



WZB

Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung

HIV-Prävention bei Migrant/innen aus Hochprävalenzländern

Dr. Hella von Unger

Wissenschaftszentrum Berlin, Forschungsgruppe Public Health

Hamburger AIDS-Kongress, 28.-29.10.2009

Schreiben über Afrika... von Binyavanga Wainaina

„Zeigen Sie niemals das Bild eines modernen Afrikaners (...). Verwenden Sie stattdessen: eine Kalaschnikow, hervortretende Rippen, nackte Brüste. Falls Sie tatsächlich einen Afrikaner abbilden müssen, nehmen Sie einen Massai, Zulu oder Dogon. In Ihrem Text sollten Sie Afrika als ein einziges Land behandeln. Es sollte heiß und staubig sein mit wogenden Weiden, riesigen Tierherden und großen, dünnen Menschen, die Hunger leiden. (...) Betonen Sie, wie tief Musik und Rhythmus in der afrikanischen Seele verwurzelt sind, (...) Tabu-Themen sind Alltag, Liebe (es sei denn, es ginge auch um Tod), afrikanische Schriftsteller oder Intellektuelle, Schulkinder, die nicht unter Ebola oder anderen schlimmen Krankheiten leiden.“ (Süddeutsche Zeitung 17.1.2006)

Fallstricke im Diskurs



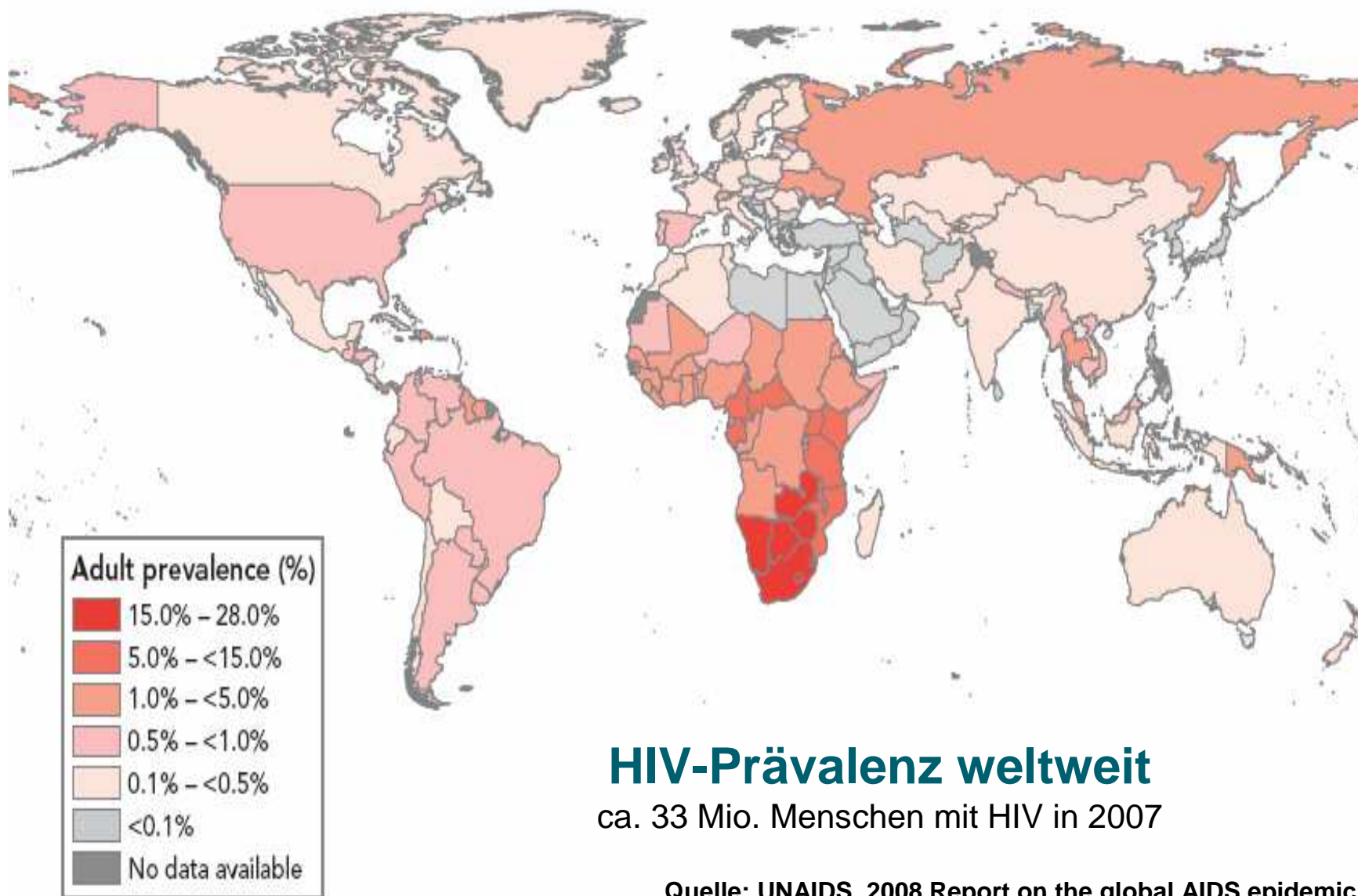
- ▶ Defizitorientierte Sichtweisen
 - ▶ Zuschreibungen und Stereotype (positiv und negativ)
 - ▶ Paternalismus
-

Was sind Hochprävalenzländer (HPL)?

- ▶ Länder, in denen HIV gehäuft auftritt (HIV-Prävalenz >1% in der allgemeinen Bevölkerung im Alter von 15-49 Jahren), und in denen HIV überwiegend heterosexuell übertragen wird

Zum Beispiel:

- ▶ Botswana (HIV-Prävalenz 2007: ca. 24%)
 - ▶ Lesotho (ca. 23%)
 - ▶ Swaziland (ca. 26%)
-



HIV-Prävalenz weltweit

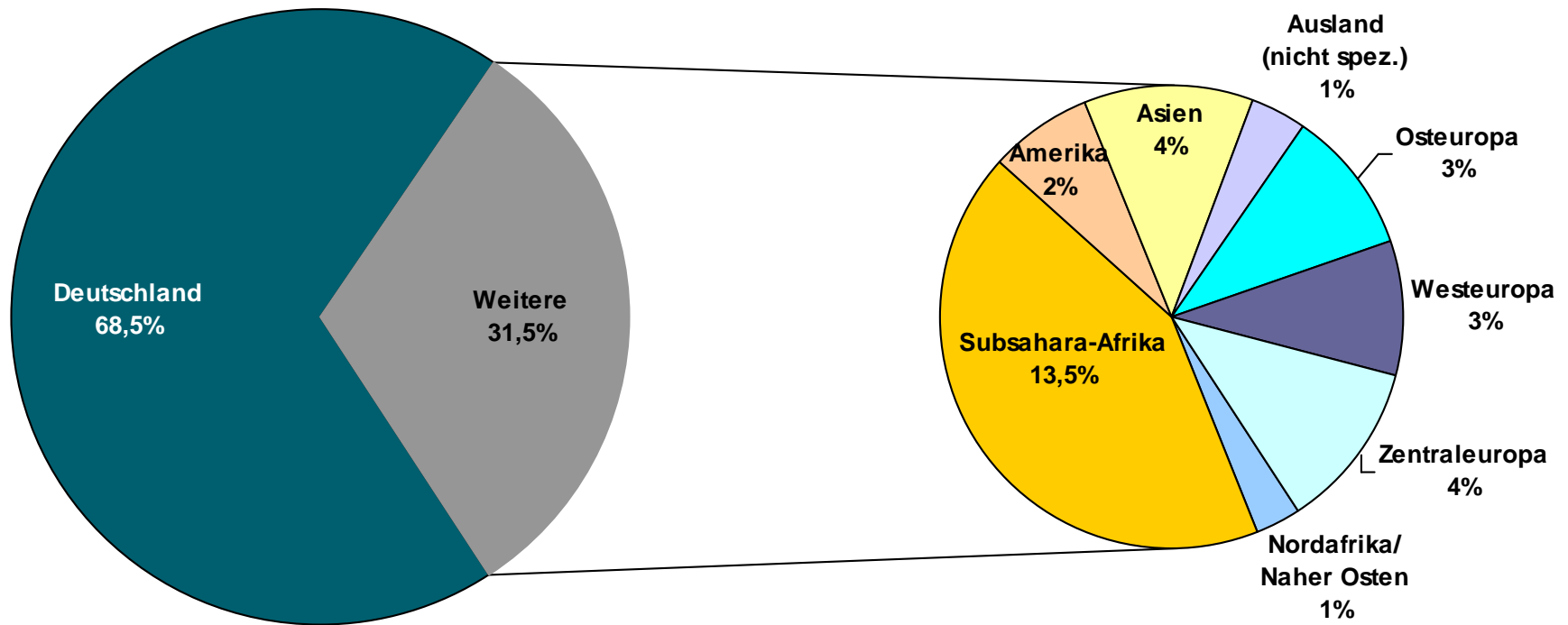
ca. 33 Mio. Menschen mit HIV in 2007

Quelle: UNAIDS, 2008 Report on the global AIDS epidemic

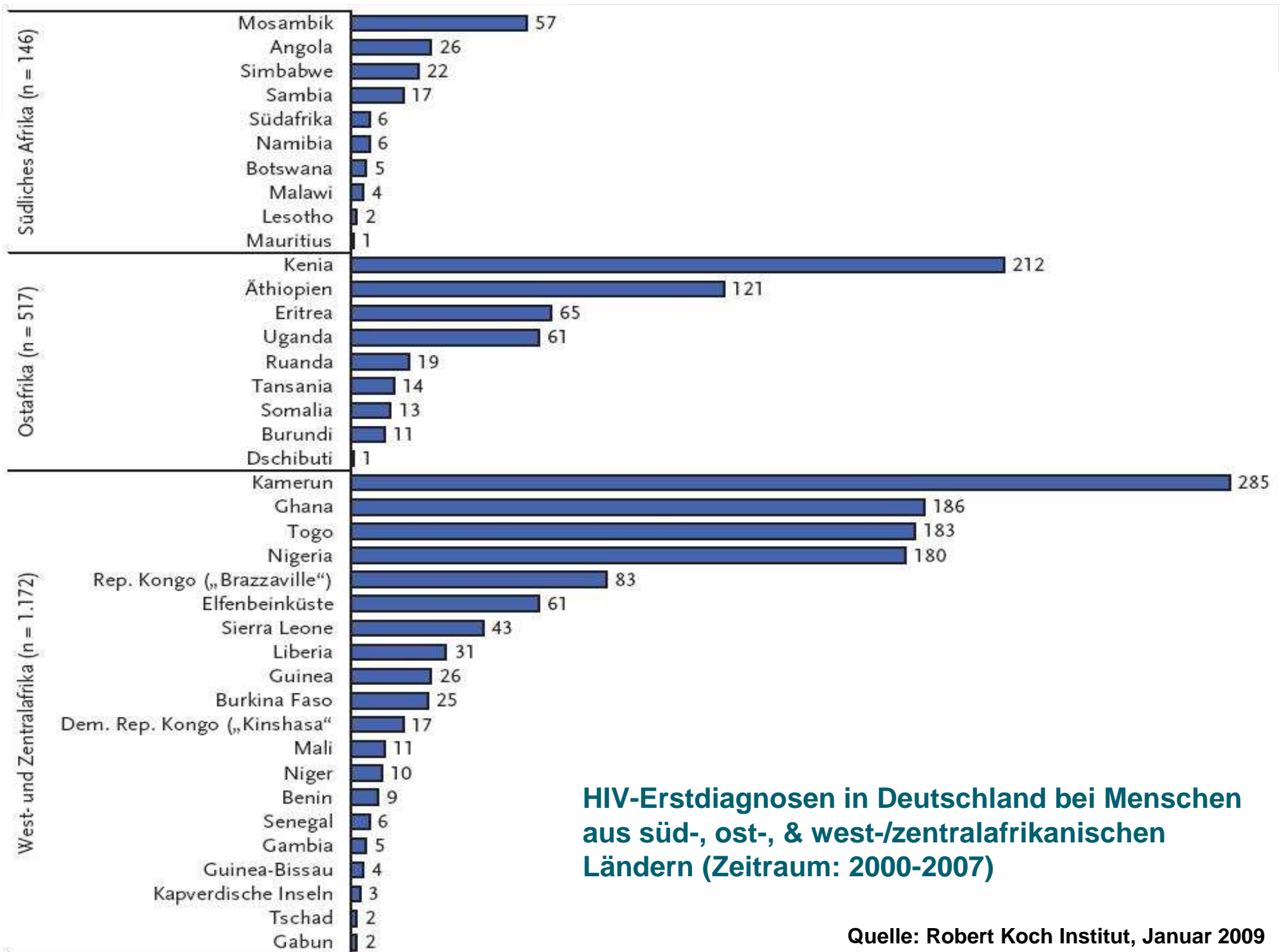
HIV bei Migrant/innen in Deutschland

- ▶ In den Statistiken des Robert Koch Instituts (RKI) werden „Personen, die aus Hochprävalenzländern stammen und für die kein anderes Infektionsrisiko angegeben wurde, unter der Kategorie ‚HPL‘ geführt.“
 - ▶ HPL: ca. 10-20% der HIV-Erstdiagnosen (10,5% in 2008; n=296)
 - ▶ Herkunftsland und Infektionsland werden seit 2001 systematisch erfasst → unterschiedliche Herkunftsländer und Infektionsrisiken sichtbar
 - ▶ Fast jede dritte Person, die neu mit HIV diagnostiziert wird, ist Migrant/in
-

HIV-Erstdiagnosen in Deutschland nach Herkunftsregion; 2001- 06/2009 (n= 15.849)

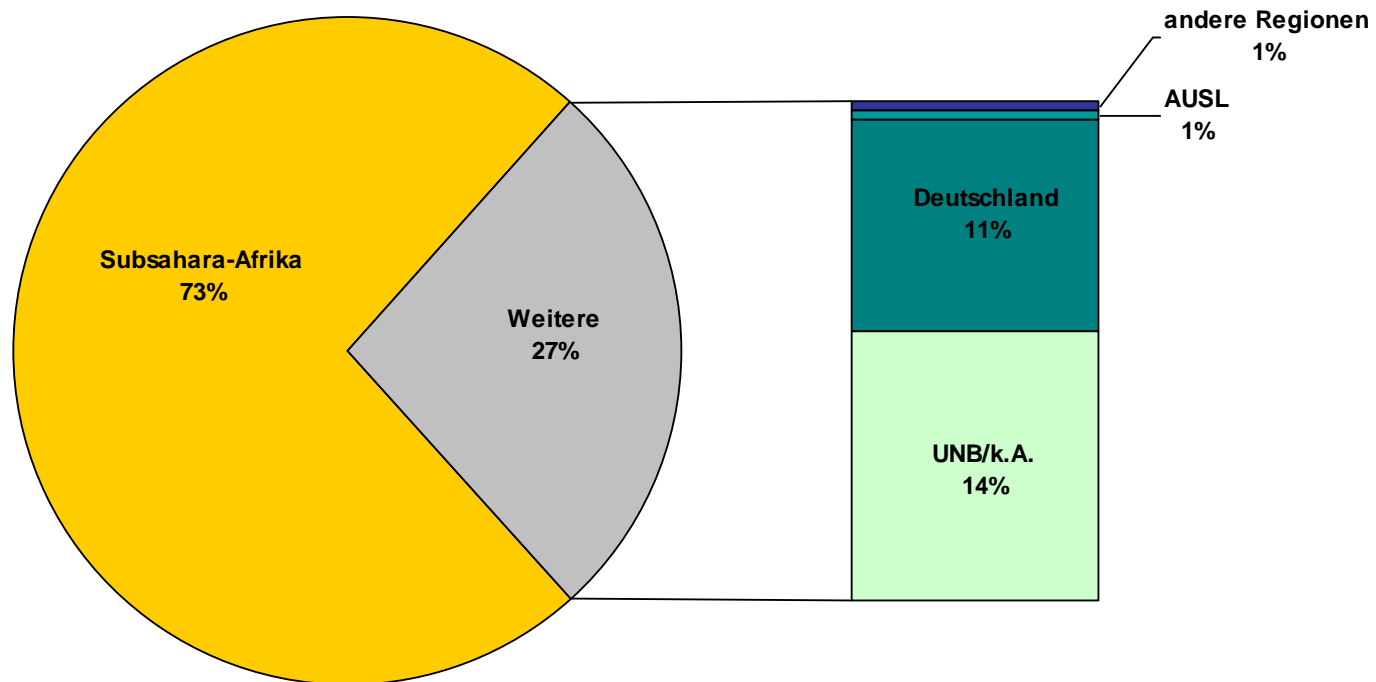


Quelle: Robert Koch Institut; September 2009



Quelle: Robert Koch Institut, Januar 2009

Infektionsregion von HIV-Erstdiagnosen mit Herkunft aus Subsahara-Afrika, 2001-2009/I (n=2.141)



Quelle: Robert Koch Institut; September 2009

Handlungsbedarf

- Primär- und sekundärpräventive Angebote stärker auf „die speziellen Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten“ abstimmen (RKI 2007)
 - Was sind die „speziellen Bedürfnisse“ von Migrant/innen?
-

Forschungsprojekt

- **P**artizipation und **K**ooperation in der HIV-Prävention mit **M**migrant/innen (PaKoMi)
 - Haupt-Kooperationspartner: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
 - Projekt-Laufzeit: 10/2008 - 10/2011
 - Förderung der wissenschaftlichen Begleitung (WZB) durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
 - Partizipative Forschung (Community-Based Participatory Research)
-

Projektphasen

1



2



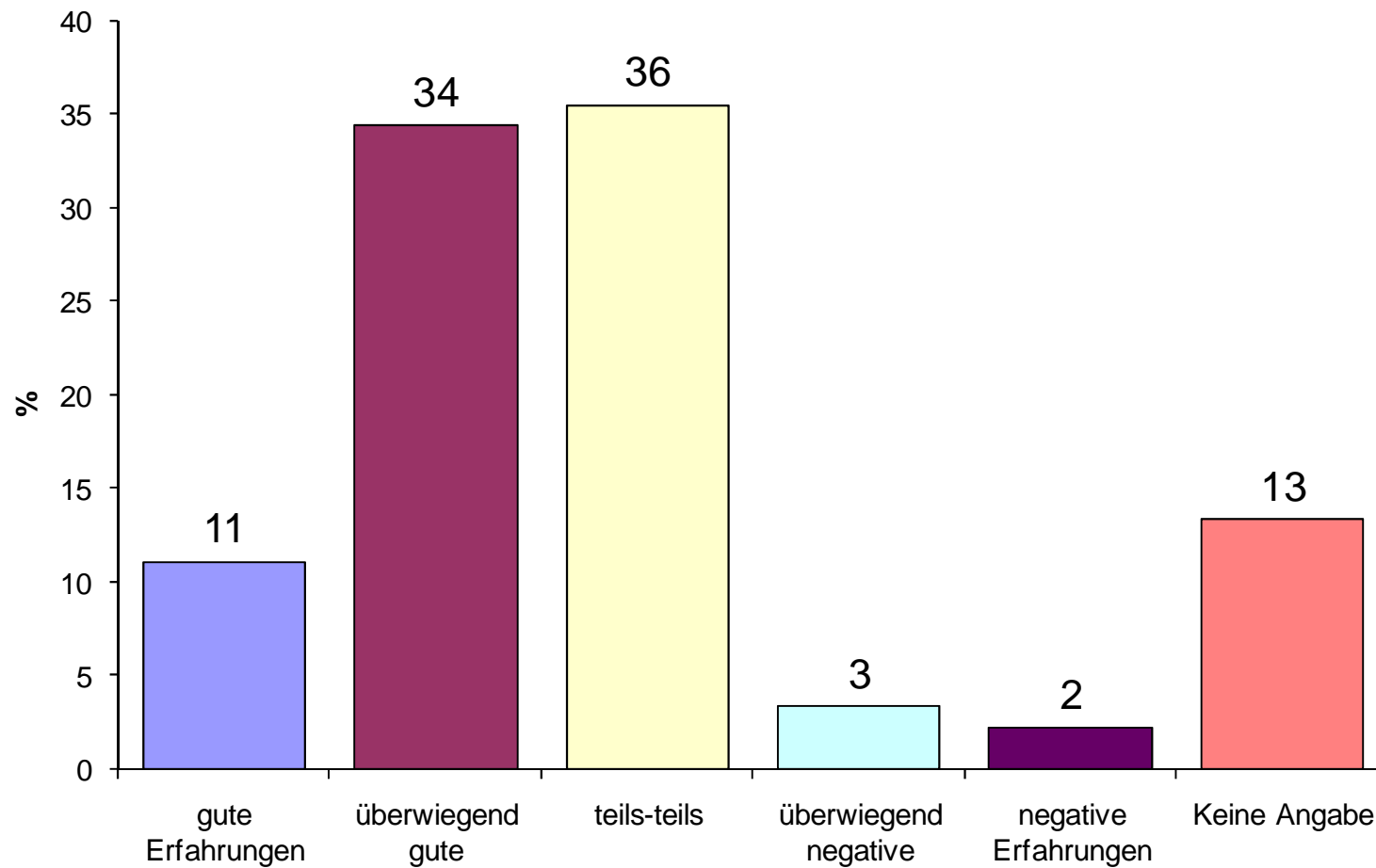
3

- Projektbeirat
 - Befragung der Aidshilfen
 - Fallstudien
 - Weiterbildungs-Workshops
 - Partizipative Auswertung
 - Verwertungsstrategien
-

Befragung der Aidshilfen (N=90)

- 89% erreichen Migrant/innen, insb. mit Präventionsangeboten für:
 - Jugendliche/Schüler
 - Allgemeinbevölkerung
 - Menschen mit HIV/Aids
 - Multiplikator/innen, Fachkräfte
 - Herkunftsregionen (besonders häufig erreicht):
 - Subsahara-Afrika (inkl. Kamerun, Kenia, Togo)
 - West-, Süd-, Mitteleuropa (inkl. Türkei, Polen)
 - Osteuropa und GUS
 - 35 % haben Angebote der Primärprävention speziell für Menschen mit Migrationshintergrund
-

Erfahrungen der Aidshilfen mit HIV-Prävention für Migrant/innen (in Prozent; n=90)



Erfahrungswerte: Positive Erfahrungen

- ▶ Persönliche Gespräche, individuelle Beratung
 - ▶ Mehrsprachige Materialien und Angebote
 - ▶ Multiplikator/innen
 - ▶ Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen (*Key Persons*)
 - ▶ Vernetzung und Zusammenarbeit (kommunal/Land)
 - ▶ „Bestehende Strukturen nutzen!“
 - ▶ Interesse, Offenheit und Engagement von Migrant/innen
 - ▶ „Fruchtbare Arbeit“, positive Rückmeldungen
 - ▶ Bereicherung der Arbeit und professionelle Entwicklung
-

Negative Erfahrungen / Probleme

- ▶ Hoher Aufwand
 - ▶ Schwieriger Zugang / eingeschränkte Erreichbarkeit
 - ▶ Probleme in der Zusammenarbeit
 - ▶ Ablehnung von Angeboten, Desinteresse
 - ▶ Sprachbarrieren
 - ▶ Andere Prioritäten gehen vor
 - ▶ HIV-Stigma
 - ▶ „Tabus“ und divergierende Werte
 - ▶ Ressourcenmangel
 - ▶ Strukturelle Mängel (Vernetzung , Steuerung)
-

Zitate

„Migrant/innen sind oft mit ganz anderen Themen wie z.B. der Absicherung der finanziellen Existenz, der Arbeitslosigkeit, dem Aufenthaltsrecht usw. beschäftigt und haben kaum Bezug zur Gesundheitsförderung oder Prävention. Das Thema HIV und Aids ist außerdem mit Tabus behaftet, so dass der Zugang noch mehr erschwert wird. Wenn sich dennoch jemand findet, der sich in der Arbeit engagieren möchte, fehlen Mittel zur Honorierung der Arbeit. Ehrenamtliches Engagement hat bei Migrant/innen Grenzen, da viele oft auf bezahlte Arbeit angewiesen sind.“

„Viel Engagement und persönlicher Einsatz.“

*„Hat der Zugang geklappt und ist Vertrauen hergestellt,
kann es sehr fruchtbare Arbeit sein.“*

„Kulturelle Vielfalt bereichert die Präventionsarbeit.“

„Gute Kooperationen, Akzeptanz der Einrichtung.“

Handlungsbedarf aus Sicht der Aidshilfen

- ▶ 87 % bezeichnen es als „wünschenswert, den Einfluss von Migrant/innen auf die HIV-Prävention zu erhöhen“
 - ▶ 72 % würden ihr Präventionsangebot für Migrant/innen gern verbessern
 - ▶ 53% verzeichnen lokalen Handlungsbedarf (28% weiß nicht)
 - ▶ Um die HIV-Prävention für Migrant/innen vor Ort zu verbessern, bedarf es insbesondere:
 - Mehr Ressourcen für die eigene Einrichtung, Zusammenarbeit & Migrantenselbstorganisationen (MSO)
 - Verbesserte Zusammenarbeit mit Migrant/innen
 - Mehr ehrenamtliche Mitarbeiter/innen m.M. und Aufwandsentschädigungen bzw. Honorare
-

Offene Fragen

- ▶ Bedarf und Bedürfnisse von Migrant/innen in Bezug auf HIV
 - ▶ Zielgruppenspezifische Angebote speziell für Migrant/innen?
 - ▶ Präventionsbotschaften anders „verpacken“?
 - ▶ Zusammenarbeit mit den Communities ja – aber wie?
-

Fazit

- ▶ HIV-positive Migrant/innen aus Subsahara-Afrika vielerorts relativ gut in Betreuung und Selbsthilfeangebote der Aidshilfen eingebunden
 - ▶ Stigmatisierung nach wie vor ein Problem
 - ▶ Handlungsbedarf: Primärprävention
 - ▶ Konsens: Migrant/innen stärker einbeziehen – aber wie?
 - ▶ Zusammenarbeit von Anbietern und Einrichtungen auf kommunaler Ebene ausbaufähig; Problem: Konkurrenz und unklare Zuständigkeiten
-

Ausblick

- ▶ Voraussetzungen für Partizipation und Kooperation schaffen (strukturell, interpersonell)
 - ▶ HIV-Prävention in Gesundheitsförderung einbetten („strukturelle Prävention“)
 - ▶ HIV-bezogenes Stigma in den Communities abbauen
 - ▶ Problem- und defizitorientierte Sichtweisen überwinden
 - ▶ Lebensweltliches Wissen, Kompetenzen und Kreativität von Migrant/innen nutzen und fördern
-

Herzlichen Dank an:

- ▶ die Aidshilfen, die an der PaKoMi-Befragung teilgenommen haben
- ▶ Silke Klumb (DAH)
- ▶ Karin Schwickerath und Michael T Wright (WZB)
- ▶ Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
- ▶ Ulrich Marcus (RKI)

Kontakt: unger@wzb.eu



„Der Kontinent Afrika – vor allem die Westküste - ist der weltgrößte Kakaoproduzent mit einem Anteil an der Gesamterzeugung von fast 60%. In Anlehnung daran wurde der Name Afrika für unsere vollschokolierten Waffeln gewählt.“ FAQ Bahlsen.com