung und einer eigenen Veranstaltung teilzunehmen, hat entscheidend dazu beigetragen, dass so viele junge Erwachsene Interesse gezeigt haben. Um dies zu ermöglichen, war die gute Kooperation mit dem Bildungsträger notwendig, der Unterrichtszeit zur Verfügung stellte und die Maßnahme bewarb.

In der Planung und Durchführung ist eine große Flexibilität erforderlich, da die jungen Erwachsenen in erster Linie auf dem Weg in eine berufliche Ausbildung sind, manchmal kurzfristig eine Ausbildungs- oder Praktikumsstelle finden und dann nicht mehr beim Projekt mitmachen können. Aufgrund dieser Umstände ist es besser, die Schulung möglichst am Stück und innerhalb einer Woche durchzuführen. Die Erwartung, dass alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach der Schulung als Ehrenamtliche zur Verfügung stehen, ist eher unrealistisch. Viele Jugendliche waren zwar an der Mitarbeit interessiert, konnten aber nicht mitmachen, weil sie kurzfristig ein Praktikum oder eine Ausbildung gefunden hatten, andere hatten eigene Kinder und deswegen wenig Zeit, sich ehrenamtlich zu betätigen. Pro Schulung konnten 2–5 sehr motivierte Mini-Peers gewonnen werden, die auch die zeitlichen Ressourcen für weitere Aktivitäten hatten. Auch wenn nicht alle Teilnehmenden der Schulung später tatsächlich als Ehrenamtliche weiterarbeiteten, war die Gestaltung der Schulung als Peer-Schulung auch für sie sinnvoll. Dadurch waren sie nicht nur in der Rolle der Adressaten von Präventionsbotschaften, sondern waren auch Akteure, die sich damit auseinandersetzen, wie das Gelernte umzusetzen und weiterzugeben ist.

Während der Schulung ist es wichtig, dass sich die Leitung über den kulturellen Hintergrund der Jugendlichen bewusst ist. Die Leitung tritt während der Diskussionen für die Gleichwertigkeit aller unterschiedlichen Lebensentwürfe ein, die anderen Personen nicht schaden. Diese Haltung ist aus zwei Gründen notwendig. Zum einen bindet sie diejenigen ein, die aus traditionellen Elternhäusern kommen und den hiesigen offenen Umgang mit Sexualität kritisch sehen. Zum anderen kann dadurch in Diskussionen über plurale Lebensweisen wie z.B. Homosexualität dieselbe Akzeptanz eingefordert werden, die die Jugendlichen für ihre Lebensweise beanspruchen.

Was bleibt nach Projektende?

Nachhaltigkeit im Modellprojekt GEMO

Angelika Mölbert

5.1. Was bedeutet Nachhaltigkeit in sozialen Projekten?

5.1.1. Annäherung an den Begriff der Nachhaltigkeit

Nachhaltigkeit ist eine Zielsetzung, die für Projektgeber immer von besonderem Interesse ist. Jedoch auch für uns als Projektträger ist es von Bedeutung, ob es gelingen konnte, Nachhaltigkeit in irgendeiner Form zu verankern. Dazu soll vorausgeschickt werden, dass es mit einer Laufzeit von zwei Jahren immer schwierig ist, in sozialen Lebenswelten Strukturen zu verändern – und das nachhaltig. Die zweite Schwierigkeit ist, dass es sich mit dem Begriff der Nachhaltigkeit verhält wie mit vielen anderen Begriffen, die eindeutig erscheinen, aber bei näherem Hinsehen wenig greifbar sind und in unterschiedlichsten Bedeutungen benutzt werden – wie auch der Begriff „Integration“ oder der Kulturbegriff – um nur zwei zu nennen. Zur Überprüfung von Nachhaltigkeit, die durch das GEMO-Projekt erreicht werden konnte, ist es notwendig, eine Begriffsbestimmung vorzunehmen. Anhand der Kriterien, welche diesen Begriff umfassen, können Indikatoren abgeleitet werden, welche als Messgrößen dienen. Da es weder Definitionen noch genaue Bestimmungen gibt, welche den Begriff determinieren, wird hier eine Annäherung an den Begriff der Nachhaltigkeit vorgenommen.

Prägend für die gesamte Projektarbeit waren ein holistisches Menschenbild und eine ganzheitliche Betrachtung von Gesundheit. Dementsprechend umfasst der Begriff der Nachhaltigkeit ein komplexes Ganzes aus gesundheitlicher und sozialer Nachhaltigkeit, aus individuellem und gruppenspezifischem Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Hinzu kommen emische und etische Sichtweisen zum Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis, denn die Mitarbeitenden im Projekt betrachten die Zielgruppe von außen (etische Perspektive), während die Betroffenen selbst eine gruppeninterne (emische) Perspektive einnehmen. Aufgrund dieser Komplexität in der gesamten Projektstruktur sollen im Folgenden einige Kriterien zur Begriffsbestimmung entwickelt werden. Da es sich hier nicht um eine wissenschaftliche Untersuchung handelt, kann der Begriff lediglich am Projekt und dessen Inhalten orientiert sein. Ein Anspruch an Allgemeingültigkeit und Vollständigkeit besteht nicht.

Als Ausgangspunkt der Begriffsbestimmung werden hier die Grundlagen der WHO herangezogen. Im aktualisierten Programm der WHO unter dem Titel „Gesundheit 21. Gesundheit für Alle im 21. Jahrhundert“ taucht der Begriff „nachhaltige Gesundheit“ zwar mehrfach auf, wird allerdings nirgends erläutert, beschrieben oder definiert.⁵⁶ Laut der „Leitbegriffe der Gesundheitsförderung“ der BZgA „(...) soll (die Wortwahl) offenbar vor allem assoziativ die Nähe zum Konzept nachhaltiger Entwicklung herstellen. Die Agenda 21 spricht jedoch nicht von nachhaltiger Umwelt, sondern von nachhaltiger Entwicklung (d.h. sozialer einschließlich gesundheitlicher, ökonomischer und ökologischer Entwicklung). Gleichsinnig würde man besser von „nachhaltiger Förderung der Gesundheit“ sprechen.“⁵⁷ Dieser Interpretation nach können unter dem Konzept nachhaltiger Entwicklung Prozesse verstanden werden, welche durch einen gesellschaftlichen Diskurs über Ziele, Maßstäbe, Strategien und Indikatoren geprägt sind. Bevor nun dieser Diskurs initiiert und geführt wird, sollte auch geklärt sein, welches Verständnis von Gesundheit dem Diskurs zugrunde gelegt wird. Obwohl die Definition von Gesundheit als „Zustand des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ allgemeine Gültigkeit besitzt, zeigt die Erfahrung, dass in der praktischen Arbeit doch noch immer die Sicht der Gesundheit als ein Zustand ohne Krankheit dominiert und/oder, dass die Gesundheit bloß biomedizinische Dimensionen hat.⁵⁸ Wenn Ge-

56 Vgl. GESUNDHEIT21 1999

57 Vgl. Bzga: Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ 6, 2003. Oder Download unter www.bzga.de/leitbegriffe

58 Vgl. WHO: Primary Health for All-Series # 1, Genf 1978

sundheit nachhaltig gesichert werden soll, dann muss diese positive Qualitäten und Dimensionen erlangen. Aus der holistischen Sichtweise unseres Projektansatzes heraus bedeutet für uns Gesundheit, dass der Mensch Kräfte und Güter besitzt, die er einsetzen, riskieren, erhalten und fördern kann. Diese Betrachtung impliziert einen hohen Stellenwert von Empowerment, um die Zielgruppe zu befähigen, eben diese Kräfte und Güter zu erleben, zu erkennen und einzusetzen. Neben der Eigenverantwortung und -initiative des Individuums umfasst diese Betrachtung von Gesundheit aber auch, dass Interventionen von außen möglich und notwendig sind. Allerdings weniger im Sinne einer eindimensionalen Versorgung eines Empfängers durch einen Anbieter, sondern im Sinne des gemeinsamen Aushandelns zwischen Nutzer und Anbieter. Bei diesem Diskurs des Aushandelns werden beide Seiten zu Lernenden, die gemeinsam Probleme angehen und nach möglichen Lösungen suchen. Hier sind insbesondere Einrichtungen und Anbieter medizinischer Dienste und Anbieter im Bereich der Migrationssozialarbeit gefragt. Zusammenarbeit, Kooperationsbereitschaft und der Wille zur interkulturellen Öffnung sind die Faktoren, die Gesundheitsförderung als sozialen und biologischen Prozess befördern und damit auf eine langfristige, kooperative und damit nachhaltige Entwicklung setzen. Dazu gehören auch der gerechte Zugang zu Chancen sowie die gerechte Verteilung von Ressourcen.

5.1.2. Kriterien und Indikatoren

Projekte sind zeitlich begrenzt, sodass die Mechanismen des Aushandelns innerhalb eines festen Zeitrahmens stattfinden müssen. Im Modellprojekt GEMO war der Zeitrahmen relativ eng, sodass der Entwicklung von nachhaltigen Strukturen Grenzen gesetzt waren. Ein Ergebnis der GEMO-Projektarbeit besteht darin, dass Gesundheitsversorgung und HIV/AIDS-Prävention in vernetzten Kooperationsbeziehungen erfolgreich durchgeführt werden können. Allerdings müssen bestimmte Rahmenbedingungen gegeben sein oder hergestellt werden. Diese sind:

- Impulsgebung zur Initiierung der Kooperation,
- Entwicklung und Aushandlung eines schlüssigen Konzepts, das überschaubar ist, in dem die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten klar festgelegt sind und die einen Benefit für beide Kooperationspartner beinhalten,
- partnerschaftlicher Umgang, Verlässlichkeit und gegenseitiges Vertrauen,
- Vernetzung der Kooperationspartner in jeweils eigenen Netzwerken,
- Vorhandensein von eigenen Ressourcen der jeweiligen Kooperationspartner (Personal, Finanzen, Zeit, Räume, Equipment o.ä.).

Hemmende Faktoren sind beispielsweise die Stigmatisierung eines Themas, die Marginalisierung einer Zielgruppe oder die Ethnisierung von sozialen Problemen. Des Weiteren sind Kooperationen nicht Erfolg versprechend, wenn keine ausreichenden Ressourcen vorhanden sind. Eine kurze Projektlaufzeit ist eine Erschwernis, ebenso mangelnde Honorierung der Arbeit und hohe bürokratische Hürden.

Im Modellprojekt GEMO wurde bewusst versucht, Nachhaltigkeit bereits im Projektdesign anzulegen und im Projektverlauf prozesshaft weiterzuentwickeln. Anhand der Rückkopplungen mit den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung und der praktischen Projektarbeit vor Ort wurden folgende Kriterien als Indikatoren zur Erzielung der Verstetigung von Maßnahmen und zur nachhaltigen Veränderung von Setting- und Netzwerkstrukturen entwickelt und genutzt:

1. Empowermentansätze:

Empowermentmaßnahmen zielen darauf ab, die Betroffenen in irgendeiner Form zu qualifizieren oder zu etwas zu befähigen. Empowerment stärkt die Eigeninitiative und vermittelt Werte, Kenntnisse und Verhaltensfertigkeiten des Einzelnen oder einer Gruppe. Insbesondere Maßnahmen mit Bildungsanteilen gehören in den Bereich des Empowerment, denn sie tragen dazu bei, dass sich die Wirkungen sowohl über die Projektdauer als auch über die direkte Zielgruppe hinaus entfalten. Das neu erworbene Wissen wird fortlaufend in andere Gruppen und andere Lebensbereiche hineingetragen.

2. Partizipation:

Maßnahmen mit dem Schwerpunkt „Partizipation der Zielgruppe“ binden umfassend die Zielgruppen mit ein. Im GEMO-Projekt gehören zu den Maßnahmen zur Partizipation insbesondere die Multiplikatorenschulungen, die Ausbildung von Peers und Mini-Peers sowie Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen aus den Zielgruppen. Partizipatives Arbeiten ist aber auch das gemeinsame Planen, Organisieren und Durchführen von Veranstaltungen, die Zusammenarbeit mit Migrant*innenorganisationen oder einzelnen Zielgruppen. Diese Maßnahmen dienen der Nachhaltigkeit, weil sie Lernprozesse in Gang setzen, die über das Projekt hinaus weiter wirken.

3. Interkulturelle Kommunikation:

Maßnahmen, welche geeignet sind, Menschen mit unterschiedlichen Vorstellungen zu Gesundheit/Krankheit in Dialog zu bringen, unterstützen den Prozess des Aushandelns von geeigneten Methoden zur Gesundheitsförderung und zur Krankheitsprävention. Der Diskurs führt dazu, beim jeweils anderen Denk- und Handlungsmuster zu erkennen, zu verstehen oder zumindest zu akzeptieren. Darauf aufbauend können gemeinsame Wege entwickelt werden, welche für beide Parteien, für den Nutzer und den Anbieter, hilfreich sind. Die interkulturelle Kommunikation dient der Weiterentwicklung kultur- bzw. migrationssensibler Gesundheitsförderung. Die Initiierung und Wegbereitung des Diskurses dient der Sensibilisierung aller Beteiligten für das Thema und für den jeweils anderen. Damit sind Veränderungsmechanismen in Gang gesetzt worden, welche ebenfalls eine langfristige Veränderung bewirken und – im besten Fall – zum Selbstläufer werden.

4. Interkulturelle Öffnung (IKÖ):

Die interkulturelle Kommunikation ist immer ein Teil der IKÖ, kann aber auch für sich alleine stehen. IKÖ umfasst jedoch wesentlich mehr als den Kommunikationsbereich, nämlich sämtliche konzeptionellen, inhaltlichen strukturellen und organisatorischen Bereiche einer Einrichtung. IKÖ gelingt am besten, wenn sie auf allen Ebenen gelebt wird. Das Modellprojekt GEMO konnte dazu beitragen, auf jeweils verschiedenen Ebenen über Thema und Zielgruppen zu informieren, aufzuklären und damit zur Sensibilisierung und zur Vermittlung von Wissen beizutragen.

5. Setting-Ansätze:

Diese Formen der lebensweltbezogenen Maßnahmen zielen darauf ab, im strukturellen Bereich und im sozialen Umfeld Verbesserungen für die Zielgruppe herbeizuführen. Sie sind besonders zur Herstellung von Nachhaltigkeit geeignet, da strukturelle Änderungen längerfristig anhalten als punktuelle Interventionen.

6. Vernetzung:

Die Vernetzung im Sozialraum ist eine Grundlage zur Entwicklung von integrativen Handlungskonzepten. Dazu gehört ein fächerübergreifendes Arbeiten aller betroffenen Akteure. Durch Vernetzung und Kooperation können alle Beteiligten profitieren, denn es können Ressourcen gespart und Angebote im Rahmen der eigenen Möglichkeiten eingebracht werden. Vernetzungen sind deshalb die Grundlagen für nachhaltig angelegte Verbesserungen.

7. Übertragbarkeit:

Maßnahmen, Methoden und Arbeitsinstrumente, welche übertragbar sind, haben ebenfalls nachhaltigen Effekt. Übertragbarkeit bedeutet hier, dass diese an einem anderen Ort, zu einer anderen Zeit, durch einen anderen Träger, in einem weiteren Projekt oder als Regelangebot umgesetzt werden können. Damit ist eine räumliche und zeitliche Verlängerung über das Projektende hinaus möglich.

In den folgenden Ausführungen stellen die Teilprojekträger des GEMO-Projekts Beispiele zur Nachhaltigkeit für ihren Standort vor. Alle Beispiele, die aufgeführt sind, sind übertragbar auf andere Regionen, Zeitfenster, Projekte und Projektträger. Aufgrund ihrer Übertragbarkeit sind diese Beispiele auch für die Aufnahme in den Regeldienst geeignet. Die Beispiele erfüllen neben dem Kriterium der Übertragbarkeit jeweils mindestens ein, in der Regel mehrere Kriterien für nachhaltige Gesundheitsförderung, welche in den obigen Ausführungen genannt sind.

Den praktischen sozialpädagogischen Beispielen guter Praxis vorangestellt sind die Ausführungen der wissenschaftlichen Begleitung zu den Themen Nachhaltigkeit der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung, Nachhaltigkeit der Projektergebnisse und grundlegende Erkenntnisse zur Nachhaltigkeit in Projekten.

5.2. Nachhaltigkeit aus der Perspektive der wissenschaftlichen Begleitung

Nausikaa Schirilla

Aus der Perspektive der wissenschaftlichen Begleitung ergeben sich folgende Aspekte der Nachhaltigkeit:

1. Nachhaltigkeit der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung
2. Nachhaltigkeit der Projektergebnisse – Beiträge der wissenschaftlichen Begleitung
3. Grundlegende Erkenntnisse zur Nachhaltigkeit von im Projekt erarbeiteten Strukturen
4. Ausblick

Ad 1 Nachhaltigkeit der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung sind als einzelne PDF-Dateien auf der Homepage der KH publiziert und können hier nachgefragt und heruntergeladen werden. Die Ergebnisse wurden und werden bei thematisch passenden Tagungen (z.B. Hamburger AIDS Kongress 2009), Tagungen in der Hochschulöffentlichkeit (Präsentation der GEMOBegleitforschung 17. 6. 2010) und bei verwandten Projekten (z.B. Primärprävention HIV/AIDS Ukraine) vorgestellt und diskutiert.

Die einzelnen Studien sind als Präsentation und als Forschungsbericht erhältlich. Sie werden bzw. sind bereits als wissenschaftliche Artikel verarbeitet (Thema Gesundheitsvorsorge und Potentiale der Migrantenselbstorganisationen – Haltungen osteuropäischer MigrantInnen zu HIV/AIDS und Zugänge zu MigrantInnen über Kooperation und Vernetzung) und sollen im Laufe dieses Jahres sukzessive in wissenschaftlichen Zeitschriften (z.B. „Migration und soziale Arbeit“) erscheinen.

Ad 2 Nachhaltigkeit der Projektergebnisse – Beiträge der wissenschaftlichen Begleitung

In allen Arbeitsfeldern der wissenschaftlichen Begleitung, insbesondere der formativen Evaluation mit den Selbstevaluationsworkshops und in den Studien, sind Fragen des Transfers und der Nachhaltigkeit explizit thematisiert worden. Damit sollte sichergestellt werden, dass einerseits das Projekt Ergebnisse hervorbringt, die übertragbar sind oder übertragbar gemacht werden können, und dass andererseits die Frage der Nachhaltigkeit immer wieder gestellt wird. Der Transferfrage kommt eine besondere Bedeutung zu. Denn ein Modellprojekt wie GEMO soll nicht primär quasi flächendeckende Maßnahmen hervorbringen, sondern Erkenntnisse bezüglich des Zugangswegs und der kultursensiblen Methodik in der Gesundheitsvorsorge und HIV-Prävention. Entsprechende Erkenntnisse oder Methoden und Empfehlungen sind nur übertragbar, wenn die Bedingungen, unter denen sie zustande gekommen sind, transparent gemacht und reflektiert worden sind und wenn sie in verschiedenen Settings erprobt wurden. Ergebnisse auch zu diesen Feldern zu sichern war immer Ziel der Begleitformen, die direkt auf das Projekt abzielten.

Ad 3 Grundlegende Erkenntnisse zur Nachhaltigkeit

Ein wichtiges GEMO-Ergebnis besteht darin, dass der Zugang zu Migrantinnen und Migranten aus Osteuropa bezüglich der Gesundheitsvorsorge und HIV-Prävention in vernetzten Kooperationsbeziehungen möglich ist. Was macht Koope-

rationen nachhaltig? Dazu ergeben sich aus der Vernetzungsstudie der wissenschaftlichen Begleitung viele wichtige Hinweise:

Wichtige Rahmenbedingungen und förderliche Faktoren für Vernetzung sind:

- Impuls durch eine Stelle (hier GEMO)
- Strukturen, Leidenschaft, Geld, personelle Ressourcen
- schlüssiges Konzept, Klarheit und Überschaubarkeit des Arbeitseinsatzes, geringer, begrenzter Zeitaufwand, Absprachen, Zuverlässigkeit der Partner, Zeit
- persönlicher, offener Kontakt und Austausch, persönliche Beziehungen und Vertrauen, Persönlichkeit und Kontakte der Kooperationspartner
- hoher Vernetzungsgrad des Partners, Wissen um Motivation und Interesse der Partner, Interesse am Thema, erkennbarer Nutzen, win-win, gemeinsames Ziel, Komplementarität der Partner
- Passgenauigkeit des Projekts, Freiräume und Flexibilität der Partner, Unterstützung durch strategisch wichtige Stellen in den Netzwerken, Kontakte zur Zielgruppe
- Eine ganz wichtige Rolle spielt der Einsatz von Ressourcen (hier von Seiten des GEMO-Projekts)

Hemmende Faktoren für eine Nachhaltigkeitsperspektive stellen dar: Stigmatisierung des Themas HIV/AIDS (Problem v.a. für die AIDS-Hilfe, v.a. in Migrantenselbstorganisationen), keine Möglichkeit der Bereitstellung von Ressourcen, kurze Projektlaufzeit, Zeit! (v.a. Ärzte), mangelnde Honorierung, Bürokratie.

Ad 4 Ausblick

Die Projektstandorte haben sich trotz fehlender Ressourcen um die Verstetigung mancher Maßnahmen bemüht. Es sind einige Pläne vorhanden und einige Kooperationen abgesprochen. Um gesicherte Erkenntnisse zu erhalten, müssten diese Pläne innerhalb des nächsten Jahres auf ihre Realisierung hin überprüft werden. Das Projekt wird aber schon ausgelaufen sein. Aus diesem Grunde werde ich ein oder zwei Bachelor- oder Masterthesen in Auftrag geben, die genau dieses überprüfen. Damit ist davon auszugehen, dass in 2011 Erkenntnisse darüber vorliegen, welche Maßnahmen sich verstetigen ließen und welche nicht und was die Gründe dafür sein könnten.

5.3. Nachhaltigkeit in der HIV/STI-Prävention – eine zukunftsträchtige Vision?

**Ulrike Hoffmeister, Birgit Olbrich,
Annette Napierala-Sprotte, Robert Sandermann**

Dem zweijährigen Modellprojekt „Gesundheitsförderung und HIV-Prävention für Migranten aus Osteuropa“ oblag die Aufgabe des Wissenstransfers in der allgemeinen Gesundheitsförderung und im Speziellen in den Bereichen HIV/AIDS und sexuell übertragbare Infektionen (STIs). Neben der Strategieentwicklung in der Erreichbarkeit der heterogenen Zielgruppe standen die Identifikation des Präventions- und Beratungsbedarfes sowie die inter- und transkulturelle Öffnung der kooperierenden Fachstellen auch außerhalb des Kreises der Projekt-Kooperationspartner im Mittelpunkt.

Für dieses entstandene Netzwerk und die zu erreichende Zielgruppe wäre es wünschenswert, wenn aus dem Modellprojekt nachhaltig Impulse und Innovationen erhalten blieben.

Die Empfehlungen für zielgruppenspezifische, präventive Maßnahmen im Bereich sexuell übertragbarer Infektionen, insbesondere der HIV/AIDS-Prävention, müssen im Bereich von Zugewanderten aus Osteuropa sehr differenziert betrachtet werden. Unabhängig von Geschlecht und sexueller Ausrichtung, möglicher Zugehörigkeit zu einer Hauptbetroffenengruppe und/oder der Herkunft aus einem Hochprävalenzland müssen präventive Maßnahmen langfristig, sachkundig, verständlich, vorurteilsfrei, kultur-/religionsrespektierend und offen angeboten und vermittelt werden. Das sind die zwingenden Grundprämissen für eine erfolgreiche Prävention. Ein optimales Funktionieren der beiden Komponenten der Verhaltens- und Verhältnisprävention, die als Primär-, Sekundär- und auch als Tertiärprävention erfolgen können, sind weitere Voraussetzungen. Dies bedeutet, dass der Einsatz ausgebildeter kultursensibler Präventionisten bzw. Fachpersonen notwendig ist, die Peers auswählen, schulen und fachlich betreuen. Sie sollten die Zugangsmöglichkeiten in die Zielgruppe und deren jeweilige Lebenswelten kennen. Des Weiteren muss kultursensibles Fachpersonal für die weiterführende Betreuung von HIV/STI-Betroffenen zur Verfügung stehen.

Für den Aufbau eines stabilen Gerüsts der Gesundheitsförderung und HIV/STI-Prävention für Migrantinnen und Migranten generell bedarf es allerdings einer längerfristigen Projektfinanzierung, die idealerweise Raum gibt, um eine anschlie-

Bende Projekt- oder Regelfinanzierung ausfindig zu machen. Bedarfe aufspüren, Zugänge ausloten und neue Strategien für Zugewanderte aus Osteuropa zu entwickeln sind die ersten Schritte, die nachhaltige Ausrichtung dieser Arbeit muss daraus folgen. Wenig ergebniseffizient bis kontraproduktiv erscheinen kurz angelegte Projekte, die zu wenig Zeit lassen, Innovationen zu verstetigen wie in diesem Projekt beispielsweise die Partizipation der Migrantinnen und Migranten als Peers und „Mini-Peers“. Diese sogenannten Gesundheitslotsen öffnen sich einem Trainee und erlangen Praxiserfahrung. Sie können sich glücklich schätzen, wenn sie in einer AIDS-Hilfe eingebunden sind und bei vielfältigen Entwicklungen und Veranstaltungen partizipieren und aktiv werden können. Denn die verschiedenen Ansprechpartner der AIDS-Hilfe aus diesem Projekt werden nach Ablauf der Projektlaufzeit in der Regel nicht mehr ansprechbar oder angestellt sein. Kleine finanzielle Anreize zu geben, um die durchgeführten Schulungen für die kulturspezifische HIV/STI-Prävention dauerhaft abrufbar zu machen, wären für die zukünftige Präventionsarbeit mit Migrantinnen und Migranten hilfreich.

Viele neue Impulse, die über das Projekt gesetzt werden konnten, können in ein Regelangebot der AIDS-Hilfe Freiburg übergehen. Hier besteht lediglich das Problem der Finanzierung, denn ohne zusätzliche Finanzmittel kann dieser Arbeitsbereich nur auf Kosten des bisherigen Angebots fortgesetzt werden. Die Absicht, nachhaltige Präventionsaktivitäten auf ehrenamtliche Beine zu stellen, ist unseres Erachtens in dieser, wie bereits beschrieben, schwierigen Ausgangslage eine Illusion.

Auch in der Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in der Projektregion von GEMO ergaben sich zwei wesentliche Hindernisse. Zum einen werden unkonventionelle Zugangswege der ÖGD für die verschiedenen Migrantengruppen defizitär bleiben, sollten die Kapazitäten durch Bereitstellung finanzieller Ressourcen nicht gestärkt werden. Zum anderen wird die Bereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur interkulturellen Öffnung durch bürokratische Strukturen im Amt und die einzuhaltenden Hierarchiewege aufgehalten bzw. zu wenig unterstützt. Es mangelt an der aktiven Anweisung, die Befähigung zur interkulturellen Öffnung im ÖGD maßgeblich zu fördern. Diese Befähigung ist jedoch ein wichtiger Schlüssel im Zugang der beschriebenen Zielgruppe.

Es ist unsere Pflicht, im Sinne von sozialer Nachhaltigkeit und Integration, Chancengleichheit und Zugänge zu unserem Gesundheitssystem für besonders gefährdete Gruppen zu schaffen. Gerade aus gesundheitsökonomischer Sicht ist es dringend zu empfehlen, HIV/STI-Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund zu stärken und auch das Bewusstsein für die allgemeine Gesundheitsvorsorge zu öffnen und zu schärfen.

Echte Partizipation im Gesundheitswesen ermöglicht das Ankommen in unserer Gesellschaft und die Vermeidung von Krankheiten durch Wissensvermittlung und Aufklärung. Im Falle der HIV/STI-Prävention sind Themen wie sexuelle Gesundheit und Freiheit implementiert, die sich gesellschaftlich mit der Auseinandersetzung der eigenen Person in der jetzigen Gesellschaft im Sinne von Identifizierung positiv auswirken.

Vernetzende Arbeit zu stärken sowie Bestehendes einzubringen steht im Sinne der Nachhaltigkeit vor der Innovation und kann so zu einer dauerhaften Gesundheitsförderung auch im Sinne der HIV/STI-Prävention führen.

5.4. Nachhaltigkeit am Projektstandort Konstanz

Natascha Garvin Barba

5.4.1. Integrationskurse

Bei allen in der Stadt Konstanz ansässigen Integrationskursträgern konnten Unterrichtseinheiten zu Frauen- und Männergesundheit angeboten werden. Ähnliche Unterrichtseinheiten, allerdings mit dem Schwerpunkt auf Sexuaufklärung bei Kindern und Jugendlichen, wurden in Mama-lernt-Deutsch-Kursen, im Rahmen des Projekts „Elternkompass“ der Volkshochschule Konstanz-Singen und bei einem Sprachcafé für Frauen durchgeführt. Diese Veranstaltungen wurden trotz der z.T. schwierigen Themen von den Teilnehmenden überwiegend positiv bewertet. In mehreren Kooperationstreffen mit der AIDS-Hilfe Konstanz und Integrationskursträgern wurden Maßnahmen erarbeitet, die die Weiterführung der Unterrichtseinheiten durch die AIDS-Hilfe Konstanz sichern sollen.

5.4.2. Ärzteverzeichnis

In Kooperation mit der Integrationsbeauftragten der Stadt Konstanz und dem Welcome Center der Universität Konstanz wurde ein Verzeichnis fremdsprachiger Arztpraxen, Psychologen, Hebammen, Beratungsstellen und Pflegedienste für die Stadt Konstanz erstellt. Das Verzeichnis konnte breit verteilt werden und wurde von Beratungsstellen und von Migrantinnen und Migranten sehr positiv aufgenommen.

Die beiden Kooperationspartner planen, das Verzeichnis alle zwei Jahre zu aktualisieren. Das Gesundheitsamt seinerseits hatte die Idee, einen Gesundheitsleitfaden für den Landkreis Konstanz zu erstellen, und ist in diesem Zusammenhang auf GEMO zugekommen, um sich beraten zu lassen, d.h. GEMO fungierte als „Türöffner“ und Kontaktvermittler zwischen Gesundheitsamt und den am Ärzteverzeichnis beteiligten Kooperationspartnern (Welcome Center der Universität Konstanz und Integrationsbeauftragte der Stadt Konstanz).⁵⁹

5.4.3. Interkulturelle Öffnung

Im Rahmen des Projekts konnte die AOK für eine Schulung ihrer Mitarbeitenden in interkultureller Kompetenz gewonnen werden. Diese Schulung wurde von der KH Freiburg durchgeführt und fand einen sehr guten Anklang sowohl bei den Teilnehmenden als auch bei der Leitung der Krankenkasse. Von den Verantwortlichen der AOK ist angedacht, die Schulung in regelmäßigen Abständen zu wiederholen.

5.4.4. Schulungen für ehrenamtliche Sprachmittler und vereidigte Dolmetscher

Im November 2009 konnte ein ganztägiger Workshop zum Dolmetschen im Gesundheitswesen für die „Ehrenamtlichen Sprachmittlerinnen und Sprachmittler“ durchgeführt werden. Das Programm beinhaltete Informationen zum deutschen Gesundheitswesen und zu Selbsthilfe-Gruppen, einen Workshop zum Dolmetschen im Gesundheitsbereich mit Schwerpunkt auf psychischen Erkrankungen und einen Teil über HIV/AIDS, in dem sowohl Informationen zum aktuellen Wissensstand gegeben als auch über das Thema reflektiert und diskutiert wurde. Diese Veranstaltung wurde von den Teilnehmenden sehr positiv bewertet.

Im April und Juni 2010 wurden die in der Evaluation geäußerten Teilnehmerwünsche berücksichtigt und praxisorientierte Schulungen zum Thema „Praktische Lösungen im Umgang mit Problemen und Tabus (HIV/Sucht) beim Dolmetschen im Gesundheitswesen“ durchgeführt. Durch die Einbeziehung des EU-geförderten Projekts „Integration und Sucht“ der Universität Konstanz und des Zentrums für Psychiatrie Reichenau als weiterem Kooperationspartner konnte der Teilnehmerkreis auf vereidigte Dolmetscherinnen und Dolmetscher erweitert werden. Die Teilnehmenden haben beide Veranstaltungen positiv bewertet und werden in ihren Communities als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren fungieren. Außerdem

⁵⁹ Frau Garvin Barba ist MBE-Beraterin des DRK-Kreisverbandes Konstanz und bleibt somit als Ansprechpartnerin erhalten.

wurden bei den letzten Schulungen einige Dolmetschertechniken erarbeitet, die die Dolmetscherarbeit sowohl für Übersetzerinnen und Übersetzer als auch für Patientinnen und Patienten erleichtern sollen. Auch hier ist eine Weiterführung derartiger Veranstaltungen im Rahmen des erwähnten Projekts „Integration und Sucht“ geplant. GEMO hat auch in diesem Fall als Kontaktvermittler zwischen den verschiedenen Kooperationspartnern fungiert.

5.4.5. Zusammenfassung und Bewertung

Der größte Erfolg in Bezug auf Nachhaltigkeit bestand in der Vermittlung neuer Netzwerkkontakte. Offen bleibt, ob diese Kontakte ohne GEMO als Zwischenstelle und „Motor“ langfristig bestehen bleiben. Außerdem ist anzumerken, dass die Kooperationspartner z.T. selbst nur im Rahmen von befristeten Projekten Maßnahmen anbieten können oder im Fall der Regeldienste dies zusätzliche personelle und finanzielle Belastungen bedeutet, sodass eine nachhaltige Verankerung von Gesundheitsförderung und HIV/AIDS-Prävention für Zugewanderte nur mit zusätzlichen Mitteln gesichert werden könnte.

5.5. Nachhaltigkeit am Projektstandort Emmendingen

Utta Link

5.5.1. Netzwerke vor Ort

Folgende Netzwerke konnten im GEMO-Projekt initiiert bzw. für das Thema und die Zielgruppe geöffnet und genutzt werden:

DRK: MBE, Projekt FISTA (Fit und Stark für die Zukunft)

AK Migration: MBE/JMD von DRK und Caritas, Ausländerberatungsstellen Städte Emmendingen und Waldkirch, Asylbewerberbetreuung, Landratsamt, VHS Nördlicher Breisgau, Migrantenorganisationen (Jüdische Gemeinde, Sterne Kosovos)

Gemeinsame Aktion: Interkulturelle Woche Emmendingen 2009 und 2010

AK Integration: Regionalkoordinator BAMF, Ausländerbehörden Kreis und Stadt Emmendingen, Ausländerberatungsstellen Kreisstädte Emmendingen und Wald-

kirch, MBE/JMD von DRK und Caritas, Arbeitsagentur/ARGE Emmendingen und Waldkirch, VHS Emmendingen und Waldkirch als Träger der Integrationskurse
Gesundheitsamt: AIDS-STD-Beratung

5.5.2. Aktivitäten – was wurde erreicht?

Am Standort Emmendingen konnten Maßnahmen entwickelt werden, die auf Nachhaltigkeit angelegt waren und sich etabliert haben. Dazu gehören folgende Maßnahmen, die auch als Good-Practice-Beispiele in unserem Projekt ausgewählt wurden:

1. Mini-Peers vom Weiterbildungsträger IFAS Emmendingen: In Schulungen mit jungen Erwachsenen aus der Berufsvorbereitungsklasse, durchgeführt von der AIDS-Hilfe Freiburg, wurden 25 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ausgebildet. Inhalte: aktueller Wissensstand, Reflexion des eigenen Verhaltens, Abschluss-Aktion: Stand in Kino/auf Open-Air-Konzert, Präventionsveranstaltung in Schulklasse. Diese werden weiterhin im Einsatz bleiben.
2. Infoabend Infektionskrankheiten am Zentrum für Psychiatrie (ZfP): Kooperationsprojekt mit Stationsärztin der Station für Drogenentzug, das Referat von Arzt aus HIV-Schwerpunktpraxis wurde ins Russische gedolmetscht, Inhalte: Tuberkulose, Hepatitis B und C, HIV und Lues, ca. 30 Teilnehmende besuchten die Informationsveranstaltung. Auch hier sind Fortsetzungen geplant.
3. Gesprächskreis Gesundheit am DRK-Kreisverband Emmendingen: In Kooperation mit dem DRK-Projekt FISTA wurde ein Konversationskurs mit Spätaussiedlerinnen (10 Frauen) initiiert. Zwei Moderatorinnen aus der Gruppe bereiten für jedes erste Treffen im Monat ein Gesundheitsthema vor, bei Bedarf werden Fachleute eingeladen (z.B. Trainerin für Rückenschule). Die Broschüre zu Theorie und Praxis der Rückenschule wurde ins Russische, Polnische und Rumänische übersetzt.

5.5.3. Nachhaltigkeit – wie geht es weiter?

- Mehrsprachiges und migrationspezifisches Infomaterial wurde über die Netzwerkkontakte verteilt und gelangt über Beratungsstellen an die Zielgruppe.
- Die Kontakte zu IFAS und ZiF werden von der AIDS-Hilfe Freiburg weitergeführt, d.h. die aufgebauten Kooperationen für Präventionsangebote und den Zugang zur GEMO-Zielgruppe genutzt.
- Über den Infoabend „Infektionskrankheiten“ wurde der kollegiale Austausch zwischen einem Arzt aus einer Schwerpunktpraxis und Ärztinnen und Ärzten des ZiF angestoßen mit dem positiven Ergebnis, dass in der Abteilung Forensik die Behandlung von Patienten mit Hepatitis C eingeführt werden konnte.
- Der Gesprächskreis „Gesundheit“ trifft sich weiterhin am DRK-Kreisverband unter Regie des Projekts FISTA.
- Der Mitmach-Parcours der BZgA ist im Kreis Emmendingen eingeführt, d.h. bekannt und kann von interessierten Schulen direkt angefragt werden, außerdem tragen die beteiligten Moderatorinnen und Moderatoren die Inhalte des Parcours an ihren Fachstellen weiter.
- Die Übungsleiterin der Gymnastik für Frauen der Integrationskurse am Roten Haus Waldkirch ist bereit, die Tätigkeit ehrenamtlich fortzuführen, evtl. ist auch eine Finanzierung über den KV Emmendingen möglich.

5.6. Nachhaltigkeit am Projektstandort Waldshut

Katrin Riwozki

5.6.1. Angebote für Integrationskurse

Das Gesundheitsamt Waldshut bietet weiterhin den Sprachkursträgern an, Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung in den Integrationskursen durchzuführen.

5.6.2. Leitstellen-Besichtigungen

Leitstellen-Besichtigungen für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund werden im Rahmen der Ferienprogramme der Gemeinden Jestetten und Klettgau weitergeführt. Mit diesen Maßnahmen werden weiterhin Zielgruppen mit Migrati-

onshintergrund mit den Diensten im Rettungsdienst, der Notfallversorgung und dem Katastrophenschutz vertraut gemacht und in die Bereiche „Gesundheit“ und „Schutz und Sicherung von Leben und Gesundheit“ eingeführt. Gleichzeitig wird die interkulturelle Öffnung des DRK-Kreisverbands weitergeführt, Menschen mit Migrationshintergrund bleiben im Verband als Zielgruppen für mögliche berufliche und ehrenamtliche Aufgaben im Fokus.

5.6.3. Netzwerke

Durch das GEMO-Projekt wurden verschiedene Einrichtungen und Institutionen wie Schulen, Schulsozialarbeit, Gemeindesozialarbeit, Sprachkursträger, Kinder- und Jugendarbeit o. ä. für das Thema sensibilisiert. Es entstanden neue Strukturen in den Netzwerken. Über diese Strukturen lassen sich weitere Angebote im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsförderung der HIV/AIDS-Prävention kreisweit auf den Weg bringen. Außerdem wird die interkulturelle Öffnung dieser Einrichtungen verstärkt als Thema wahrgenommen.

5.6.4. Sensibilisierung

Durch die enge Zusammenarbeit mit den Schwangerschaftsberatungsstellen im Landkreis ist bei den Beratungsstellen die Präventionsarbeit wieder stärker in den Blickwinkel gerückt. Gleichzeitig wurden Menschen mit Migrationshintergrund verstärkt als Zielgruppe wahrgenommen. Aufgrund dieser Sensibilisierung für das Thema „Prävention“ und für die Zielgruppen bleiben Angebote, welche über das GEMO-Projekt initiiert wurden, erhalten.

5.6.5. Fazit

Insgesamt kann man sagen, dass am Standort Waldshut Maßnahmen, die durch das GEMO-Projekt initiiert wurden, nur eingeschränkt weiterlaufen werden. Dies ist sicherlich bedingt durch die ländlichen Strukturen. Es gibt zu wenig personelle Ressourcen und einen flächenmäßig sehr großen Landkreis. Insgesamt findet wenig Präventionsarbeit statt. Hinzu kommt, dass innerhalb des Kreisverbandes Waldshut kein Anschlussprojekt im Bereich Migration oder Gesundheitsförderung stattfinden wird.

Inwieweit auf die bestehenden Strukturen Einfluss genommen werden konnte und ob Impulse für die zukünftige Präventionsarbeit im Landkreis gegeben werden konnten, ist zum momentanen Zeitpunkt nur schwer abzuschätzen. Aufgrund der positiven Bewertung des Projekts sowohl in den lokalen Netzwerken als auch bei den Kooperationspartnerinnen und -partnern kann rückgeschlossen werden, dass für das Thema Gesundheitsförderung und für die Zielgruppen sensibilisiert werden konnte und damit auch ein Beitrag zur interkulturellen Öffnung geleistet wurde. Nach Ablauf des Projekts fehlt jedoch der „Motor“ zur Fortführung der Maßnahmen und zur nachhaltigen Implementierung in die Region.

5.7. Nachhaltigkeit am Projektstandort Freiburg

Martina Eichert-Armbruster, Carmen Giesin

5.7.1. Netzwerkarbeit und Kooperation

Der DRK-Kreisverband Freiburg ist seit vielen Jahren in der Migrationsarbeit tätig und bietet Migrationsberatung, Migrationsprojekte, Flüchtlingsarbeit und Schulsozialarbeit an verschiedenen Freiburger Schulen an. Durch diese Arbeit und durch die enge Verzahnung mit einem weit reichenden und gut funktionierenden Netzwerk werden Projektinhalte bzw. einzelne Module im Rahmen der bisherigen Einbettung in operative Arbeitsbereiche übernommen und weitergeführt. Im Rahmen der Gestaltungsmöglichkeit sozialer Arbeit werden z.B. in der Schulsozialarbeit weiterhin gesundheitliche Themen bearbeitet werden, ebenso in der Beratungstätigkeit für Erwachsene.

Die Kooperation mit der AIDS-Hilfe Freiburg wird ebenfalls weitergeführt werden, da diese sowohl im GEMO-Projekt als auch im vergleichbaren Projekt „Flucht und Gesundheit“ mit guten Erfahrungen verbunden war. Wichtige Komponenten sind dabei fachliche Kompetenz, Zuverlässigkeit und gegenseitiges Vertrauen und Wertschätzung.

5.7.2. Bildungsbereich – Schule

In der Konzeption der schulischen Angebote durch den DRK-Schulsozialdienst werden auch zukünftig verstärkt Gesundheitsthemen ihren Platz finden, denn die Erfahrungen durch das GEMO-Projekt waren durchgängig positiv. Außerdem wurde das DRK als ein geeigneter Transformator für Gesundheitsthemen anerkannt.

Die Erfahrungen aus dem GEMO-Projekt haben gezeigt, dass soziale und gesundheitliche Themen übergreifend bearbeitet werden können und die Zusammenarbeit (Networking) mit anderen Institutionen, Organisationen und Einzelpersonen durch GEMO stark zugenommen hat. Dies bringt es mit sich, dass Themen und Zielgruppen aus dem GEMO-Projekt in anderen Einrichtungen nun verstärkt bearbeitet werden, aber auch Themen von den Netzwerkpartnerinnen und -partnern in die eigene Arbeit zur allgemeinen Gesundheitsförderung aufgenommen werden; z.B. durch die Kooperation mit einem Freiburger Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt wird das Thema auch in die eigene Konzeption eingeflochten werden.

Durch das Projekt GEMO ist die Zahl der Einzelberatungen enorm angestiegen. Insbesondere Mädchen kommen nun verstärkt zur Schulsozialarbeiterin, um Fragen bzgl. körperlicher Veränderungen in der Pubertät, Beziehungen und Sexualität zu klären. Durch das Projekt GEMO haben die Schülerinnen und Schüler großes Vertrauen in sie als Sozialarbeiterin gefasst. Auch Eltern kommen nun verstärkt, sodass sich durch das Projekt die Stelle der Schulsozialarbeiterin zu einer Art Clearingstelle, insbesondere für den Gesundheitsbereich geworden ist. Hierauf kann in Zukunft auch aufgebaut werden und dadurch Nachhaltigkeit hergestellt werden.

Die Autorinnen und Autoren

Dr. Angelika Mölbert

DRK-Landesverband Badisches Rotes Kreuz e.V.
Schlettstadter Straße 31
79110 Freiburg
Tel: 07 61 / 8 83 36-251
E-Mail: migration@drk-baden.de

Ulrike Hoffmeister, Gesundheitsmanagerin (Public Health)**Birgit Olbrich, Dipl.-Sozialpädagogin (FH)****Annette Napierala-Sprotte, Dipl.-Sozialarbeiterin (FH)****Robert Sandermann, Pädagoge (PH)**

AIDS-Hilfe Freiburg e.V.
Büggrenreuterstraße 12
79106 Freiburg
Tel.: 07 61 / 1 51 46 64-0
E-Mail: kontakt@aids-hilfe-freiburg.de

Prof. Dr. phil. habil. Nausikaa Schirilla**Alexandra Winter, Dipl.-Psychologin****Almut Herrenbrück, Dipl.-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin M.A.**

Katholische Hochschule Freiburg
Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung (IAF)
Karlstraße 63
79104 Freiburg
Tel.: 07 61 / 200-1518
E-Mail: iaf@kh-freiburg.de

Utta Link, Slawistik und Osteuropäische Geschichte M.A.

DRK-Kreisverband Emmendingen e.V.

Freiburger Str. 12

79312 Emmendingen

Tel.: 07641/4601-0

E-Mail: info@drk-emmendingen.de

Martina Eichert-Armbruster, Dipl.-Sozialpädagogin (FH)**Carmen Giesin, Dipl.-Sozialarbeiterin (FH)**

DRK-Kreisverband Freiburg e.V.

Rimsinger Weg 15

79111 Freiburg

Tel.: 0761/88508-0

E-Mail: info@drk-freiburg.de

Natascha Garvin Barba, Ethnologin M.A.

DRK-Kreisverband Landkreis Konstanz e.V.

Konstanzer Straße 74

78315 Radolfzell

Tel.: 07732/9460-0

E-Mail: info@rotkreuz-kv-konstanz.de

Katrin Riwozki, Dipl.-Sozialpädagogin (FH)

DRK-Kreisverband Waldshut e.V.

Fuller Straße 2

79761 Waldshut-Tiengen

Tel.: 07751/8735-0

E-Mail: info@drk-kv-wt.de

Die verwendete Literatur und Internetquellen

Akgün, Lale: Gesundheit zwischen strukturellen Gegebenheiten und kulturellen Patterns. In: Hegemann, Thomas et al. (Hg.): Interkulturelle Beratung. Berlin 2002

Albrecht, Niels J./Borde, Theda (Hg.): Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Frankfurt a. M. 2007

Altgeld, Thomas/Bächlein, Bärbel/Deneke, Christiane (Hg.): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Zielgruppen und Zielgruppengenauigkeit im Wandel. Frankfurt am Main 2006

Altgeld, Thomas et al.: Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik. Bonn 2006

Appel, E.: Auswirkungen eines Peer-Education-Programms auf Multiplikatoren und Adressaten. Eine Evaluationsstudie. O.O. 2002

Bade, Klaus (Hg.): Migration – Ethnizität – Konflikt: Systemfragen und Fallstudien. Osnabrück 1996

Bade, Klaus: Aussiedler: deutsche Einwanderer aus Osteuropa. Göttingen 2003

Bade, Klaus: Integration und Illegalität in Deutschland. Opladen 2001

Badura, Bernhard/Siegrist, Johannes (Hg.): Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. Weinheim, München 2002

Barth, Wolfgang/Czycholl, Dietmar: Sucht, Migration, Hilfe. Geesthacht 2005

Bbeauftragte der Bundesregierung für Migration und Integration (Hg.): Gesunde Integration. Berlin 2003

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

Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Bonn 2007

Beywl, Wolfgang: Zur Weiterentwicklung der Evaluationsmethodologie. Frankfurt a. M. 1997

Biener, Kurt: Gesundheitserziehung. Intervention und Evaluation. Bern 2005

Blümel, Stefan: Migration und Gesundheitsförderung. Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten. Fachtagung Migration und Gesundheitsförderung im Februar 2008. Köln 2009 (Gesundheitsförderung konkret, 12)

Borde, Theda et al.: (Hg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt a. M. 2003

Borde, Theda: Migration und Gesundheitsförderung – Hard to reach? Neue Zugangswege für „schwer erreichbare“ Gruppen erschließen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Migration und Gesundheitsförderung. Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten. Gesundheitsförderung konkret, Band 12. Köln 2009, S. 18-31

Borde, Theda: Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale. Frankfurt a. M. 2007

Bornemann, Reiner: Epidemiologie des Drogenkonsums und drogenassoziierter Infektionskrankheiten, insbesondere HIV/AIDS, in Osteuropa. Bielefeld 2001

Bornemann, Reinhard/A. Krämer: HIV-Ausbreitung bei i.v.-Drogenkonsumenten (IDU) in Mittel- und Osteuropa. Konsequenzen für Epidemiologie und Prävention in Deutschland. In: Brockmeyer, Norbert H. (Hg.): HIV-Infekt – Epidemiologie, Prävention, Pathogenese, Diagnostik, Therapie, Psycho-Soziologie. Berlin 2000, S. 141–148

Brockmeyer, Norbert H. (Hg.): HIV-Infekt – Epidemiologie, Prävention, Pathogenese, Diagnostik, Therapie, Psycho-Soziologie. Berlin 2000

Bröskamp-Stone, Ursula et al.: Gesundheitsförderung. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm et al. (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München 1998

Bukow, Wolfdietrich/Llaryora, Roberto: Mitbürger aus der Fremde. Soziogenese ethnischer Minoritäten. Opladen 1998

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.): Kriminalität von Aussiedlern. Working paper 12. Berlin 2008

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.): Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Berlin 2009

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.): Lebenslagen in Deutschland – Der zweite Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2005

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Gesundheitsförderung konkret, Band 5. Köln 2007

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Migration und Gesundheitsförderung – Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten. Gesundheitsförderung konkret, Band 12. Köln 2009

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte, Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 22. Köln 2003

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Blickpunkt Gesundheit, Band 6. Schwabenheim a. d. Selz 2006. Oder Download unter www.bzga.de/leitbegriffe

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.) Präventionsmappe sexuell übertragbare Krankheiten. Information und Beratung für Menschen verschiedener Kulturen. Köln, o. J.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): „Peer Education – Ein Handbuch für die Praxis“. Köln 2002

Connect plus (Hg.): HIV und AIDS in Russland und der Ukraine. Berlin 2006

Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.): Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige. Berlin 1999

Deutsche AIDS-Hilfe: Strukturelle Prävention. Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe. Band 23. Berlin 1988

Deutsche AIDS-Hilfe: Strukturelle Prävention. O.O. Band 33, 1998, S. 39ff.

Deutsches Institut für Urbanistik (difu): Good Practice in Altbau- und gemischten Quartieren. Eine Analyse im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Die soziale Stadt“. Berlin 2003b

Deutsches Institut für Urbanistik (difu): Good Practice in Neubauquartieren. Eine Analyse im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Die soziale Stadt“. Berlin 2003a

Dreißig, Verena: Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Bielefeld 2005

DRK-Landesverband Badisches Rotes Kreuz: Projektmanagement: Verfahrensbeschreibung. 2008

Eichler, Katja J.: Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit. Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migrantinnen. Wiesbaden 2008

Ethnomedizinisches Zentrum: Kulturspezifische HIV/AIDS-Prävention für Migranten in Niedersachsen. Sachbericht 2006. Hannover 2007

EU-Konferenz der nationalen AIDS Koordinatoren: Migration und AIDS. Empfehlungen der Community. Lissabon 2007

Falge, Christiane (Hg.) : Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Baden-Baden 2009

Fischer J.D./Fischer W.A.: Theoretical Approaches to Individual-level Change in HIV Risk Behavior. In: Peterson John L./DiClemente, Ralph J. (Hg.): Handbook of HIV Prevention. New York 2000, S. 3–55

Frank, Kerstin/Seifert, Birgit: Evaluation von Modellprogrammen oder: Der Spagat der Kröte. In: Heiner, Maja (Hg.): Experimentierende Evaluation. Ansätze zur Entwicklung lernender Organisationen. Weinheim, München 1998

Gaitanides, Stefan: Zugangsbarrieren von Migrant(innen)en zu den sozialen und psychosozialen Diensten und Strategien interkultureller Öffnung. In: Auernheimer, Georg (Hg.): Migration als Herausforderung für pädagogische Institutionen. Op-laden 2001

Geene, Raimund: Evidenz, Evaluation, Qualitätsorientierung und Good Practice – Beiträge zu einer partizipativen Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. In: Geene, Raimund/Kilian, Holger/Ryl, Livia/Schütte, Christian (Hg.): Qualitäten der Gesundheitsförderung. Berlin 2006, S. 15-25

GESUNDHEIT21 – das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 6, 1999

Ha, Kien Nghi: Ethnizität und Migration. Münster 1999

Haynes, Marion E.: Projekt-Management. Von der Idee bis zur Umsetzung. Wien 1996

Heiner, Maja (Hg.): Experimentierende Evaluation: Ansätze zur Entwicklung lernender Organisationen. Weinheim, München 1998

Hibert, Oksana: Junge Aussiedlerinnen in der Bundesrepublik Deutschland. Wie Integration gelingen kann. In: Feld, Katja/Freise, Josef et al. (Hg.): Mehrkulturelle Identität im Jugendalter. Die Bedeutung des Migrationshintergrundes in der sozialen Arbeit. Münster 2005

Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusbearbeitung e.V. (Hg.): In Russland Deutsche, in Deutschland Russen. Über Leben und Leidenschaften jugendlicher Spätaussiedler in ihrer zweiten (ersten) Heimat. Düsseldorf 2007

Institut der deutschen Wirtschaft (iwd): Integrationshemmnis Bildung. iwd Jg. 34, 4/2008, S. 4-5

Jungk, Sabine: Selbstorganisationen von Migrantinnen und Migranten – Instanzen gelingender politischer Partizipation? In: „Migration und Soziale Arbeit“, 2002, Heft 3-4, S. 61-72

Kilian, Holger: Good Practice als Methode der Qualitätsentwicklung. In: Geene, Raimund/Kilian Holger/Ryl, Livia/Schütte, Christian (Hg.): Qualitäten der Gesundheitsförderung. Berlin 2006, S. 31-36

Knipper, Michael/Bilgin, Yasar: Migration und Gesundheit. Eine Veröffentlichung der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. und der Türkisch-Deutschen Gesundheitsstiftung e.V. Sankt Augustin 2009

Knorr, Friedhelm: Projektmanagement für soziale Dienstleister: Projekte fachlich und zielorientiert steuern. Berlin 2003

- Kolhoff, Ludger: Projektmanagement. Baden-Baden, 2004. (Studienkurs Management in der Sozialwirtschaft)
- Kouznetsov, Laura/Kuznetsov, Alexander V./Wienecke, Ralf/Zippel, Stefan A. (Psychosoziale AIDS-Beratungsstelle der Klinik und Poliklinik für Dermatologie München): Virtueller Kongress Medizin und Gesellschaft. München 2007
- Kouznetsov, Laura/Kuznetsov, Alexander et al.: HIV/AIDS und Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion. Erste Erkenntnisse über die Einstellungen und das Wissen. In: Prävention und Gesundheitsförderung. Volume 1/2006–Volume 5/2010, S. 272–278
- Landespräventionsrat NRW (Hg.): Integration jugendlicher Spätaussiedler. Praxisempfehlungen und Hilfen zur Evaluation von Präventionsmaßnahmen. Düsseldorf 2006
- Landtag von Baden-Württemberg: Integration und Gesundheit. Drucksache 14/3133. Stuttgart 2008
- Nietfeld, Markus/Becker, Rolf: Harte Zeiten für Familien. Theoretische Überlegungen und empirische Analysen zu Auswirkungen von Arbeitslosigkeit und sozio-ökonomischer Deprivation auf die Qualität familialer Beziehungen. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation 19, 1999, S. 369–387
- Nörber, Martin: Peer Education. Bildung und Erziehung von Gleichaltrigen durch Gleichaltrige. Weinheim 2004
- Nörber, Martin: Peer Education. Ein Handbuch für die Praxis. Weinheim 2003
- Nüß, Sandra/Schubert, Herbert: Projektmanagement in der sozialen Arbeit. Köln 2004
- Peterson John L./DiClemente, Ralph J. (Hg.): Handbook of HIV Prevention. New York 2000
- Robert Koch-Institut (Hg.) Schwerpunktbericht Migration und Gesundheit. Berlin 2008
- Robert Koch-Institut (Hg.): Epidemiologisches Bulletin: Der Einfluss von Migration auf die HIV-Epidemie in Deutschland. Sonderausgabe B, 5.10.2007
- Robert Koch-Institut (Hg.): Epidemiologisches Bulletin Nr. 5. 8. Februar 2010
- Robert Koch-Institut (Hg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Schwerpunktbericht „Migration und Gesundheit“. Berlin 2008

- Rommelspacher, Birgit/Kollak, Ingrid (Hg.): Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Frankfurt a. M. 2008
- Rosenbrock, Rolf: Wirksamkeit und Qualität in der Primärprävention: Wissenschaft – Praxis – Wissenschaft. In: Geene, Raimund/Kilian, Holger/Ryl, Livia/Schütte, Christian (Hg.): Qualitäten der Gesundheitsförderung. Berlin 2006, S. 9–213
- Sanders, J.R. (Hg.): Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. Handbuch der Evaluationsstandards. Wiesbaden 2006
- Schmidt, Bettina/Kolip, Petra (Hg.) Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Weinheim 2007
- Schumann, Rosemarie: Fremde Heimat – Deutsche in Russland. Berlin 2003
- Schürmann, Alice: Aussiedler mit Suchterkrankungen. Ursachen und Wirkung. Saarbrücken 2007
- Schwartz, Friedrich Wilhelm et al. (Hg): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München 1998
- Schweizerisches Rotes Kreuz: Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Zürich 2004
- Srur, Nadya/Meinhardt, Rolf/Tielking, Knut: Streetwork und Case-Management in der Suchthilfe für Aussiedlerjugendliche. Oldenburg 2005
- Statistisches Bundesamt: Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Fachserie 1 Reihe 2.2, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Wiesbaden 2007. Download unter: www-ec.destatis.de
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Statistik aktuell 2007
- Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 11/2006
- Steffan, Elfriede/Sokolowski, Samanta: HIV/AIDS und Migranten/innen. Gesundheitsrisiken, soziale Lage und Angebote einschlägiger Dienste. Nationale Auswertung für Deutschland. Bonn 2005
- Stohrt, Tabea: Jugendliche Spätaussiedler im Integrationsprozess. Freiburg 2002
- Wolter, Hans/Grieger, Dorothea/Wesselman, Elisabeth: Einleitung: Gute-Praxis-Beispiele für Gesundheit und Integration. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.): Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Berlin 2007, S. 9–16

Wright, Michael T./Block, Martina: Bestandsaufnahme der Aktivitäten der AIDS-Hilfen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention. Berlin 2005

Internetquellen *(Stand: Juli 2010)*

Modellprojekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten“. Unter: http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=28

UNAIDS: Eastern Europe and Central Asia. Unter: www.unAIDS.org

UNICEF: Child Poverty in Rich Countries. 2005. Unter: www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard6e.pdf

WHO/UNAIDS: AIDS Epidemic Update 2007. Unter: http://data.unaids.org/pub/episodes/2007/2007_epiupdate_en.pdf

WHO: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. 1986

Unter: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German [16.06.2008]

www.aidshilfe.de

www.aids-info.ch

www.bkk-promig.de (Gesundheitswegweiser mehrsprachig)

www.bzga.de

www.bzga-avmedien.de

www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000000567

www.enrus.ru

www.gib-aids-keine-chance.de

www.machsmitt.de

www.mighealth.net

www.unicef.de/presse/pm/2010/aids-report-2010

www.welt-aids-tag.de

Bildnachweis

7	REGIERUNGonline / Chaperon
9	DRK Baden / Fehrenbach
70	Prof. Dr. Nausikaa Schirilla
92	Prof. Dr. Nausikaa Schirilla
124	Natascha Garvin Barba
125	Natascha Garvin Barba
128	Natascha Garvin Barba
130	Johann Rack
134	Carmen Giesin
135	Carmen Giesin
136	Carmen Giesin
136	Carmen Giesin
138	Carmen Giesin
143	a2r:media GbR
144	Alina Titova
148	Katrin Riwozki
149	Katrin Riwozki
156	Utta Link
162	Robert Sandermann
164	Robert Sandermann
170	Martina Eichert-Armbruster
171	Martina Eichert-Armbruster
174	Annette Breitsameter-Grössl
176	Annette Breitsameter-Grössl
182	Utta Link
184	Utta Link
186	ifas GmbH, Emmendingen, Jugend-Coaching-Projekt U 25

www.drk-baden.de

„Sind Kartoffeln gesünder als Vitamintabletten?“

„Kann man sich durch Küssen mit AIDS anstecken?“

„Gibt es einen Unterschied zwischen AIDS und HIV?“

Solche und andere Fragen wurden Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund gestellt. Die Jungs und Mädchen kamen aus Russland und der Ukraine, aus Rumänien und aus Deutschland. Die Kids waren sich nicht einig. Diskussionen entstanden, erste Kontakte mit den Sozialarbeiterinnen des DRK und der AIDS-Hilfe wurden geknüpft. Dies war der Anfang des zweijährigen Modellprojekts „Gesundheitsförderung und HIV/AIDS-Prävention für Menschen aus Osteuropa“ (GEMO), das vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurde. Im Modellprojekt GEMO arbeitete der DRK-Landesverband Badisches Rotes Kreuz e.V. als Projektträger eng mit den

DRK-Kreisverbänden Emmendingen, Freiburg, Konstanz und Waldshut, der AIDS-Hilfe Freiburg e.V. sowie der Katholischen Hochschule Freiburg zusammen. Ziel dieser Kooperation war es, spezielle Zugänge und Methoden zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und zur Vorsorge vor HIV/AIDS-Erkrankungen für Migrantinnen und Migranten aus Osteuropa zu entwickeln und zu erproben. Das Projekt sollte auch für die Wissenschaft relevante Erkenntnisse liefern und wurde deshalb von Wissenschaftlerinnen des Instituts für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung der Katholischen Hochschule Freiburg (IAF) begleitet.

In Kooperation mit:



**AIDS-Hilfe
Freiburg e.V.**

**KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG**
IAF – INSTITUT FÜR ANGEWANDTE
FORSCHUNG, ENTWICKLUNG UND
WEITERBILDUNG

