



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

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
FAKULTÄT WIRTSCHAFT UND SOZIALES  
Department Soziale Arbeit  
Master Soziale Arbeit



**Lebenssituation und Alltagsbewältigung von  
Sub-Sahara AfrikanerInnen mit HIV/AIDS in Hamburg  
und deren Bedeutung für die deutsche Aidsprävention**

**- Master Thesis -**

Tag der Abgabe : 20.03.2010  
Vorgelegt von : Omer Idrissa Ouedraogo  
Matrikel-Nummer : 1927219  
Adresse : Paul-Sorge Straße 54, 22459 Hamburg

Betreuender Prüfer : Herr Prof. Dr. Louis Henri Seukwa  
Zweite Prüferin : Frau Prof. Dr. Marion Panitzsch-Wiebe

## **Inhaltsverzeichnis**

Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	5
Anhang	6
Abkürzungen und Glossar	6
Vorwort	8
Einleitung	11
<b>Kapitel 1 - HIV und AIDS bei MigrantInnen: Lebenssituation und Bewältigung</b>	<b>16</b>
1.1. Problematik: HIV/AIDS, Migration und Gesundheit	16
1.2. Afrikanische Kultur: moralisches Verständnis von Sexualität, Gesundheit und Krankheit, Bildung, kollektivistisches Gesellschaftsbild	17
1.2.1. Gesundheit	18
1.2.2. Sexualität	19
1.2.3. Bildung	20
1.2.4. Kollektivistisches Gesellschaftsbild:	20
1.3. Ansätze: HIV/ AIDS-Prävention in Afrika am Beispiel Burkina Faso	21
1.4. Afrika, Deutschland, Hamburg und AIDS: epidemiologische Kurzinformation	25
1.4.1. Weltweit:	25
1.4.2. Deutschland: HIV/AIDS in Zahlen	27
1.4.3. Deutschland/Hamburg: HIV/AIDS in Zahlen	28
1.4.4. Hamburg: HIV/AIDS in Zahlen	28
1.5. Leben von Sub-Sahara MigrantInnen in Deutschland	30
1.5.1. Probleme im alltäglichen Leben	30
1.5.2. HIV-Stigma, Ausgrenzung, soziale Exklusion von HIV/AIDS-Betroffenen	32
1.5.3. Psychosoziale und emotionale Probleme von HIV/AIDS-Betroffenen	34

<b>Kapitel 2 - Communitybildung von MigrantInnen in Hamburg</b>	<b>37</b>
2.1. Begriffsbestimmungen: Sozialraum - Community - Teilhabe – Partizipation	38
2.1.1. Sozialraumbildung innerhalb der Stadt	38
2.1.2. Ressourcen = unterstützende Quelle (aus dem englischen)	40
2.1.3. Community = Gemeinde (aus dem englischen)	41
2.1.4. Teilhabe und Partizipation von MigrantInnen im AIDS- Kontext	42
2.2. Die Community als Ressource für die Sozialarbeit in der HIV/AIDS-Prävention	44
 <b>Kapitel 3 - Lebenslagenanalyse</b>	 <b>46</b>
3.1. Definition und Dimensionen von Lebenslagen	46
3.2. Verwendungszusammenhang	49
3.2.1. Mikroebene: Handlungstheorien	49
3.2.2. Makroebene	49
 <b>Praxisteil</b>	 <b>50</b>
 <b>Kapitel 4 - Qualitative Untersuchung der Lebenssituation von MigrantInnen mit HIV/AIDS in Hamburg: Alltagsbewältigung und Lebensperspektive</b>	 <b>50</b>
4.1. Zur Methodik	50
4.2. Auswahlkriterien und Vorstellung der InterviewpartnerInnen	54
4.2.1. Natou (38), aus Togo	54
4.2.2. Annick (26), aus Nigeria	55
4.2.3. Christelle (38), aus Kamerun	56
4.2.4. Razack (41), aus Burkina Faso	57
4.2.5. Sample	58
4.2.6. Expertenbefragungen	59
4.3. Interview: Themenschwerpunkte	60
4.4. Zur Durchführung der Interviews	61

4.5.	Schwierigkeiten bei der Auswahl der InterviewpartnerInnen und bei der Durchführung der Interviews	61
4.6.	Vorgehensweisen bei der Auswertung der Interviews	63
<b>Kapitel 5 - Darstellung der Ergebnisse: Lebensrealitäten von AfrikanerInnen mit HIV/AIDS in Hamburg</b>		<b>63</b>
5.1.	Durchführung des HIV-Tests und Outing	64
5.2.	Alltagsbewältigung, Finanzen und Wohnsituation	65
5.3.	Gesundheit und Umgang mit der HIV- Infektion und der Therapie	68
5.4.	Bezug zum sozialen Netz, Community und bestehenden Hilfsangeboten	71
5.5.	Zukunft, Selbstbild und Lebensperspektiven	75
<b>Kapitel 6 - Diskussion der Ergebnisse</b>		<b>77</b>
6.1.	Die Rolle kultureller und sozialer Barrieren zur gesellschaftlichen Teilhabe	77
6.2.	Psychosoziale und emotionale Probleme als Hinderungsfaktoren für die gesellschaftliche Teilhabe – mögliche Lösungsansätze	81
6.3.	Ansätze für eine reelle Partizipation und Integration an der HIV/Aids Prävention für Menschen aus Sub-Sahara Afrika in Hamburg	82
6.3.1.	Sprache, niedrigschwellige Angebote und Erreichbarkeit	82
6.3.2.	Partizipation, (Aus-) Bildung und Vernetzung	83
6.3.3.	Community basierte Sozialarbeit	84
6.3.4.	„Cellule Relais“ in der Communityarbeit – ein Modell zur Aidsprävention	85
	Literaturverzeichnis (Aufsätze)	95
	Sonstige Quellenverzeichnis	100
	Zeitungsartikel:	100
	Internetquellen:	100

## **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Logo CNLS-IST Burkina Faso	24
Abb. 2: Erwachsene und Kinder mit HIV/AIDS, 2008 (Schätzungen)	25
Abb. 3: HIV-Prävalenz weltweit, 2007	26
Abb. 4: HIV/AIDS Todesfälle weltweit, 2007	26
Abb. 5: HIV-Erstdiagnosen in Deutschland bei Menschen aus süd-, ost-, & west-/zentralafrikanischen Ländern (Zeitraum 2000-2007)	27
Abb. 6: Schulung (Oktober 2009) von muttersprachliche MultiplikatorInnen durch die AIDS-Hilfe Hamburg	44
Abb. 7: Burkinische Mannschaft in Hamburg, 2009: Fußball als Wissenstransfer der AIDS-Botschaft in den afrikanischen Communities	46
Abb. 8: Café Afrika Sept. 2009. Aufklärung über Übertragungswege unter AfrikanerInnen	53

## **Tabellenverzeichnis**

Tab. 01: Tabellarischer Vergleich von kollektivistischer und individualistischer Gesellschaft	21
Tab. 02: Infektionszahl bei Erwachsenen und Kindern in Deutschland	28
Tab. 03: HIV Infektionszahl in Hamburg	28
Tab. 04: Bestätigte HIV-Antikörperteste in Hamburg- Verteilung nach Geschlecht	29
Tab. 05: Bestätigte HIV-Infektionen per Antikörpertest in Hamburg von Januar 2001 bis Juni 2009, aufgeteilt nach Herkunftsregion der Menschen	29
Tab. 06: Bestätigte HIV-Infektionen per Antikörpertest in Hamburg von Januar 2001 bis Juni 2009, aufgeteilt nach Geschlecht und Herkunftsregion	29
Tab. 07: Sozialen Daten der InterviewpartnerInnen	58

## Anhang

- Anhang 1: Mündliches Interview mit den Befragten
- Anhang 2: Schriftliche Umfrage für die Anlaufstelle (Experten-Interview)
- Anhang 3: Interviewprotokoll
- Anhang 4: Kodierleitfaden und Anonymisierung
- Anhang 5: Transkription des Interviews mit Natou
- Anhang 6: Transkription des Interviews mit Annick
- Anhang 7: Transkription des Interviews mit Christelle
- Anhang 8: Transkription des Interviews mit Razack
- Anhang 9: InterviewpartnerInnen gesucht

## Abkürzungen und Glossar

<b>AHH</b>	AIDS-Hilfe Hamburg e.V.
<b>AIDS</b>	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Erworbenes Immunschwäche-Syndrom)
<b>AJS</b>	Arbeitsgemeinschaft (AG)- Kinder und Jugendschutz Hamburg e.V.
<b>ALAVI</b>	Aids Beratungsstelle(e.V.), die für Menschen in Burkina Faso mit HIV/AIDS/STIs arbeitet
<b>Anti-retrovirale Medikamente</b>	Spezifische, die Virusvermehrung unterdrückende Medikamente
<b>ARV</b>	Abkürzung für Anti-retrovirale Medikamente.
<b>Best Practice</b>	Beispiele für beispielhafte Programme, Programme und Initiativen
<b>BRD</b>	Bundesrepublik Deutschland
<b>Care</b>	Behandlung/Pflege/Betreuung. Umfasst außer medizinischer und pflegerischer Betreuung auch spirituelle und psychologische Betreuung
<b>CDV</b>	„ Conseil dépi stage Volontaire“: (freiwillige) hier bezeichnet als Präventionsberatung
<b>CD4+ T-Zellen</b>	CD ist die Abkürzung für Cluster of Differentiation; diese Zellen werden auch als CD4-positive T-Zellen oder Helferzellen bezeichnet und hat besondere Bedeutung im Kampf gegen Viren. Im normalen Blut eines Erwachsenen machen die CD4+ T-Zellen 27-57% der Lymphozyten, bzw. 310-1570 Zellen/ $\mu$ l aus.
<b>Community</b>	Gemeinde oder Zusammenschluss von Menschen eines Landes in einer Organisation oder Verein (politisch, kirchlich, usw.)
<b>Continuum of Care</b>	Kontinuum der Pflege/Betreuung. Meint, dass die verschiedenen Bereiche in der Pflege/Betreuung von HIV-Infizierten ein Kontinuum darstellen
<b>CSW</b>	Siehe: Commercial Sex Workers
<b>CVLS- IST</b>	„Comité Villageois de lutte contre le SIDA et les IST“ : Dörfler AIDS-IST Ausschuss
<b>DAH</b>	Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
<b>Epidemiologie</b>	Wissenschaft von der Verteilung der Krankheiten innerhalb der Bevölkerungen und ihrer Determinanten

<b>Globaler AIDS, Tuberkulose und Malaria Fonds (GFATM)</b>	Fonds, der von der UNO-Sondervollversammlung zu HIV/AIDS beschlossen wurde und der eine gemeinsame Aktion von Regierungen, NROs einschließlich Kirchen und privaten Geldgebern darstellt
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus (Humanes Immunschwächevirus)
<b>Home Based Care</b>	Häusliche Krankenpflege. Meint die Betreuung der von HIV Betroffenen, die von Gemeinden selbst durchgeführt wird
<b>Inzidenz</b>	Zahl der neu aufgetretenen Fälle einer Erkrankung in einem bestimmten Zeitraum bezogen auf eine bestimmte Bevölkerung
<b>Mainstreaming</b>	Einbeziehung eines Themas in alle Bereiche einer Organisation, deren Policies und Programme
<b>Malaria</b>	Infektionskrankheit, die durch Stiche von mit Malariaparasiten infizierten Anophelesmücken übertragen wird
<b>MASSN</b>	„Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale“: Ministerium für Soziales und Nationale Solidarität
<b>MHA: Migrantinnen/innen die mit HIV/AIDS leben</b>	Wird von mir verwandt um die Migrantinnen und Migranten die von HIV und AIDS betroffen sind.
<b>MSM</b>	Männer, die Sex mit Männern haben. In der internationalen Literatur verwandt mit: Homosexuelle. Betont den Verhaltensaspekt und nicht den Seins-Aspekt des homosexuellen Verhaltens
<b>Mutter-zu-Kind HIV Übertragung</b>	Übertragung von HIV, die von der Mutter auf ihr Ungeborenes oder Neugeborenes erfolgt
<b>OUA</b>	Organisation of African Unity
<b>OEV</b>	Französischer Begriff. Meint Waisen und verletzte Kinder durch die AIDS-Krankheit
<b>Opportunistische Infektionen</b>	Erkrankungen die durch die Schwächung der Immunabwehr bei der HIV-Infektion auftreten
<b>PaKoMi</b>	Partizipation und Kooperation in HIV-Prävention mit MigrantInnen, eine wissenschaftliche Begleitstudie der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) in Kooperation mit dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
<b>Peer group</b>	Gruppe von Menschen, die im selben sozialen Umfeld leben (Schüler, Gruppe eines Berufes usw.)
<b>PLHA</b>	People living with HIV/AIDS (Menschen, die mit HIV leben)
<b>Prävalenz</b>	Die Häufigkeit einer Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt bezogen auf eine bestimmte Bevölkerung
<b>Querschnitttaufgabe</b>	Die Einführung eines Themas in alle Bereiche einer Organisation
<b>RKI</b>	Robert Koch Institut
<b>Sex Workers</b>	Begriff, der an Stelle von "Prostituierte" verwandt wird. Er ist wertneutraler, betont den „Arbeitsaspekt“ und vermeidet die Charakterisierung der Frauen mit dem Begriff Prostituierte und dessen negativer Bedeutung
<b>STIs</b>	Sexuell übertragbare Infektionen: Infektionen, die durch Sexualverkehr übertragen werden: Syphilis, Chlamydien, Herpes Simplex Virus, Gonorrhö, HIV u.a.
<b>SP- CNLS-IST</b>	„ Secrétariat Permanent du Comité national de Lutte contre le SIDA et les IST“: Sekretariat Permanent- Nationaler AIDS-IST Ausschuss
<b>SPSS</b>	Steht für Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren
<b>Tuberkulose</b>	Infektionskrankheit übertragen durch Tuberkelbazillen. Häufigste opportunistische Erkrankung in Afrika

<b>UNAIDS</b>	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Gemeinsames Programm von 8 UNO-Programmen zur Bekämpfung von HIV/AIDS
<b>UN</b>	United Nations (Vereinte Nationen)
<b>UNGASS</b>	„suivi de la déclaration d' engagement sur le VIH/SIDA“: National Composite Policy Index
<b>VCT</b>	Voluntary Counselling and Testing (freiwilliges HIV Testen und Beratung): HIV Testung mit vorhergehender und nachfolgender Beratung, das auf freiwilligem Einverständnis der Getesteten beruht
<b>WG</b>	Wohngemeinschaft
<b>WHO</b>	Die <b>Weltgesundheitsorganisation</b> (engl. <i>World Health Organization</i> , WHO) ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen mit Sitz in Genf (Schweiz). Sie wurde am 7. April 1948 gegründet und zählt 193 Mitgliedstaaten. Sie ist die Koordinationsbehörde der Vereinten Nationen für das internationale öffentliche Gesundheitswesen.

## Vorwort

HIV und AIDS wurden und werden immer noch von manchen sozialen Gruppen der Welt als Krankheit der Entwicklungsländer oder der homosexuellen Männer gesehen und empfunden. Doch unsere Wahrnehmung sollte sich differenzieren. Die Migration von Menschen aus unterschiedlichen Gründen weltweit, die zunehmende Entstehung binationaler Familien und die Vielfalt sexueller Orientierung und Praktiken von Menschen sollte uns umdenken lassen (vgl. Michael Beyer et al. HAW 2004, BZgA 2004).

HIV/AIDS hat in dieser Welt eine große Präsenz und geht uns alle an. Obwohl mittlerweile in westlichen Ländern gut therapierbar bleibt HIV/AIDS unheilbar. Die chronische HIV-Infektion führt nach wie vor unweigerlich früher oder später zum Tod. In den armen Ländern der Welt, speziell aber in Afrika, führt die Infektion mit HIV in den meisten Fällen schneller zum Tod, da das Geld für eine Therapie nicht vorhanden ist. Die erfolgreiche Therapie unter der man ein zumindest äußerlich normales Leben führen kann, nimmt aber vielen den Schrecken vor einer Infektion und den Gefahrensituationen, mit denen HIV/Aids noch bis vor einigen Jahren besetzt war. Safer Sex und Safer Use sind obligatorisch zum Schutz vor einer Infektion. Die Medizin hat große Fortschritte in der Therapie geleistet - der Traum von einer Impfung gegen AIDS konnte aber noch nicht verwirklicht werden. Jeder einzelne trägt also für sich selbst die Verantwortung, genauso wie für seine Mitmenschen.

Ich interessiere mich für das Thema, da ich selbst als Sozialarbeiter im Bereich der HIV/AIDS - Prävention in Hamburg tätig bin. Mein Schwerpunkt ist die Gewinnung und

Schulung von MultiplikatorInnen, Netzwerkgestaltung afrikanischer Communities und die Beratung und Begleitung von Betroffenen. Auch meine persönlichen Erfahrungen mit den Betroffenen der burkinischen Gemeinde (CBH e.V.), in der ich seit 2008 ehrenamtlich engagiert bin, haben mich darauf aufmerksam gemacht. Viele der Gemeindemitglieder werden durch ihre Situation als MigrantInnen ständig in ihrer menschlichen Würde verletzt, was des Öfteren zu psychosozialen Störungen und unnötigem, psychischem Stress bei Einwanderinnen und Einwanderer führt (vgl. Dr. Meryam Schouler-Ocak in Nah & Fern 2009. Nr.41: 1-13).

PLHA (People living with HIV/AIDS = Menschen die mit HIV /AIDS leben), besonders MigrantInnen mit HIV/AIDS, die keinen oder nur sehr schlechten Zugang zu medizinischer Versorgung in Europa bzw. in Deutschland haben, erleben ihre Krankheit alltäglich anders als die einheimische Bevölkerung. Dies führt zur Entstehung von Vorurteilen, Traumata, mangelnder Anerkennung und Komplexen im Selbstbewusstsein, psychosozialen und emotionalen Problemen bzw. Ausgrenzung bei MigrantInnen.

Meine eigene Erfahrung in diesem Bereich zeigt, dass einige Betroffene die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten verweigern, vor allem aus der Angst heraus ausgegrenzt oder abgeschoben zu werden. Vor allem die Angst vor Abschiebung entsteht aus der Unwissenheit über die deutsche Rechtslage, denn die Krankheit an sich gilt generell als Abschiebungshindernis<sup>1</sup>. Im AIDS-Länderbericht wird so zitiert: „HIV/AIDS kann dann ein Abschiebungshindernis darstellen, wenn bei der Rückkehr in das Heimatland mit einer raschen Verschlimmerung der Krankheit oder aber dem Tod des Abgeschobenen zu rechnen ist, so wird es in § 60 Abs.7 AufenthG definiert“ (AIDS-Länderberichte.de 2009).

Dazu kommt, dass ich in meinem Herkunftsland Burkina Faso mit dem Thema in meiner Tätigkeit als Sozialarbeiter und auch meiner psychologischen Magisterarbeit (vgl. Ouedraogo 2005) konfrontiert war und hier in Deutschland neue Erkenntnisse herausstellen möchte. Zudem habe ich durch meine Hausarbeit (HAW-Hamburg Wintersemester 2008/2009) zur Lebenslagenanalyse von direkt Betroffenen neue Erkenntnisse gewonnen. Bei den dabei stattfindenden Interviews mit der Gesprächspartnerin fiel v.a. die mangelhafte interkulturelle Kompetenz der zuständigen professionellen HelferInnen auf. Besonders auf den städtischen bzw.

---

<sup>1</sup> Unter Abschiebungshindernis bzw. Abschiebungsverboten versteht man allgemein Gründe, aus denen ein grundsätzlich ausreisepflichtiger Ausländer nicht zwangsweise in einen anderen Staat abgeschoben werden kann. Diese Gründe können rechtlicher, tatsächlicher, humanitärer oder persönlicher Art sein oder darin liegen, dass bei konkreter Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit im Aufnahmestaat von einer Abschiebung abgesehen wird (Timmann, in AIDS-Länderbericht.de 2007).

staatlichen Stellen wurde dies zusätzlich durch eine fragwürdige moralische Einstellung gegenüber Ausländern deutlich. Ein anderer Schwerpunkt war die starke religiöse Überzeugung und der Glaube der afrikanischen Menschen, der diesen eine Kraft- und Motivationsquelle für das Leben in der Fremde bietet. In ihren Gemeinden finden sie einen Raum der Heimat und eine Möglichkeit der Versorgung in Krankheitsfällen. Ein weiteres Problem bildet die mangelnde Integration und berufliche Perspektive.

Ich möchte mich bei allen bedanken, die mir geholfen haben um meine Arbeit zu schaffen. Mein großer Dank gilt den vier InterviewpartnerInnen, die mir ihre Lebensrealitäten und Lebenserfahrungen mitgeteilt haben und mir so meine Arbeit überhaupt ermöglichten. Dank geht ebenso an Prof. Dr. Seukwa und Prof. Dr. Panitzsch-Wiebe für die tolle Betreuung und auch für die unvergessliche Unterstützung während des Studiums. An meine Kollegin Mara Wiebe in der AIDS-Hilfe Hamburg, die mir sehr hilfreich bei der Strukturierung und Fertigung der Arbeit war. An Ute Senftleben für Ihre Unterstützung in der Durchführung der Interviews und auch für Ihre vielen Ratschläge. An Theresa Gnau für die prompte Korrektur der ganzen Arbeit und Daniel Schäfer für das Layout. Am meisten aber an meine Frau Kerstin, die mir Liebe, Kraft und Motivation geschenkt hat und mit viel Geduld Verbesserungen und Korrekturen an dieser Arbeit vorgenommen hat.

**Omer Idrissa OUEDRAOGO**

## Einleitung

HIV und AIDS ist eine Angelegenheit, die sich, weit über die gesundheitlichen und individuellen Aspekte hinaus, zu einem Thema von globalem Interesse mit sozialen, gesellschaftlichen, ökonomischen und politischen Facetten entwickelt hat, deren Auswirkungen noch nicht erahnt werden können.

In den letzten Jahren wurde das Thema in den Industrieländern bzw. in Europa viel thematisiert und kontrovers diskutiert, da auch hier zu Lande die Infektionszahl zunimmt (vgl. WHO 2009, RKI 2009). Dabei hinterfragt man, wie man die Epidemie in Europa, speziell in Deutschland eindämmen und bekämpfen kann.

Neue Ansätze werden gesucht und neue, häufig kurzfristige, Projekte gegründet, um entsprechende Handlungsmaßnahmen zu entwickeln und der Infektion und den davon betroffenen Menschen begegnen und sie unterstützen zu können (vgl. auch *PaKoMi - Projekt*<sup>2</sup> 2009). Die deutsche AIDS-Hilfe (DAH) mit ihren knapp 120 Mitgliedsorganisationen, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die Deutsche AIDS-Stiftung (DAS) beschäftigen sich mit Sozialdimensionen von HIV/AIDS und sind bekannte Institutionen die in diesem Bereich stark engagiert sind. Überdies findet man die Gesundheitsämter, die Deutsche AIDS-Gesellschaft (DAIG), die Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter (DAGNÄ e.V.), das Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), das Kompetenznetz HIV/AIDS und das Koordinierungsprogramm der vereinten Nationen (UNAIDS). Alle diese Institutionen betreiben Präventionsarbeit gegen Infektionskrankheiten und kämpfen für die Verbesserung der Lebensqualität von erkrankten Menschen (vgl. DAH Handbuch Migration, 2006: 112-116).

Unsere Gesellschaft verändert sich in einem schnellen Tempo, an das auch die Maßnahmen zur Prävention angepasst werden müssen. Doch auf welche Art und Weise kann das geschehen? Welche Wege und Akteure sollten begangen und hinzugezogen werden? Der immer größer werdende Kreis der verschiedenen Zielgruppen braucht neue Ideen, Ansätze und Methoden die speziell abgestimmt sein müssen, um einen Zugang zu ihnen zu schaffen. Wie kann man zuletzt auch gegen die Stigmatisierung und Ausgrenzung aller Menschen mit HIV angehen, wenn es doch

---

<sup>2</sup> PaKoMi steht für Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrantinnen und Migranten. Es ist eine Zusammenarbeit (Kooperationsprojekt) zwischen der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) und dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) in dem die reale Teilhabe und Kooperation mit Migrantenorganisationen (zielgruppenspezifisch) in der primären HIV-Prävention gefördert und unterstützt werden sollen.

ein Tabuthema ist? Wie bricht man ein Tabu, das sich durch ein stetiges Schweigen auszeichnet und mit so vielen kulturellen Schamthemen belegt ist?

Bezogen auf Deutschland gibt es eine Vielzahl von Studien über HIV/AIDS und sexuell übertragbare Infektionen. Weltweit findet man unzählige Projekte, Forschungen und Erfahrungsberichte die sich mit dem Thema HIV in vielen Facetten befassen, wie z.B. das Handbuch Migration (DAH 1998, BZgA 2003, 2008), Kommunikation über HIV/AIDS (Martina Drescher 2008a, 2008b und Sabine Kläger 2006), Umgang mit HIV/AIDS (Beier, Sieglinde, 2005), afrikanische Communities in Deutschland (Aeromo Muluneh, Aderajew Waka in Deutsche AIDS-Hilfe 2000 Band 41, AIDS & Migration), sexuelle und reproduktive Gesundheit bis hin zur Pflege, Therapie und rechtlichen Fragen (Helga Exner-Freisfeld 2001; Hansjörg Dilger 2005; Jacob Hösl 2007) und einigen anderen. Aeromo Muluneh und Aderajew Waka (2000) beschreiben und fordern den normalen und positiven Umgang mit afrikanischen MigrantInnen. Darüber hinaus möchten sie neue Präventionsstrategien gemeinsam mit Schlüsselpersonen aus den Communities erarbeiten.

Michael Beyer et al (2004) hat einen Überblick über die HIV/AIDS-Problematik in Hamburg geschaffen, der Trends aufgezeigt und ebenso die Struktur der AIDS-Prävention beschreibt. In seinem Fazit wurde unter anderem herausgefunden, dass die Gruppe von MigrantInnen aus sogenannten Hochprävalenzländern am zweit häufigsten von HIV betroffen ist, nach der Gruppe der homosexuellen Männer. Leider wurde nicht erwähnt, wie man deren Bedürfnisse und Belange berücksichtigen kann, um ihre gesellschaftliche Teilhabe bzw. Partizipation und Kooperation fördern zu können.

Besonders Einwanderer aus Hochprävalenzländern (im Folgenden *HPL*<sup>3</sup>) bilden einen neuen Personenkreis der mit vielen speziellen Problematiken behaftet ist; sie stammen zumeist aus afrikanischen Ländern, einige aus Asien und der ehemaligen USSR (vgl. Michael Beyer, Alexander Langer, Maike Schnoor, HAW 2004:17; Matthias David und Theda Borde in Mabuse 2009: 25). Diese Gruppe gilt als eine der Gruppen mit *den höchsten Risikofaktoren*<sup>4</sup>. Besonders Frauen dieser

---

<sup>3</sup> Hochprävalenzländer (HPL) sind Länder in denen über ein Prozent der Bevölkerung mit dem HI-Virus infiziert ist.

<sup>4</sup> Im Migrationskontext können etwa ein prekärer Aufenthaltsstatus, mangelnde Ressourcen, Diskriminierung und Stigmatisierung, ortsübliche sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, ungenügende nötige Informationen über das Funktionieren des Gesundheitssystems dazu führen, dass die MigrantInnen einem erhöhten gesundheitlichen Risiko ausgesetzt sind.

Einwanderergruppe sind von der Pandemie betroffen (vgl. Christiane Howe in Handbuch Migration 1998: 66ff, Exner-Freisfeld, 2001: 291ff).

Zusammengefasst kann man sagen, dass die Untersuchungen die bisher stattgefunden haben, nur in mangelnder Art und Weise durchgeführt wurden, bzw. relevante Untersuchungen in der bisherigen Forschung und den Recherchen im Bereich der Aidsarbeit für die praktische Arbeit unbeachtet blieben, wie z.B. die spezifischen Untersuchungen von AfrikanerInnen und deren Belange und die besondere Rolle ihrer Communities im Alltagsleben. Die Aspekte der gesellschaftlichen Teilnahme und Teilhabe von HIV-Betroffenen MigrantInnen fand bisher nur sehr wenig Beachtung. Das Thema an sich gilt als Querschnittsthema (vgl. Deutsche Welthungerhilfe 2001). Die Literatur, die ein passendes Handlungsangebot mit der Mitbeteiligung der afrikanischen Communities fordert, ist ergänzungsbedürftig.

Die rasante Veränderung der postmodernen Gesellschaft zwingt uns geeignete Arbeitsformen des methodischen Handelns der Sozialen Arbeit (SA) wie klientenzentrierte Gesprächsführung, multiperspektivische Fallarbeit, Mediation, Familientherapie, themenzentrierte Interaktion und Empowerment, zeitnah und an die Zielgruppe angepasst einzusetzen (vgl. Michael Galuske 2009: 158-266).

Wenn wir wissen, dass Chancengleichheit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, frage ich mich, inwieweit MigrantInnen mit HIV/AIDS eine Chance erhalten am ökonomischen, sozialen und kulturellen Leben teilzunehmen?

Dazu sind einige zentrale Fragen zu stellen: Inwieweit können Menschen aus Sub-Sahara Afrika, die in Hamburg leben, besser in das Gesundheitssystem integriert werden, um Gesundheitsvorsorge und HIV-Prävention zu ermöglichen? Wie müssen kulturelle und soziale Barrieren als auch psychosoziale und emotionale Probleme berücksichtigt werden, um eine gesellschaftliche Teilhabe für diese Gruppe zu realisieren?

Um diese zentralen Fragestellungen einzuschränken und vertiefen zu können, orientiere ich mich in dieser Arbeit an den folgenden Leitfragen. Unter welchen Umständen bzw. psychosozialen und sozioökonomischen Lebensbedingungen leben MigrantInnen mit HIV/AIDS aus Sub-Sahara Afrika in Hamburg? Wie gestalten MigrantInnen mit HIV/AIDS aus Sub-Sahara Afrika ihr Alltagsleben bzw. welche Lebensbewältigungsstrategien entwickeln sie? In welchem Umfang können geeignete

gesellschaftliche Antworten (Professionelle, Gemeinden, Politik etc.) für diese Gruppe unter Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse bzw. ihrer psychosozialen und emotionalen Probleme erbracht werden? Inwieweit können Diskriminierung und Stigmatisierung seitens der eigenen Landsleute als auch durch Deutsche zur Ausgrenzung und sozialer Exklusion von Betroffenen führen? Welche Rolle können die Gemeinden (Communities) und Schlüsselpersonen spielen, um mehr Akzeptanz und Solidarität gegenüber den Betroffenen zu erlangen? Inwieweit kann man durch Teilhabe bzw. Partizipation der Betroffenen bessere Angebote unter Berücksichtigung der Kulturspezifität schaffen?

Mein Thema hat besondere Bedeutung, da ich versuchen werde die Situation einer spezifischen Zielgruppe in Bezug auf HIV/AIDS in Hamburg zu rekonstruieren. Berücksichtigt werden Aspekte wie Lebenslagen bzw. psychosoziale und emotionale Komponenten, Bildung und Teilhabe von Betroffenen in der Fremde als Teil der Gesellschaft. Vor allem ist es dabei wichtig, dass die Menschen mit HIV/AIDS in ihre Community eingegliedert werden und die Auseinandersetzung zum Thema AIDS geschaffen wird. In Afrika kehren die an AIDS erkrankten Menschen aus städtischen Gebieten zur Versorgung und Pflege in ländliche Regionen und gleichzeitig in ihre Herkunftsfamilien zurück (vgl. Deutsche Welthungerhilfe 2001); jedoch findet dieses System der Versorgung bei MigrantInnen in einem fremden Land keine Handhabe. Dadurch sehen wir uns in der Arbeit mit MigrantInnen mit vielfältigen Problemen konfrontiert. Die Arbeit unterscheidet sich von bereits bestehenden oder ähnlichen Arbeiten durch das Forschungsfeld, die große Zahl der in Hamburg lebenden afrikanische MigrantInnen (17.714 welche keinen deutschen Pass besitzen) (Pressestelle des Senats Hamburg September 2008) sowie auch durch die Replizierung der Studie über die Zielgruppe in Hamburg hinaus.

Ich beschäftige mich in meiner Masterarbeit mit den in Deutschland lebenden MigrantInnen aus Sub-Sahara Afrika. Vor allem beschäftige ich mich mit jenen, die in Hamburg leben, um herauszufinden, welche Möglichkeiten es gibt, diese Gruppe der von HIV/AIDS betroffenen MigrantInnen besser zu verstehen und dadurch bessere Möglichkeiten der Hilfe und der Unterstützung durch SozialarbeiterInnen, durch AIDS-Hilfen, ehren- und hauptamtliche MitarbeiterInnen, die afrikanischen Organisationen oder Communities und anderer Akteuren zu entwickeln und zu fördern. Ziel ist es die Problematik und Sichtweise der Gruppe aus Sub-Sahara Afrika darzustellen bzw. rekonstruieren zu können und Lösungsansätze für die Alltagsbewältigung zu finden.

Die Masterarbeit gliedert sich in sieben Kapitel.

Das erste Kapitel der Arbeit umfasst den theoretischen Aspekt hinsichtlich der Problematik von Kultur- und Moralverständnis und Migration in Bezug auf HIV/AIDS sowie die epidemiologische Darstellung der Seuche. Dieses Kapitel stützt sich auf die Informationen der DAH, des Robert-Koch-Institutes sowie der WHO, um dem Leser einen allgemeinen Überblick über die weltweite Aids-situation zu geben. Besonders einbezogen wurden die Arbeiten von Hans Thiersche (2009), Hella von Unger (1999/2000), Staub-Bernasconi (2007) und Henri Seukwa (2006/2009) sowie die Arbeiten verschiedener Arbeitskreise zum Thema Aids und Migration. Anhand ihrer Theorien und Untersuchungen wird die Problematik eines Lebens in Migration mit den speziellen Hintergründen der Heimatkultur dargelegt, und das Moralverständnis der für die Aids-Arbeit wichtigen Bereiche beschrieben.

In Kapitel zwei werde ich zunächst die Begriffsbestimmungen von Sozialraum, Partizipation und Community sowie deren Bedeutung für das Thema anhand der Theorien von Martin Kronauer (1996/2001), Maria Lüttringshaus (2000) und anderen, vor allem aber von Pierre Bourdieu (1983, 1987, 2002, 2007) erörtern. Pierre Bourdieus Theorien über Sozialraum und Kapital bilden den Hintergrund für die Erklärung der Communitybildung von MigrantInnen und erklärt welche Kapitalsorten der Zielgruppe in ihren unterschiedlichen Sozialräumen für die Aidsprävention von Bedeutung sein könnten. Eine neuere Forschung von Hansjörg Dinger (2005) über den *Home-Based-Care*<sup>5</sup> Ansatz findet seine Verwendung in der Communityarbeit.

Das dritte Kapitel diskutiert ausschließlich die Ansätze der Lebenslagen- und Dimensionen und deren Verwendungszusammenhang bezüglich der Handlungstheorien (Mikroebene) und Strukturtheorien (Makroebene) als Grundlagen. Dabei beziehe ich mich auf die Hypothesen von Dietrich Engels (2006), Ingrid Nahnsen (1975) und Claus-Henning Ammann (2002) um die theoretische Grundlage für den Praxisteil zu legen und die Wichtigkeit der Betrachtung des Lebensraumes für die Arbeit deutlich zu machen.

Das vierte Kapitel widmet sich der Praxisdimension meiner Arbeit, Mit einer qualitativen Untersuchung der Lebenslagen und Alltagsbewältigung von vier afrikanischen MHA in Hamburg sollen Probleme und Lücken in der Versorgung von positiven MigrantInnen aufgezeigt werden. Zunächst werden die Methoden zur Durchführung und Auswertung der Interviews erklärt und die Befragten vorgestellt.

---

<sup>5</sup> Home-Based-Care (englisch) und bedeutet häusliche Betreuung der an AIDS erkrankten Menschen, die von Professionellen und von Gemeinschaften selbst geleistet werden.

Kapitel fünf befasst sich ausschließlich mit der Auswertung der Interviews und der Differenzierung der Dimensionen von Lebenslage. Wichtige Auszüge der Interviews werden zitiert und beschrieben.

Im sechsten Kapitel werden die Ergebnisse ausgewertet und auf der Grundlage der Theorien aus Kapitel eins diskutiert. Eigene Gedanken und Vorschläge zu neuen und anderen Arbeitsansätzen in der Aidsarbeit mit MigrantInnen werden dargestellt.

## **Kapitel 1 - HIV und AIDS bei MigrantInnen: Lebenssituation und Bewältigung**

### **1.1. Problematik: HIV/AIDS, Migration und Gesundheit**

Deutschland ist heutzutage ein Land der Einwanderung. In der Bundesrepublik Deutschland (BRD) leben mehr als 15,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Viele Menschen aus unterschiedlichen Ländern der Welt leben hierzulande als MigrantInnen, davon 272.376 aus Afrika (statistisches Bundesamt, 2006). Diese besitzen verschiedene *Aufenthaltstitel*<sup>6</sup>, durch die die Umstände ihres Lebens in der BRD in weiten Zügen bestimmt werden. So gibt es Personen, die mit Duldung hier leben, und andere, die sich ohne gültige Papiere in Deutschland aufhalten. Es gibt gesunde und kranke MigrantInnen, darunter die besondere Gruppe der von HIV/AIDS Betroffenen. Dieser Gruppe der an AIDS-Erkrankten gehören u.a. MigrantInnen aus Sub-Sahara Afrika an, in deren Heimatländern über ein Prozent der Bevölkerung mit HIV infiziert ist (vgl. DAH & BZgA 2008: 19, Aemero Mulneh und Aderajew Waka 2000:134). Aufgrund ihrer Hautfarbe, Krankheit, wirtschaftlichen Situation, Armut, *Lebensstile*<sup>7</sup>, ihres Bildungsniveaus und einigem anderen werden viele diskriminiert, stigmatisiert und ausgegrenzt. Sie sind diejenigen mit den meisten und vielfältigsten Schwierigkeiten. Ihre Lebenslage ist daher meist sehr nachteilig geprägt (vgl. Reader Fachtagung „Interkulturelle Aspekte der HIV-Prävention und Versorgung für Menschen aus Afrika“ 2001: 10-12).

Besonders große Städte, die einen hohen Einwanderer-Anteil haben, wie z.B. Hamburg spüren diese Probleme deutlich. Die meisten MigrantInnen „jonglieren“ hier in vielen Bereichen des alltäglichen Lebens. Vor allem die Unwissenheit über

---

<sup>6</sup> Dazu ausführlich mit Classen (2008) und aber auch entsprechenden Sozialleistungen für MigrantInnen und Flüchtlinge.

<sup>7</sup> *Lebensstil* kann vielmehr verstanden werden als symbolisches Kapital und kann definiert werden als konsistente Muster des Handelns, vor allem in den Bereichen der Freizeit und des Konsums und dienen der Abgrenzung der sozialen Zugehörigkeit und der Herstellung einer Identität (vgl. Bourdieu 1987).

Deutschland, die Kultur aber auch die Gesetzgebung führen häufig zu falschen Ängsten und Handlungen. Deshalb flüchten sich viele in die afrikanischen Gemeinden, die für sie ein Heimatgefühl bieten. So besteht die Gefahr der Bildung einer Parallelgesellschaft, und die Hemmschwelle Hilfe anzunehmen bzw. die Eintrittsschwelle für Fremde wird zunehmend höher.

Der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung ist aus gesetzlichen Gründen und Unwissenheit meist maximal erschwert bis unmöglich. Sie haben kaum einen Zugang zu den sozialen Systemen (vgl. Henri Seukwa 2006; DAH: Handbuch Migration 1998: 249ff, Döll 2000: 44ff). Viele wissen weder welche Leistungen ihnen zustehen noch wie und wo man sie erhalten kann. Häufig ist es die Sprache, die eine Barriere bildet, um das in Anspruch nehmen zu können was helfen würde. Medikamente die HIV-positive Menschen brauchen sind teuer und nicht ohne ärztliches Rezept zu bekommen. Die große Zahl von 60.000 illegalen Menschen, die seit mehr als sechs Jahren in Deutschland lebt (vgl. Pro Asyl, Oktober 2009) illustriert wie groß und sensibel eine andere Gruppe von MigrantInnen ist, die sich vom Gesundheitssystem ausgeschlossen finden. Erschwerend kommt hinzu, dass einige Krieg, Folter, Hunger und postkoloniale Belastung, schwer erlebt haben (vgl. DAH & BZgA 2008, Seukwa in Impetus/HAW 2009).

Darüber hinaus gilt die stigmatisierte Krankheit HIV/AIDS als Tabu unter MigrantInnen aus Sub-Sahara Afrika (vgl. Aktionsbündnis gegen AIDS 2000, Dilger 2005: 282ff, Grill & Hippler 2009), was häufig zu einer Verheimlichung der Krankheit auch innerhalb ihrer eigenen Gemeinde führt.

## **1.2. Afrikanische Kultur: moralisches Verständnis von Sexualität, Gesundheit und Krankheit, Bildung, kollektivistisches Gesellschaftsbild**

Afrika ist ein Kontinent der viele verschiedene Kulturen beherbergt. In Europa gehen dennoch viele Menschen davon aus, dass es eine afrikanische Kultur gibt. Dies ist jedoch genauso ein Irrtum wie der von einer einheitlichen europäischen Kultur zu sprechen. Ebenso wenig wie man Spanien mit Russland vergleichen kann, ist es möglich die Kultur der Elfenbeinküste im Westen Afrikas mit der Kenias, an der Ostseite zu vergleichen. Sicherlich gibt es einige große Gemeinsamkeiten, doch ich möchte in meiner Arbeit lediglich über die Kultur West- und Sub-Sahara-Afrikas sprechen. Zum einen komme ich selbst aus Burkina Faso und bin in diesem

Kulturkreis aufgewachsen, zum anderen stammen meine KlientInnen in der AIDS-Hilfe hauptsächlich aus dieser Region Afrikas.

Kultur und moralische Werte sind die Bausteine einer jeden Erziehung. Sie begleiten uns von Kindesbeinen an, lassen uns unser Leben an ihnen orientiert gestalten und wir geben sie an unsere Kinder weiter. Es ist nahezu unmöglich sie vollständig abzulegen oder zu unterdrücken. So bringen auch afrikanische MigrantInnen eigene Wert- und Kulturvorstellungen mit, die auf ihre Lebensgestaltung in der Migration abfärben und diese beeinflussen. Gleichzeitig ist die Auseinandersetzung mit Normen, Werten, Vorstellungen und Lebensformen (z.B. Homosexualität) in der neuen Heimat wichtig.

Im Folgenden werde ich die Bereiche erörtern, die für die HIV/AIDS- Arbeit primär von Bedeutung sind.

### **1.2.1. Gesundheit**

Der Begriff Gesundheit steht im afrikanischen Verständnis primär mit dem äußeren Bild eines Menschen in Verbindung - wenn ein Mensch gut isst und äußerlich gesund aussieht - dann ist er auch gesund. Gesund ist aber auch der, der nach den gesellschaftlichen Normen und Regeln lebt und sich entsprechend verhält (vgl. Koross-Koch in: „Interkulturelle Aspekte der HIV-Prävention und Versorgung für Menschen aus Afrika“ 2001:16). Krank ist also auch nur der, der offensichtlich krank ist. Gesundheit wird aber auch immer abhängig von der religiösen Zugehörigkeit oder Einstellung betrachtet. In Westafrika glauben noch viele Menschen an Ahnen und Götter und an die Künste der traditionellen Heiler. Außerdem ist diese Form von Hilfe günstiger - für viele ein ebenfalls entscheidender Faktor. Große Differenzen gibt es aber auch zwischen städtischen und ländlichen Gebieten. Aufklärung und Bildung sind in städtischen Gebieten besser, so dass dort der Effektivität von Schulmedizin ein höherer Stellenwert zugeschrieben wird und diese für viele auch logischer und sinnvoller erscheint als etwa traditionelle Heilmethoden („Kulturelle Unterschiede - interkulturelle Aspekte in der Aids- und STD-Arbeit“ aus „Aids in der Fremde“ 2000: 28). Vorsorge wird kaum betrieben und in Anspruch genommen, zum einen weil kein Sinn darin erkannt wird, zum anderen weil man für einen gesunden Menschen keine Behandlung bezahlen möchte. Ist ein Mensch tatsächlich ernsthaft erkrankt und eine Behandlung in einem Krankenhaus erforderlich, muss die Familie in den meisten Fällen Geld sammeln, um die Kosten tragen zu können. In den westafrikanischen Krankenhäusern muss häufig Vorkasse geleistet werden, bevor ein Patient überhaupt

behandelt wird. Die Behandlung eines einzelnen bedeutet für die Familie meist Hunger für eine längere Zeit - deshalb wird der Gang zum Krankenhaus in vielen Fällen bis zur äußersten Dringlichkeit hinausgezögert (vgl. „Krankheit und Gesundheit aus afrikanischer Sicht“ aus „Interkulturelle Aspekte der HIV-Prävention und Versorgung für Menschen aus Afrika“ 2001: 17).

### **1.2.2. Sexualität**

Sexualität ist bis heute ein großes Tabu in West- und Sub-Sahara-Afrika (Dilger 2005, Sommer 2004:17-18). Aufklärung findet kaum in den Familien und nur in seltenen Fällen in den Schulen statt. Gespräche über dieses Thema sind nur eingeschränkt geschlechterübergreifend möglich. Wenn überhaupt, findet die familiäre Aufklärung durch Onkel oder Tanten statt, fast nie aber durch die eigenen Eltern (vgl. B. Zuppinger, C. Kopp, H. Wicker: 2000: 37). Dadurch entsteht um das für die HIV-Prävention so wichtige Thema ein Mantel des Schweigens und eine unnötige Scham über Sexualität zu sprechen (vgl. Stratton 2008). Gleichzeitig entsteht ein „Doppeltabu“ um die Infektion (vgl. „HIV und Aids, Grundlage zum besseren Verständnis und Umgang mit Patienten aus Afrika“, Nzimegne-Götz, Solange: 2). Der Zusammenhang von HIV mit ungeschütztem Geschlechtsverkehr ist für viele zudem schwer nachvollziehbar - krank wird man schließlich erst lange Zeit nach dem Verkehr. Sexualität und Fruchtbarkeit bzw. Fortpflanzung voneinander zu trennen, ist meistens undenkbar (vgl. Gronemeyer 2002:15). Das Familien- bzw. Eheleben entspricht in häufigen Fällen noch patriarchalisch geprägten Strukturen. Der Mann hat allgemein das Sagen in der Familie. In vielen Teilen Westafrikas ist außerdem die Polygamie erlaubt und weiterhin verbreitet, wie auch außerehelicher Geschlechtsverkehr von hauptsächlich männlicher Seite aus. Die weibliche Beschneidung, die weiterhin in ländlichen Regionen durchgeführt wird, zeigt unter anderem deutlich, welche Unterschiede zwischen weiblicher und männlicher Lust bzw. Sexualität gezogen werden (vgl. „HIV und Aids, Grundlage zum besseren Verständnis und Umgang mit Patienten aus Afrika“, Nzimegne-Götz, Solange: 2).

Sexualität und Zärtlichkeit zwischen Mann und Frau gehören in die eigenen vier Wände, nicht aber in die Öffentlichkeit. Trotz aller Bemühungen der Regierungen verschiedener westafrikanischer Staaten, Aufklärung gegen HIV und für die Verwendung von Kondomen zu betreiben, bleibt die Bereitschaft diese zu gebrauchen für einen Großteil der Bevölkerung niedrig. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass Kondome Geld kosten, zum anderen aber auch darauf, dass man sich dadurch eine Blöße über sein sexuelles Leben gibt (vgl. „Krankheit und Gesundheit aus

afrikanischer Sicht“ aus „Interkulturelle Aspekte der HIV-Prävention und Versorgung für Menschen aus Afrika“ 2001: 21, Duisburg).

### **1.2.3. Bildung**

Bildung ist in Westafrika Mangelware. Obwohl in den meisten Staaten die Freiheit von Schulgeld gesetzlich festgesetzt ist, muss für alle Kinder Schulgeld gezahlt werden. Dies ist für wenige Familien möglich, zumal eine große Kinderschar in den ländlichen Gebieten nach wie vor die Altersversorgung darstellt. Häufig sind die Schulwege mehrere Kilometer lang und die Kinder müssen sie zu Fuß zurücklegen. Die Analphabetenrate ist hoch. In Burkina Faso z.B. liegt die Alphabetisierungsquote bei 21,8 % (BRD: 99 %) (vgl. Africa positive 2009: 7). Von den Kindern die eingeschult werden, schließen die wenigsten die Schule tatsächlich ab. Aber Bildung ist der Grundstein für das Verstehen von Krankheiten, ihr Entstehen und die Möglichkeiten der Ansteckung (vgl. Grill & Hippler 2009: 135-136, Aktionsbündnis gegen Aids 2008: 10). Hier liegt auch die Schwierigkeit für die HIV-Prävention. Menschen, die nie in der Schule waren, ihr Leben in alt hergebrachten Traditionen und Regeln verbracht haben, können selten verstehen und nachvollziehen, dass die HIV-Infektion über Viren im Blut übertragen wird und wie es dazu kommen kann. Diese Gruppe von afrikanischen Analphabeten leben auch in Deutschland bzw. in Hamburg und benötigen entsprechende Hilfen und Arbeitsmethoden.

### **1.2.4. Kollektivistisches Gesellschaftsbild**

Die westafrikanischen Kulturen prägen sich durch den „Wir-Begriff“. Im Gegensatz zu den meisten europäischen Ländern, in denen ein individualistisches Gesellschaftsbild vorherrscht, sind die Menschen darauf konzentriert einander zu helfen und eine geschlossene Einheit zu bilden. Dies hat Auswirkungen auf alle Lebensbereiche und Einstellungen und prägt das Denken und Handeln der Menschen von Anfang an. Diese Werte werden auch hier in Deutschland, vor allem gegenüber der Herkunftsfamilie in der Heimat, aber auch den Mitgliedern der Community, weiter gepflegt und weitergegeben. Die Unterschiede zur individualistischen Gesellschaft ergeben sich am besten in folgender Tabelle nach der Arbeit von Hofstede (1993):

**Tab. 1: Tabellarischer Vergleich von kollektivistischer und individualistischer Gesellschaft**

<b>Kollektivistische Gesellschaft</b> z.B. Sub-Sahara-Afrika	<b>Individualistische Gesellschaft</b> z.B. Deutschland
Geburt innerhalb einer Großfamilie, der Mensch erhält Loyalität und schützt die „Wir-Gemeinschaft“	Geburt in eine Kernfamilie, er lernt ausschließlich für sich selbst und die engsten Verwandten zu sorgen
Großfamilie mit patriarchalischer Struktur, Familienoberhaupt als größte moralische Autorität	Menschen in der Familie sind unabhängig voneinander, Eltern haben eine geringe Autorität
Identität gibt das soziale Netzwerk in dem man lebt	Identität schafft sich jeder einzelne (Individualität)
Kinder lernen in Wir-Begriffen zu denken	Kinder lernen in Ich-Begriffen zu denken
Harmonie innerhalb der Gemeinschaft als höchstes Gut, direkte Auseinandersetzungen sind zu vermeiden	Ein aufrichtiger und integerer Mensch äußert seine Meinung
Geringes Bedürfnis nach verbaler Kommunikation, gemeinsames Erleben oder Zusammensein genügt, Informationen ergeben sich aus Situation und Verhalten des Gegenüber → high-context-Kommunikation	Hohes Bedürfnis nach verbaler Kommunikation, Informationen müssen ausgedrückt und weitergegeben werden, Schweigen ist unhöflich → low-context-Kommunikation
Erziehungsziel: Wie macht man etwas?	Erziehungsziel: Wie lernt man etwas?
Kollektive Interessen stehen über individuellen Interessen	Individuelle Interessen stehen über kollektiven Interessen
Privatleben beherrscht durch die Gruppe	Persönliches Recht auf Privatsphäre
Meinung wird durch die Gruppe bestimmt	Individuelle Meinungsfreiheit
Höchstes Ziel: Harmonie und Konsens innerhalb der Gemeinschaft	Höchstes Ziel: Selbstverwirklichung und Individualismus

Quelle: vgl. Hofstede (1993): „Interkulturelle Zusammenarbeit“

### 1.3. Ansätze: HIV/ AIDS-Prävention in Afrika am Beispiel *Burkina Faso*<sup>8</sup>

Im Folgenden möchte ich als Beispiel für eine erfolgreiche HIV-Präventionsarbeit das Land Burkina Faso (im Folgenden BF) vorstellen, wobei als die ersten Good-Practice-Länder *Uganda und Senegal* gelten<sup>9</sup>.

AIDS-Bekämpfungsstrategien in BF zeichnen sich durch ein multisektorales Programm und das staatliche Engagement aus, das die Intervention einzelner Akteure in der Arbeit ermöglicht. Die HIV-Infektionsrate in BF lag 2008 bei 1,6 % (vgl. Africa positive 2009: 7). In den größeren Städten wie Ouagadougou (Hauptstadt), Bobo-Dioulasso, Koudougou und Ouahigouya ist die Infektionszahl jedoch signifikant höher.

<sup>8</sup> Burkina Faso, das „Land der aufrichtigen Menschen“, ein kleiner Staat (274 000 km<sup>2</sup>) in Westafrika

<sup>9</sup> **Uganda und Senegal** zählen zu den erfolgreichsten afrikanischen Ländern, was die Aidsarbeit betrifft. Diese Länder hatten eine frühzeitige Entwicklung von geeigneten Aidsprogrammen mit der Beteiligung der wichtigen Akteure. (vgl. Zuppinger und al. 2000: 67-68)

Besondere Schwerpunkte in der Aidsprävention in BF liegen bei folgenden Populationsgruppen: junge Frauen, schwangere Frauen, Teenager (Frauen und Männer zwischen 15-24, mit und ohne Schulbildung), (Auto) FahrerInnen und ihre BegleiterInnen, vulnerable Populationen (Männer die Sex mit Männer haben, Sexworker (CSW) und ihre Freier, MigrantInnen, Menschen in Haft, etc.), OEV (Waisen und vulnerable Kinder), GoldwäscherInnen, Sicherheitskräfte wie PolizistInnen und Militär, Witwen, religiöse Führer, etc.

Die Präventionsarbeit findet häufig in der Schule, am Arbeitsplatz, einem Vereinssitz oder in einem vertrauten Ort von KlientInnen oder auch im Gefängnis statt. Die häufigsten Themen sind: HIV/AIDS und Armut, (Frauen-) Menschenrechte, Teilnahme und Teilhabe von AIDS-Betroffenen und Angehörigen an der Gesellschaft, Stigmatisierung und Diskriminierung, etc.

In Burkina Faso verzeichnet die Aidssituation (1986-2008) folgendes: 150.000 Menschen mit HIV/AIDS, 140.000 Erwachsene mit HIV, davon sind 80.000 (53 %) Frauen, 12.000 Todesfälle, 120.000 Waisenkinder (durch die Folgen von AIDS in der Familie) (vgl. UNGASS Bericht- Burkina Faso 2008: 3, 63). Dabei ist zu beachten, dass diese Statistik nur die öffentlichen und nachgewiesenen HIV-Infektionen betrachtet, die Dunkelziffer jedoch vermutlich sehr viel höher ist.

Die Verbreitung der Pandemie lässt sich hauptsächlich in folgende Faktoren unterteilen, dabei steht Burkina Faso lediglich als ein Beispiel, man kann dies auf fast alle westafrikanischen bzw. Sub-Sahara-Afrika-Staaten übertragen:

- *Soziokulturelle Faktoren* wie das Verweigern von Safer Sex und Safer Use, Tabuisierung der Sexualität, Unwissenheit und Ungewissheit (mangelnde Bildung) über die Krankheit und Schutzmaßnahmen, die patriarchalische Familienstruktur (besonders in dörflichen Regionen), eine schlechte Position der Frauen in der Ehe (Sexualität häufig nicht zu verhandeln), sexuelle Praktiken, sehr freizügiger Geschlechtsverkehr, andere traditionelle Praktiken sowie die Genitalverstümmelung, sozialökonomische Abhängigkeit von vielen Frauen (vgl. Ouedraogo 2005: 16, Zuppinger and al. 2000: 38-40; Deutsche Welthungerhilfe e.V. 2001: 10, Grill & Hippler 2009:134-135).
- *Sozialökonomische Faktoren* wie Armut, Unterentwicklung, Arbeitslosigkeit, Urbanisierung, die Entwicklung sozialer Mobilität und Migrationsbewegung, Sextourismus etc. (vgl. UNGASS, Bericht Burkina Faso 2008: 3-4, Sommer 2004:16).

Wenn man die HIV-Infektionsrate in BF seit den 90er Jahren bis heute betrachtet, ist zu bemerken wie erfolgreich die Aidsprävention in diesem Land trotz vielfältiger

Ethnien, Kulturen, Traditionen, Sprachen und Religionen ist (vgl. Sommer 2004: 17). Die Infektionsrate fiel von 7,17 % in 1997 auf 1,6 % in 2008. Die Teilhabe und Teilnahme vielfältiger Akteure in der AIDS-Bekämpfung und die Dezentralisierung von Städten bis zu den Dörfern ist ein erfolgreiches Konzept für die Aidsarbeit in Burkina Faso (vgl. UNGASS 1.10.2008).

Diese Arbeit wird durch die Unterstützung und Kooperation internationaler Partner wie die UNAIDS, Weltbank, UNESCO, UNICEF, PNUD, WHO und viele andere ermöglicht. Das Engagement des Landes selbst und die Frühintervention durch multisektorale Ansätze mit der Gründung von AIDS-IST-Ausschüssen auf nationaler Ebene (SP-CNLS-IST) bis zum regionalen und dörflichen Ausschuss (CVLS-IST), hat dazu beigetragen die HIV-Infektion schnell und effektiv zu bremsen (vgl. Ouedraogo 2005: 13-22 und Rapport UNGASS, Burkina Faso 2008).

In Burkina Faso nehmen die Zivilgemeinschaft bzw. private Akteure wie auch die Nicht-Regierungsorganisationen z.B. *PROMACO*<sup>10</sup>, Frauenverbände, Menschen mit HIV/AIDS und ihre Angehörige und ihre Selbsthilfegruppen, Vereine und Verbände eine wichtige Rolle in der Aidsprävention ein. Sie arbeiten in und mit den Communities zusammen und kooperieren mit den Gesundheitsämtern; bei ihrer Arbeit achten sie sowohl auf die Bedürfnisse als auch auf die Kultur und Spezifikation jeder Region und Zielgruppe. Trotz geringer Mittel bemühen sie sich eine adäquate Hilfe zu erbringen, um neue HIV-Infektionen zu reduzieren bzw. die Lebensqualität von Menschen mit HIV/AIDS zu verbessern. Einen intensiven Hilfsansatz bildet der sogenannte Home-based Care-Ansatz (über 75 %) durch Begleitung im alltäglichen Leben, im Krankenhaus und bei Untersuchungen, damit die psychosozialen und emotionalen Probleme von AIDS-Betroffenen und ihren Angehörige berücksichtigt werden und differenziert bearbeitet werden können (vgl. Dinger, 2005 & UNGASS Bericht Burkina Faso 2008).

Das Ministerium für Soziales und nationale Solidarität (MASSN) ist zum Beispiel dafür zuständig die psychosoziale Betreuung und Begleitung sowie die materielle Versorgung von staatlichen MitarbeiterInnen mit HIV/AIDS zu regeln; es entwickelt Präventionsmaßnahmen in Zusammenarbeit mit dem SP/CNLS-IST (siehe Logo in Abb.1) für seine eigenen MitarbeiterInnen mit Hilfe seiner HIV/AIDS-Verbindungsstrukturen; der Ausschuss kooperiert mit anderen Ausschüssen in Ministerien und bringt so Leistungen für die Betroffenen. Durch sowohl Einzel- als auch

---

10 PROMACO (projet de marketing social des condoms) Projektarbeit in Burkina Faso ; Ziel ist es mehr Kondome zu verkaufen und den Gebrauch zu erhöhen.

Gruppenangebote oder Communityarbeit nimmt das Ministerium für Soziales an der Versorgung von KlientInnen mit HIV/AIDS aktiv teil und leistet auch Aufklärungsarbeit in den einzelnen Regionen des Landes.

**Abb.1: Logo CNLS-IST Burkina Faso**



Quelle: CNLS- IST Jahresbericht 2009

Die medizinische Versorgung liegt in den Händen des Ministeriums für Gesundheit in seinen verschiedenen Distrikten und Gesundheitseinrichtungen.

Der Ansatz Multiplikatoren zur Primärprävention von HIV durch „peer educators“ auszubilden wurde weiterentwickelt, um die AIDS-Aufklärung möglichst individuell und an die verschiedenen Sprachen und Bräuche der unterschiedlichen Ethnien angepasst zu gestalten. Mit 60 verschiedenen ethnischen Gruppen und Sprachen ist eine große Vielfalt an Angeboten innerhalb der HIV-Prävention notwendig, um möglichst viele Menschen zu erreichen. Die Präventionsberatung (CDV oder VCT), die Schulung und der Einsatz von muttersprachlichen AIDS-PräventionsaufklärerInnen wurde gefördert, um die mangelnden Personalressourcen der SozialarbeiterInnen auszugleichen und die Angebote niedrigschwellig zu halten und die „Expertengesellschaft“ (Hitzler 1994:16) zu ergänzen.

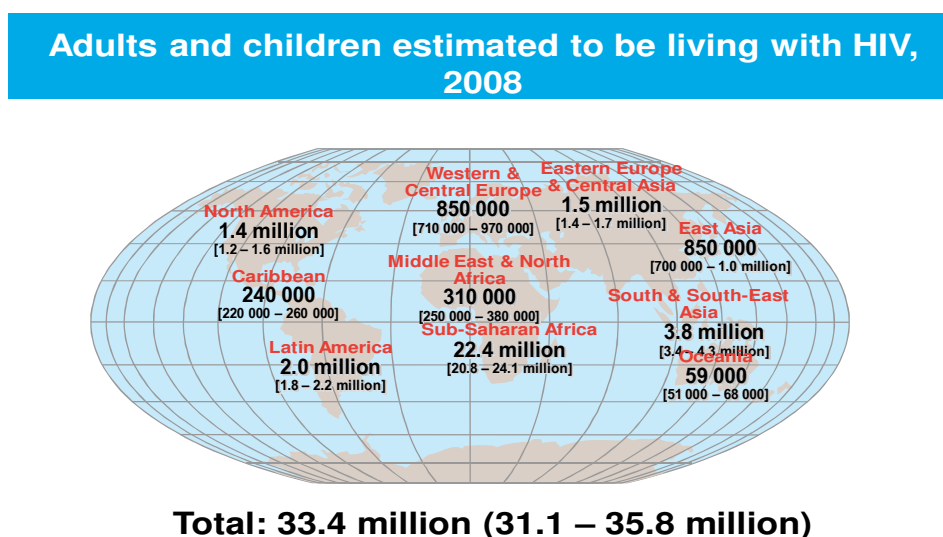
*„Durch die Ausdifferenzierung der Wissensbestände sind Experten und Laien aufeinander angewiesen. Ihr Status wird sowohl durch institutionelle Eingebundenheit als auch durch Eigen- und Fremdleistung determiniert. Eine wesentliche Rolle spielt demnach die Inszenierungsleistung von Experten und Laien“ (Hitzler 1994: 19).*

## 1.4. Afrika, Deutschland, Hamburg und AIDS: epidemiologische Kurzinformation

Die epidemiologischen Kurzinformationen stellen die Verbreitung von HIV/AIDS weltweit dar. Alleine diese Informationen appellieren an unsere Aufmerksamkeit und unsere Achtung vor HIV-positiven Menschen, denn diese Infektionskrankheit ist kein Problem einzelner armer Kontinente oder Staaten, sondern ein globales. Eine reale Beteiligung an der Aidsprävention aller Menschen sollte das Interesse der Politik und des Sozial- und Gesundheitssystems weltweit sein, denn *Vorbeugung ist besser als Heilung!*

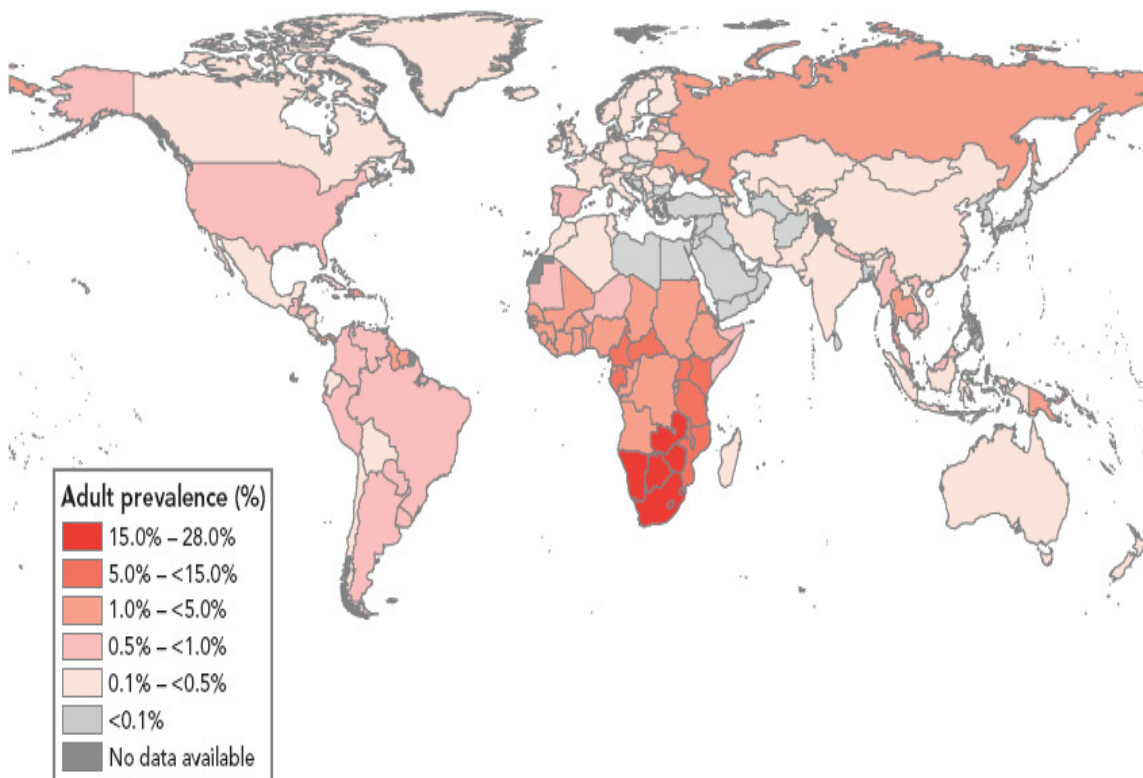
### 1.4.1. Weltweit:

Abb.2: Erwachsene und Kinder mit HIV/AIDS, 2008 (Schätzungen)



Quelle: UNAIDS, 2008 Report on the global AIDS epidemic

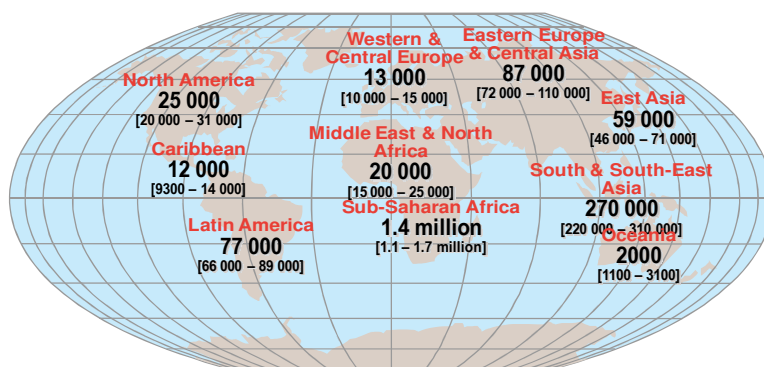
Abb.3: HIV-Prävalenz weltweit, 2007



Quelle: UNAIDS, 2008 Report on the global AIDS epidemic

Abb.4: HIV/AIDS Todesfälle weltweit, 2007

**Estimated adult and child deaths due to AIDS, 2008**



**Total: 2.0 million (1.7 – 2.4 million)**

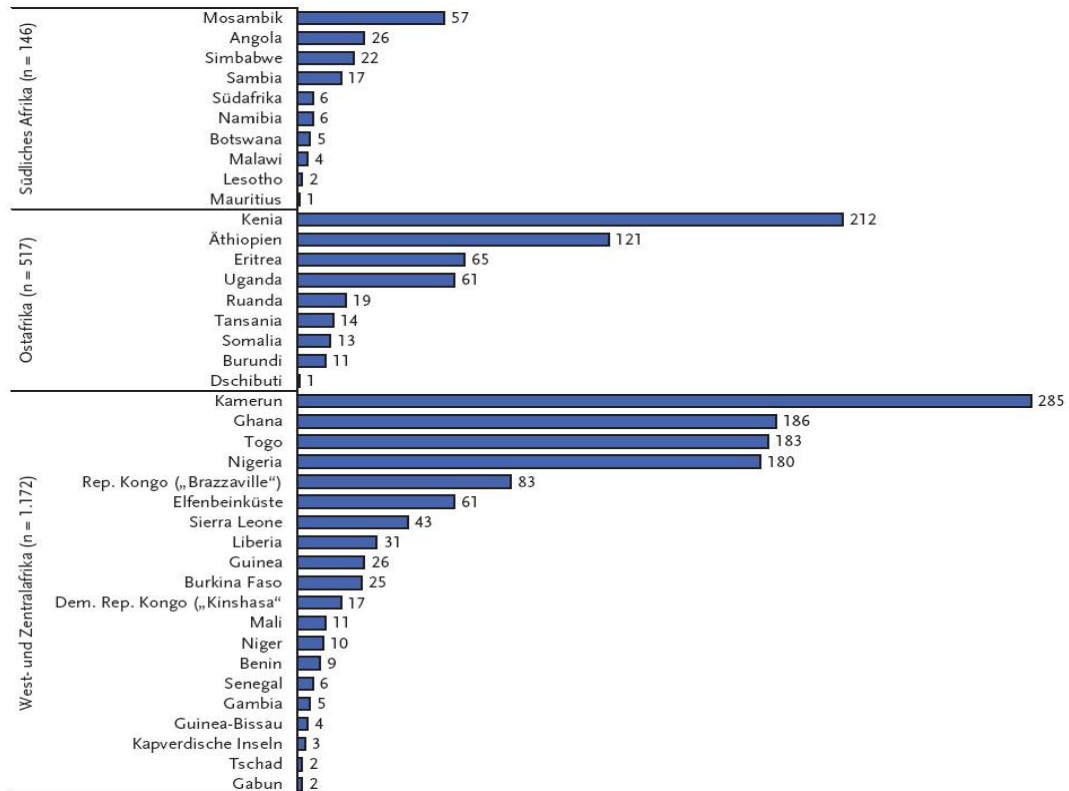
Quelle: UNAIDS, 2008 Report on the global AIDS epidemic

Wenn man die Aidsituation weltweit betrachtet (Abb.2, UNAIDS 2008), sieht man, dass zwischen 31,1 und 35,8 Millionen Erwachsene und Kinder nach offiziellen Schätzungen mit HIV leben. Darunter sind mehr als 22 Millionen in Sub-Sahara Afrika, 3,8 Millionen in Süd und Süd-Ost Asien, 2 Millionen in Lateinamerika, 1,5 Million in Ost Europa und Zentral Asien, 1,4 Million in Nord Amerika, 850.000 jeweils in West und Zentral Europa und in Ost Asien.

Abbildung 3 zeigt HIV-Prävalenzregionen in der Welt. Dazu ist Afrika mit der höchsten HIV-Prävalenz (zwischen 1-28%). Die Schätzungen der Todesfälle (Abb. 4, UNAIDS 2008) zeigen, dass enorm viele Erwachsene und Kinder (1,7-2,4 Millionen) an den Folgen von Aids in der Welt gestorben sind. Sub-Sahara Afrika nimmt die erste Stelle mit 1,4 Million Todesfällen ein, gefolgt von Süd- und Süd-Ost-Asien mit 270.000 Todesfällen. West und Zentraleuropa nimmt die vorletzte Stelle mit 13.000 Todesfällen ein.

### 1.4.2. Deutschland: HIV/AIDS in Zahlen

**Abb.5: HIV-Erstdiagnosen in Deutschland bei Menschen aus süd-, ost-, & west-/zentralafrikanischen Ländern (Zeitraum 2000-2007)**



Quelle: Aus Hella von Unger Vortrag Aids Kongress Hamburg 2009 (aus Robert Koch Institut), Januar 2009

### 1.4.3. Deutschland/Hamburg: HIV/AIDS in Zahlen

Tab.2: Infektionszahl bei Erwachsenen (Männer u. Frauen) und Kindern in Deutschland

Deutschland (2009)	Menschen mit HIV/AIDS	Neuinfektionen
Erwachsene	~ 67 000	~ 3 000
Männer	~ 55 000	~ 2 650
Frauen	~ 12 000	~ 350
Kinder	~ 200	~ 25

Quelle: Robert Koch Institut, 2009 und eigene Darstellung

Eine Darstellung der HIV-Erstdiagnose in der BRD im Zeitraum vom 2000-2007 (Abb.5, RKI 2009) liefert folgendes Bild:

- Im südlichen Afrika (n=146) befindet sich Mosambik mit 57 infizierten Personen an der Spitze, gefolgt von Angola mit 26; Mauretanien kommt an letzter Stelle mit einer HIV-infizierten Person
- In Ostafrika (n=517) kommt Kenia mit 212 an erster Stelle, dann Äthiopien mit 121. Die vorletzte Stelle nimmt Burundi mit 11 HIV-Erstdiagnosen und die geringste Personenzahl hat Dschibuti mit 1 HIV-Infektion zu verzeichnen.
- In West- und Zentralafrika (n=1172) liegt Kamerun am höchsten mit 285 gefolgt von Ghana mit 186. Die letzte Stelle nehmen Tschad und Gabun mit jeweils 2 Erstdiagnosen ein.

Dabei muss man beachten, dass die HIV Infektionszahl sich je nach Land, Migrantenzahl und Migrationsgeschichte des jeweiligen Landes und der Migrantengruppe in der BRD erklären lässt. Das heißt, je mehr Menschen aus einem Land in Deutschland leben, desto mehr MHA können darunter sein.

In Tabelle 1 (RKI 2009) ist zu sehen, dass die HIV-Neuinfektionszahl in der BRD (2009) bei ca. 3000 Erwachsenen lag und blieb damit im Vergleich zu 2008 (RKI 2008: 2700 Neuinfektionen) relativ stabil. Der Trend des Anstiegs der Neuinfektionen seit 2000 aber weiterhin fort.

### 1.4.4. Hamburg: HIV/AIDS in Zahlen

Tab.3: HIV Infektionszahl in Hamburg

Hamburg (2009)	Menschen mit HIV/AIDS	Neuinfektionen
Erwachsene	~5 900	~200

Quelle: Robert Koch Institut, Ende 2009 und eigene Darstellung

**Tab.4: Bestätigte HIV-Antikörperteste in Hamburg- Verteilung nach Geschlecht**

	Geschlecht			Gesamt
	männlich	weiblich	unbekannt	
Herkunftsregion				
AF- N/NO	3	1	0	4
AF-SS	76	87	3	166
D	666	88	2	756
Gesamt	745	175	5	926

Quelle: Robert Koch Institut, 2009 und eigene Darstellung

**Legende:**

AF-N/NO: Afrika-Nord/Naher Osten

AF-SS: Afrika-Subsahara

D: Deutschland

**Tab.5: Bestätigte HIV-Infektionen per Antikörpertest in Hamburg von Januar 2001 bis Juni 2009, aufgeteilt nach Herkunftsregion der Menschen**

Herkunftsregion	Anzahl	Anteil
Afrika - Subsahara	166	11,6 %
Zentraleuropa	41	2,9 %
Deutschland	756	52,8 %

Quelle: Robert Koch Institut, 1/9/2009 und eigene Darstellung

**Tab.6: Bestätigte HIV-Infektionen per Antikörpertest in Hamburg von Januar 2001 bis Juni 2009, aufgeteilt nach Geschlecht und Herkunftsregion**

Herkunftsregion	Männlich (Anzahl)	Männlich in %	Weiblich (Anzahl)	Weiblich in %	Gesamtanzahl
Afrika - Subsahara	76	45,8	87	52,4	163
Zentraleuropa	34	82,9	7	17,1	41
Deutschland	666	88,1	88	11,6	754

Quelle: Robert Koch Institut, 1/9/2009 und eigene Darstellung

Im Vergleich zu ganz Deutschland (vgl. Tab.2), liegt die Infektionszahl bei Erwachsenen in Hamburg bei 5.900 (Tab. 3, RKI 2009) von ca. 67.000 insgesamt. Die bestätigten HIV-Antikörperteste in Hamburg aufgeteilt nach Geschlecht (Tab.4, RKI 2009) zeigen, dass mehr Frauen (87) als Männer (76) aus Sub-Sahara Afrika in Hamburg von HIV betroffenen sind. Der Unterschied zwischen der Herkunftsregion ist groß: Afrika-Nord/Naher Osten mit insgesamt 4 und Afrika-Subsahara mit 166. Im Vergleich zu Zentraleuropa und Deutschland (Tab.5, RKI 2009) nimmt Sub-Sahara Afrika die zweite Stelle mit einem Anteil von 11 % ein, nach Deutschland mit 52 % bestätigten HIV-Infektionen per Antikörpertest in Hamburg in der Zeit vom Januar

2001 bis Juni 2009. Die Verteilung nach Geschlecht und Herkunftsregion in derselben Zeit in Tabelle 6 (RKI 2009) bestätigt die hohe Zahl von betroffenen Sub-Sahara afrikanischen Frauen 52 % gegen 45,8 % bei Männern. Bei Deutschen ist es umgedreht: 88,1 % Männern gegen 11,6 % Frauen.

## **1.5. Leben von Sub-Sahara MigrantInnen in Deutschland**

Der folgende Abschnitt gibt einen Einblick in die Lebenssituation und die Lebensumstände afrikanischer, von HIV/Aids betroffener MigrantInnen. Anhand Staub-Bernasconis Ansätzen (2007) geht es zunächst um die häufigsten sozialen Probleme des Alltags von AfrikanerInnen in Deutschland. Viele von ihnen erleben, wenn auch meist versteckt, psychosoziale und emotionale Schwierigkeiten, die von den Betroffenen selbst häufig ausgeblendet werden, für das Thema HIV/AIDS aber eine große Relevanz aufzeigen. Die Auseinandersetzung mit dieser Problematik ist daher unausweichlich. Die menschliche Gesundheit besteht nicht nur aus einem gesunden Körper, sondern auch aus einem gesunden Geist. Um ein sozial-fähiges Wesen zu werden, muss ich ein rundum gesunder Mensch sein.

Schließlich werden im letzten Teil dieses Abschnitts Themen wie HIV-Stigma, Rassismus und deren Folgen einer sozialen Exklusion aufgezeichnet.

### **1.5.1. Probleme im alltäglichen Leben**

Staub-Bernasconi (1995) benennt in ihrer Arbeit einige wichtige soziale Probleme, die Menschen generell in ihrem *Alltag*<sup>11</sup> (Thiersch 2009: 41-53) beschäftigen. Staub-Bernasconi (2007) ist der Meinung, dass Soziale Arbeit als eine gesellschaftliche Antwort auf *soziale Probleme*<sup>12</sup> gesehen werden sollte. Den Begriff „Problem“ versteht sie als einen Zustand, in dem ein nach Befriedigung suchendes Individuum unzufrieden ist und dafür keine Problemlösung kennt bzw. keinen Zugang zu problemlösenden Ressourcen hat (Staub-Bernasconi 2007).

Afrikanische Migranten befinden sich nunmehr in einer vielfach problembehafteten Situation: Sie leben als Migranten in Hamburg, haben eine schwarze Hautfarbe und sind im ungünstigsten Fall HIV-positiv. Dies führt in unserer Gesellschaft oft zu einer Addition von Vorurteilen. Die Ignoranz gegenüber der Kultursensibilität der

---

11 Siehe Thiersch (2009:41-53) zum Thema Alltag als Rahmenkonzept und spezielles Handlungsmuster

12 Siehe [http://www.uni-magdeburg.de/iww/web/studentische\\_projekte/ss02/seibusch/bernasconiTheorie.htm](http://www.uni-magdeburg.de/iww/web/studentische_projekte/ss02/seibusch/bernasconiTheorie.htm) zum umfassenden theoretischen Ansatz und insbesondere zum Themen Soziale Arbeit und soziale Probleme.

Betroffenen ermöglichen nur in einem sehr eingeschränkten Rahmen das Entstehen einer Hilfsbeziehung oder „Relation d'aide“ mit einer eingeschränkten Handlungsfähigkeit (vgl. Dr. Birsen Kahraman und Dr. Meryam Schouler-Ocak in Nah & Fern, Nr. 41).

Staub-Bernasconi (1995) unterscheidet vier verschiedene soziale Probleme:

- **Ausstattungsprobleme**

Defizit der Ausstattung mit Gütern, d. h. das Nahrung, Kleidung und die existentiellen Grundbedürfnisse nicht abgedeckt werden können. Das Gegenteil ist Luxus – ein Übermaß dieser Güter. Ausstattungsprobleme sind dann besonders deutlich wenn sie hohem Luxus gegenüberstehen.

- **Austauschprobleme**

Existenzsicherung durch Austausch von Gütern, Wissen oder Kompetenzen. Symmetrische führen zur Gleichstellung des Tauschpartners – asymmetrische Tauschbeziehungen führen zu sozialen Problemen.

- **Machtprobleme**

Abhängigkeit bestimmten Machtquellen wie Bildung und sozialem Stand zum Zugang zu Ressourcen. Macht gilt hier als Mittel zum Aufbau und Abbau von Einfluss, der zur Differenzierung der Gesellschaft führt. Die Verteilung der Macht ist begrenzt und so entstehen soziale Probleme.

- **Kriterienprobleme**

Elemente einer Kultur sind Werte und Kriterien. Probleme entstehen dann, wenn Kriterien fehlen oder willkürlich für einen bestimmten Bereich angewandt werden. Kriterienprobleme müssen in Form sozialer Probleme nicht existieren und sollten prinzipiell vermieden werden.

Um die sozialen Probleme in einer modernen Gesellschaft bearbeiten und verändern oder vermindern zu können, ist die Gesellschaft auf die Arbeit kompetenter Sozialarbeiter und anderer Professioneller angewiesen (Staub-Bernasconi 2007). Einen ganz besonderen, mehrfach problembelasten Bereich bildet dabei die Arbeit mit HIV-positiven Menschen, die fast immer in Armut leben. Ohne eine Intervention und die Beseitigung dieser Probleme, führt dies für das Individuum zu Persönlichkeits-, Verhaltens- und Körperstörungen. Diese psychosozialen und emotionalen Probleme werden dann je nach Alter, Geschlecht, persönlicher Geschichte und sozialökonomischer *Vulnerabilität*<sup>13</sup> unterschiedlich erlebt und überwunden.

---

<sup>13</sup> Zuppinger and al. (2000: 40) gehen ausführlich auf die Aspekte der ökonomischen und sozialen Vulnerabilität ein, die überwiegend bei Frauen vorkommt.

Typische Probleme von Sub-Sahara-Migrantinnen sind z.B. die Verpflichtungen gegenüber der Herkunftsfamilie, die sie unter einen großen moralischen und finanziellen Druck setzen (siehe auch Kapitel 1.2). Da MigrantInnen zumeist eher minder bezahlte Arbeiten ausüben, sind sie in der Situation sogar mehrere Arbeitsstellen annehmen zu müssen. Rassismus und Diskriminierung, der ihnen auf der Straße und in Alltagssituationen begegnet, führt häufig zu vermehrtem Heimweh und der Frage welchen Sinn das Leben in Deutschland hat. Dies kann zu depressiven Verstimmungen bis hin zu behandlungs- und therapiebedürftigen Depressionen führen. Die Konfrontation mit Vorurteilen führt meist zu strukturellen Nachteilen (siehe auch Kapitel 1.5.3), wie z.B. schlechter Wohnsituation, minderbezahlter Arbeit und alltäglicher schlechterer Behandlung beim Arzt oder im Supermarkt.

### **1.5.2. HIV-Stigma, Ausgrenzung, soziale Exklusion von HIV/AIDS-Betroffenen**

Der Begriff Stigmatisierung trat schon bei den Griechen auf und stand für die Brandmarkung oder Zeichnung eines Menschen, um ihn öffentlich als Sklave, Ausgestoßener oder auf andere Weise als nicht zu respektierenden Mensch zu kennzeichnen. Stigma ist aber auch als Eigenschaft definiert, die den Menschen in seinem Wert herabsetzt. Zumeist sind diese Merkmale körperlicher oder geistiger Art und sind deutlich nach außen hin sichtbar und können leicht erkannt werden (Goffman, Erving: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität, Frankfurt a. M. 1963: 51 ff).

Im soziologischen Sinn wurde der Begriff der Stigmatisierung weiterentwickelt. Nicht nur die offensichtliche Zeichnung, sondern auch die gesellschaftliche negative Definition und die damit verbundenen Vorurteile werden auf diese Menschen projiziert. Dies wiederum unterscheidet sich durch den kulturellen Hintergrund vor dem das Stigma auftaucht (Unger von, Hella: Versteckspiel mit dem Virus, Berlin 2000).

Die Stigmatisierung hat v.a. im Bezug auf die Übertragung oder Erkrankung an sexuellen Krankheiten eine lange Geschichte. HIV/AIDS ist eine vorrangig sexuell übertragbare Krankheit - weltweit. In den meisten Kulturen der Welt wird HIV als Verunreinigung des Körpers angesehen (Ouedraogo 2005: 36), ähnlich wie die Pest oder die Syphilis im 18. Jahrhundert. Einhergehend damit wird den Betroffenen die Schuld für die Krankheit zugewiesen, für ihr „Fehlverhalten“ in einer bestimmten

Situation. Die Krankheit bekommt man also nicht zufällig, sie wird aktiv erworben (Sontag, Susan: Aids und seine Metaphern, München 1989: 34 ff.).

Bezug nehmend auf HIV/AIDS ist das Stigma doppelt belegt mit der Angst vor Tod und Krankheit und dem moralisch geladenen Thema Sexualität in allen Facetten. Dazu kommt in den armen Ländern der Welt die Unwissenheit über das Thema, die vom Bildungsgrad der Menschen abhängt (Hella von Unger: Versteckspiel mit dem Virus 1999:15). Letztendlich entsteht das Stigma um HIV/AIDS durch die Mehrfachbelegung von moralischen und kulturellen Tabuthemen und das damit einhergehende Schweigen. So müssen sich schwarze MigrantInnen nicht nur dem Stigma ihrer HIV-Infektion stellen, sondern auch dem ihrer Hautfarbe.

Letztlich ist es also die Gesellschaft die das Stigma definiert und weitere Zuschreibungen oder Abwertungen hinzufügt, so dass das Stigma sich vervielfacht (Unger von u. Nagel 2009 in DAH- Life + Magazin: 6).

Für MigrantInnen mit schwarzer Hautfarbe bleibt aber nicht allein das Stigma ihrer HIV-Infektion, sondern hinzu kommt der *Rassismus*<sup>14</sup> der ihnen in Deutschland entgegenschlägt. Beide Stigmata bringen Vorurteile mit, die sich sogar gegenseitig bedingen und ergänzen. AfrikanerInnen werden als unfähige oder dumme Menschen oder sogar als böse<sup>15</sup> bezeichnet und häufig mit dem Bild des Krankheitsträgers identifiziert. „Deshalb lehnen wir das „Andere“ als fremdartig und gefährlich ab, weil wir es nicht kennen und dennoch verschafft es uns einen Nervenkitzel, von sexuellen Exzessen und Moralverletzungen von Menschen zu hören.“ (Zimbardo 2007: 3). Zwei meiner InterviewpartnerInnen Natou und Annick erzählen eben von Situationen, in denen ihnen im Alltag wie auch auf öffentlichen Stellen Stigmatisierung aufgrund ihrer Hautfarbe entgegengebracht wird (s. Anhang 6, Zeile 77 – 82, Anhang 5, Zeile 209 - 222).

Diese Stigmatisierung ist eine schon seit Generationen bestehende. Schwarzhäutige Menschen werden in der Menschheitsgeschichte schon lange als „nicht gleichwertig“ zu den Weißen gesehen. Ein deutlicher Beweis hierfür ist die Sklavenhaltung im Süden der USA vom 16. bis 19. Jahrhundert gewesen. Dies wird in vielen

---

14 Für Memmi (1992) ist "Rassismus die verallgemeinerte und verabsolutierte Wertungstatsächtlicher oder fiktiver Unterschiede zum Nutzen des Anklägers und zum Schaden seines Opfers, mit der seine Privilegien oder seine Aggressionen gerechtfertigt werde sollen". Ausführlich zum Thema nach UN-Definition siehe unter: [http://www.uni-protokolle.de/Lexikon/Rassismus.html#UNO-Definition\\_von\\_Rassismus](http://www.uni-protokolle.de/Lexikon/Rassismus.html#UNO-Definition_von_Rassismus) (letzter Zugriff 24.1.2010, 22:36)

15 Nach Zimbardos (2007: 3) Definition des Begriffs, dessen Basis die Psychologie ist: „Man versteht unter Böse ein vorsätzliches Verhalten, das unschuldige Andere schädigt, missbraucht, erniedrigt, entmenschlicht oder vernichtet- oder der Gebrauch von Autorität und Rang, um im eigenen Namen solches Verhalten bei anderen zu fördern oder zu gestatten: oder kurz gesagt: „Böse handeln wider besseres Wissen“.

afrikanischen Ländern in den Schulen gelehrt, aber in einer Art und Weise die bereits ein falsches Bild von Europa in den afrikanischen Köpfen entstehen lässt. Schon von vornherein fühlen sich afrikanische MigrantInnen der weißen Gesellschaft in den meisten Lebenssituationen unterlegen. Dies findet seine Wurzeln sicherlich unter anderem in der Zeit der Kolonialisierung der afrikanischen Länder (vgl. Seukwa 2006), von denen viele bis heute psychische Wunden tragen. Rassismus ist eine weitestgehend auf Vorurteilen basierende Haltung. Die wenigstens Menschen, die rassistisch denken und leben haben eine reelle Begründung für ihre Haltung. Sie waren weder jemals in Afrika, noch pflegen sie hierzulande engeren Kontakt zu afrikanischen Mitbürgern.

Aber auch im alltäglichen Leben wird Rassismus immer wieder und immer weiter gelebt. Ein einfaches Beispiel ist das Auswählen des Sitzplatzes in der U-Bahn oder im Bus. Der Platz neben schwarzen Menschen bleibt oft bis zuletzt frei, oder die Menschen ziehen es sogar vor, stehen zu bleiben (persönliche Erfahrung). Durch diese undifferenzierten und stigmatisierenden Bilder sind schwarze Menschen, auch und v.a. im Umgang mit gesellschaftlichen Organen strukturell benachteiligt. Dazu zählen die Bereiche von Job- und Wohnungssuche, Polizeikontrollen, aber auch Arztbesuche oder der Besuch auf dem Sozialamt oder der Ausländerbehörde gehören dazu (vgl. Sow, Noah: Deutschland schwarz weiß 2008: 126). Besonders zu dieser Stigmatisierung schwarzer Menschen tragen aber auch die Medien bei. Das Verwenden schwarzer Farbe, des Begriffes Schwarz oder das Bild einer schwarzen Person, findet seine Verwendung meistens im negativen Sinn (vgl. Sow 2008: 149). Auch meine InterviewpartnerInnen erzählen von solch durchlebten Situationen.

All diese Phänomene führen zur sozialen Exklusion (Huster/Boeckh/Mogge-Grotjahn 2008) des Einzelnen und gehören zum Alltagsleben vieler MigrantInnen.

### **1.5.3. Psychosoziale und emotionale Probleme von HIV/AIDS-Betroffenen**

*„ ... es war nicht einfach. Ich bin in meinem Leben ... ich gebe nicht einfach auf. Eine kleine Sache oder eine große Sache ist, ich bin sehr stark. Ich hab' soviel Stories über die Menschen mit HIV/AIDS und die, die an den Folgen gestorben sind bzw. wegen Schock und andere Probleme. Bei mir, ich sage immer, ich muss trotz meiner HIV Infektion viel in meinem Leben schaffen. Ich arbeite dran ... nur den Tod kann mich es hindern, ansonsten ich denke positiv ... ja. Aber dieses Problem ist in meinem Kopf, in mir, in meinem Körper. Ich muss dieses Problem kontrollieren.*

***Unbedingt ... ja.. So. Aber manchmal ist es schwer, ich denke, ich kann nicht mehr, aber es wird gehen. Gott sei Dank.“ (Annick)<sup>16</sup>***

Unter psychosozialen und emotionalen Problemen versteht man die Auswirkungen von HIV/AIDS auf die Persönlichkeit, das Verhalten und die Lebensqualität von Menschen mit HIV/AIDS, die zu seelischen Beeinträchtigungen (in der Fremde) führen. Die MigrantInnengruppe aus Sub-Sahara-Afrika ist zu diesen prädestiniert, weil schon die Migrationsgeschichte häufig mit enormen Hürden verbunden ist (vgl. Fakhri Kahlik in Handbuch Migration 1998: 203-212).

Da HIV/AIDS fast in jeder Gesellschaft noch immer als Tabuthema gilt, dieses aber unterschiedlich erlebt wird, leiden viele unter psychischen, psychopathologischen und Persönlichkeits- Störungen. Dennoch möchte ich nicht ausführlich auf all diese Aspekte eingehen, sondern nur einige relevante psychosoziale und emotionale Probleme nennen, die bei emigrierten Menschen aus Sub-Sahara Afrika auftauchen und für die AIDS-Prävention in Deutschland bedeutsam sind.

Bei Kindern mit der Krankheit oder Kindern, deren Eltern oder Angehörige von HIV/AIDS betroffenen sind, spiegeln sich die psychosozialen und emotionalen Probleme durch negative Schulleistungen, funktionelle Störungen (Ess- und Schlafstörungen, etc.), Identitätskrise sowie im alltäglichen Leben mit Freunden und im sozialen Milieu und den individuellen Lebensprojekten wieder (vgl. Fakhri Kahlik in Handbuch Migration 1998: 212, Ouedraogo 2005: 33ff, Verdier 1979).

AfrikanerInnen mit HIV/AIDS versuchen ihre Erkrankung generell zu verheimlichen. Dieser Versuch entsteht vor allem aus unterschiedlichen für sie existentiell bedrohlichen Ängsten, wie z.B. der Angst vor Abschiebung, Diskriminierung, Ausgrenzung aus der eigenen Community wie auch den Ausschluss aus dem KollegInnenkreis auf der Arbeit und einigen anderen (vgl. Grill & Hippler 2009, Dilger 2005). Daraus resultiert ein gesellschaftlicher Rückzug, ohne eine Inanspruchnahme von Unterstützung- und Hilfsangeboten. Die ständige Einnahme von Medikamenten, der Verlust des Jobs, die Trennung vom Ehepartner angesichts der HIV Infektion mit der Folge von Aufenthaltsproblemen und einige andere sind für viele Menschen eine Belastung im Alltagsleben. Die Lebensqualität wird zusätzlich durch ein mangelndes Selbstwertgefühl herabgesetzt, was wiederum sexuelle/partnerschaftliche, finanzielle und berufliche Probleme, Zukunftsangst und einige andere persönliche Beeinträchtigungen hervorbringt. Daraus ergeben sich häufig folgende psychosoziale und emotionale oder psychische Probleme und Verhaltensweisen:

---

<sup>16</sup> Zitat von Annick auf die Frage „Welche Gefühle, Emotionen, Sorge etc. mit dem HIV hier in Deutschland haben Sie?“

- Affektive Störungen, die häufig durch Depressionen und Manien auftreten und zu Freud- und Interesselosigkeit führen, gedrückte Stimmung (innere Unruhe, Gefühllosigkeit, Grübeln, innere Leere, Entscheidungsprobleme, etc.)
- Traumatische Erfahrungen und bedrohliche Situationen durch die Migrationsgeschichte des Einzelnen. Dies führt zu sozialem Rückzug, Nutzlosigkeit, Trauer, Resignation, Vernachlässigung, Beziehungsstörungen, etc.
- Schock, Panik

Die DAH (2009) geht ausführlich auf das Thema Depression ein und bietet Rat und Unterstützung. Kennzeichnend für eine depressive Persönlichkeitsentwicklung sind: Niedergeschlagenheit, Antriebs- und Entscheidungsschwäche, Konzentrationsstörungen, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle, Schlafstörungen, Angst und Unsicherheit, körperliche Symptome, manische Phasen, Hilflosigkeit und Perspektivlosigkeit verbunden mit suizidalen Gedanken.

Viele der Betroffenen wehren sich gegen den Gedanken, etwas mit ihnen könnte nicht stimmen oder dass sie seelisch leiden. Es gilt das Motto: *„Stress und Depressionen sind Krankheiten der Weißen.“* Die meisten AfrikanerInnen kämpfen darum, ihre Lebenssituation zu verbessern und die meist schwer tragbaren hohen Erwartungen der Familie in Afrika zu erfüllen. Es gilt schließlich als ein Privileg in Europa, speziell in Deutschland, zu leben. In der besonderen Situation HIV-positiv zu sein bekommt auch dieser Aspekt eine andere Note. Mit der Krankheit nach Afrika zurückzukehren hieße früher oder später aufgrund der schlechten medizinischen Versorgung zu sterben. In Deutschland hingegen ist eine gute medizinische Versorgung sicher und die Chance, die Infektion zu verheimlichen ungleich größer. Das Leben kann nach außen in normalen Bahnen verlaufen (siehe Anhang 8, Zeile 61 – 64).

Trotz des Wissens, dass mit ihnen „etwas nicht stimmt“, versuchen sie ihren Alltag stringent weiter zu leben. Dieses Verhalten ist augenscheinlich afrikanisch und entsteht aus der Mentalität die durch existentielle Ängste um Nahrung und Gesundheit geprägt wird. *„Kein Problem“* ist die häufigste Antwort wenn nach dem Befinden fragt. Es ist besser weiter zu kämpfen als zu jammern. Aber auch die Angst sich nicht richtig verständlich machen zu können oder sich nicht richtig ausdrücken zu können, stellt eine große Hemmschwelle dar. Ist dies gewährleistet, wird man aber womöglich emotional nicht verstanden, weil ein weißer Ansprechpartner das Gegenüber bildet.

Auch das kann daran hindern Hilfe oder Unterstützung zu suchen und in Anspruch zu nehmen.

Die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft ist für die meisten afrikanischen MigrantInnen extrem wichtig. Hier erfahren sie ein wenig Heimatgefühl, in dem Zusammensein mit anderen Landsleuten. Sie können ihre Muttersprache sprechen und werden in ihrer Lebensart- und Weise akzeptiert. Durch den Besuch der Kirche oder Moschee entsteht die Bindung an eine Vertrauensperson, mit der sie über ihre Krankheit sprechen können, meist ist dies der Pastor. Daneben existieren auch die nicht religiös geprägten Vereine oder Gruppen der verschiedenen afrikanischen Länder mit ihren verschiedenen Aktionen. Auch sie bieten einen Zufluchtsort, in dem Heimat und afrikanische Kultur gelebt wird. Das Café Afrika der AIDS-Hilfe Hamburg sowie andere Gruppenangebote anderer Anlaufstellen bieten in Hamburg eine Möglichkeit sich zu treffen und auszutauschen. Regelmäßige Telefonate mit den Verwandten in Afrika, Familie und Kindern oder Freunde sind für viele wichtig, um den Kontakt zu halten. Einige haben sogar Kontakt mit ihren traditionellen Heilern und Priestern. Menschen aus Sub-Sahara-Afrika als auch die meisten MigrantInnen mit HIV/AIDS sehen ihren Aufenthaltsstatus als großes Problem, da es ihre Lebenssituation bestimmt und einschränkt. Ein erschwerender Faktor dabei ist die *Residenzpflicht*<sup>17</sup> (vgl. Classen 2008: 23-29, 144), wenn man geduldet ist, da diese die Therapiedurchführung erschwert und den Bezug der Sozialleistungen einschränkt. Dies wiederum erschwert die Aidsprävention in Deutschland (vgl. AIDS- Hilfe Hamburg, Ehrensache 2009), denn die Beschränkung der Freiheit der Wahl des Wohnplatzes trägt zur Sozialhilfebedürftigkeit und zum Scheitern von Integration bei (Classen 2008: 145).

## **Kapitel 2 - Communitybildung von MigrantInnen in Hamburg**

Menschen in einer Großstadt leben in unterschiedlichen Sozialräumen und pflegen verschiedene soziale Beziehung im alltäglichen Leben. Alle Interviewpartner, die in dieser Arbeit eine Erwähnung finden, leben in Hamburg. Innerhalb ihrer Zugehörigkeit zu einer Community oder eines Vereins nutzen sie verschiedene soziale Angebote und gestalten dadurch ihr Leben. Innerhalb dieses Milieus nutzen sie die verfügbaren

---

<sup>17</sup> Für Asylsuchende und Geduldete ist die Residenzpflicht gesetzlich festgeschrieben, § 61 AufenthaltG, § 56 AsylVfG. Die Wohnsitznahme und Bewegungsfreiheit werden für Asylbewerber im Regelfall auf dem Landkreis, für Geduldete auf das Bundesamt beschränkt (Classen 2008: 23).

und zugänglichen *HIV/AIDS/STD-Hilfsangebote*<sup>18</sup> zur Verbesserung ihrer sozialen Fähigkeiten und zur Wissenserweiterung. Im Folgenden werden einige Begriffe nochmals kurz erörtert. Die Partizipation, die in diesem Zusammenhang mit der hiesigen AIDS-Prävention unverzichtbar ist, steht dabei im Mittelpunkt.

## 2.1. Begriffsbestimmungen: Sozialraum - Community - Teilhabe – Partizipation

### 2.1.1. Sozialraumbildung innerhalb der Stadt

Schon Augustinus sagte im 4. Jahrhundert: „Die Stadt besteht nicht nur aus Häusern und Straßen, sondern auch aus Menschen mit ihren Hoffnungen“ (vgl. Baum 2007: 11).

Eine Stadt ist also nicht nur Wirtschafts- und Handelsstandort, sondern vor allem der Lebensmittelpunkt von Bürgern und Bürgerinnen. Sie ist ein Gemeinwesen. Das bedeutet, dass man im Rahmen der Stadtförderung, die Beziehung unter Menschen, ihren Bedarf und ihre Teilhabe integrieren muss (vgl. Baum 2007: 11). Die heutigen Aussagen zum Begriff Stadt sind wesentlich wissenschaftlicher geworden und beziehen sich meistens auf die Stadt als soziologisches (Problem-) Feld. 1974 beschäftigte sich Wirth mit dem Thema der Städteforschung und fand für sich folgende Definition: „Für soziologische Zwecke kann die Stadt definiert werden als eine relativ große, dicht besiedelte und dauerhafte Niederlassung gesellschaftlich heterogener Individuen“ (Krämer-Badoni 1992: 24). Sombart sah die Stadt als einen Ort der Bildung hin zu einem kapitalistischen Sozialcharakter (vgl. Sombart 1916/1987, S. 124 ff. in Baum 2007: 12).

In der heutigen Zeit findet die Segregation einer Stadt in einzelne Bereiche nicht nur aufgrund offen sichtlicher Begründungen wie dem Beruf statt, sondern läuft laut Bourdieu in unseren Köpfen als „Wahrnehmungs- und Bewertungskategorie bzw. mentale Struktur“ ab (vgl. Bourdieu 1997: 163). Das heißt, dass die Alltagserfahrungen der meisten Menschen in diesen Räumen widergespiegelt werden

---

18 HIV/AIDS/STIs: **Hilfsangebote** sind in HH die unterschiedlichen Sozialleistungen vom Gesundheitsamt Hamburg bzw. der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz und seine verschiedenen Kooperationspartnern sowie unter anderem **CASA-Blanca, AIDS-Hilfe Hamburg e.V., Aids Seelsorge Hamburg Leuchtfeuer, Hein & Fiet**, etc. aber auch **die Arztpraxen und auch andere Beratungsstellen** für Menschen mit HIV/AIDS/STIs und ihre Familien, Angehörigen und Freunde, etc.  
Dazu siehe ausführlich: Rat und Hilfe zu HIV/AIDS und andere sexuellen und übertragbaren Infektionen:  
<http://www.hamburg.de/hiv-aids/122874/rat-und-hilfe-hiv.html>  
<http://www.hamburg.de/contentblob/200218/data/aids-faltblatt-2009.pdf>.

und es so zu einer sozialstrukturellen Einteilung kommt, der Aufteilung in Sozialräume.

Laut Wirth (1938) gilt: Je größer, dichter, dauerhafter und heterogener eine Stadt ist, desto deutlicher treten die Differenzierungen verschiedener Bereiche der Stadt hervor (vgl. Urban / Weiser 2006:17). Er sieht die Heterogenität als den entscheidenden Faktor für eine Teilung. Dort wo diese vielfach und deutlich auftritt, z.B. durch eine zunehmende Einwanderung, oder eine wachsende soziale Ungerechtigkeit, findet auch die stärkste lokale Segregation und Trennung statt.

Nach Bourdieu (1997) sind Bildung, Einkommen und Wohnungsmarkt verantwortliche Determinanten für die räumliche Aufteilung der Menschen und führen zu einer Spaltung der Städte. Geht man von dieser These aus, so ist bereits über die Verknüpfung der Begriffe Einkommen und Wohnungsmarkt eine logische Folgerung möglich: Menschen mit einem höheren Einkommen bevorzugen Wohnungen in Teilen der Stadt, die einen höheren Mietspiegel haben. Menschen mit niedrigerem Einkommen, die diese Mietpreise nicht tragen können, werden in günstigere Stadtteile abgedrängt. So entsteht bereits eine Trennung von besser- und schlechter verdienenden Menschen (vgl. Kesse 2005: 600).

Die daraus resultierenden Folgen gehen jedoch über diese Erklärung hinaus. Wenn diese Trennung über Generationen hin wächst und sich durch gesellschaftliche oder wirtschaftlich-politische Einflüsse sogar verschlechtert, so kommt es nicht nur zu einer räumlichen, sondern auch zu einer geistigen und gesellschaftlichen Teilung der Menschen dieser Stadt. Letztlich führt die Segregation einer Stadt zu einer Bildung unterschiedlicher Sozialräume. Dies wiederum führt zu einer Konzentration von sozial schwachen Familien mit geringem Einkommen in Stadtteilen mit geringer Wohn- und Lebensqualität. Häußermann und Kronauer bezeichnen dies als „Sozialräumliche Polarisierung“ (vgl. Kesse 2005: 597).

Der Begriff Sozialraum kann aus vielen unterschiedlichen Perspektiven definiert, betrachtet und beleuchtet werden. An dieser Stelle sollen für die Masterarbeit geeignete Definitionen aufgezeigt werden. Je nach Betrachtungsweise gibt es verschiedene Charakteristika, die in der Definition hervorstechen. Sozialräume entstehen in kleinen und großen Orten, am deutlichsten sind sie aber in Großstädten wahrzunehmen. Man kann den Begriff Sozialraum als eine Verbindung zwischen physischer Umwelt und sozialen Handlungsmustern sehen. In soziologischer Hinsicht ist der Begriff Raum an sich ein leeres Wort, denn erst durch die soziale Füllung, also die Beziehungen verschiedener Menschen zueinander, erreicht er seine Reichweite,

unterstützt durch die Institutionen innerhalb dieses Raumes (vgl. Häußermann / Wurtzbacher 2005).

Gillich (2006) hat eine sehr genaue Definition gefunden. Für ihn ist der Sozialraum ein vom Menschen geschaffener individueller Raum, der sich bei jedem Menschen unterscheidet. Die einzelnen Faktoren zur Unterscheidung sind dabei der geografische Raum, die Beziehungen mit anderen Menschen und der sozial-kommunikative Raum mit den Kontakten untereinander. Bourdieu definierte den Sozialraum sehr früh. Er betrachtet und definiert ihn unter dem Aspekt der Verteilung *kulturellen und sozialen Kapitals*<sup>19</sup>. Dieses Kapital bezeichnet nach seiner Aussage auch den „*Habitus*“<sup>20</sup> eines Menschen, der im Laufe des Lebens angenommen wird und stark abhängig davon ist, in welchem Sozialraum diese Annahme passiert. So trifft er eine klare Aussage: „In einer hierarchisierten Gesellschaft gibt es keinen Raum, der nicht hierarchisiert wäre und nicht Hierarchien und soziale Abstände zum Ausdruck brächte“ (vgl. Bourdieu 1997:160).

In Bezug auf HIV/AIDS ist es wichtig die unterschiedlichen Bewegungsräume und Treffpunkte zwischen Männern und Frauen bei AfrikanerInnen zu unterscheiden und nicht aus dem Blick zu verlieren. Zuppinger et al. (2000: 39) unterscheidet drei Bereiche: Bereich der *Frauen* (überwiegend Frauentreffpunkte wie Schönheits- und Kosmetiksalons, private informelle Orte, Spielkreise, etc.); Bereich der *Männer* wie Organisationen und Vereine, Fußballturniere, Cafés, Kneipen etc.: den dritten Bereich bildet der *geschlechtsübergreifende Bereich bei Tanz- und Musikveranstaltungen*, bei Friseuren oder in afrikanischen Läden.

Die Rücksicht auf diese spezielle Organisationsstruktur im Sozialraum verbessert die Erreichbarkeit des Klientel entscheidend und weist auf eine kultursensible Sozialarbeit hin.

### **2.1.2. Ressourcen = unterstützende Quelle (aus dem englischen)**

Ressourcen sind in wissenschaftlicher Definition „Kraftquellen“ und „produktive Potentiale“, die von der Person zur Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben, zur gelingenden Bearbeitung von belastenden Alltagsanforderungen sowie

---

<sup>19</sup> Nach Bourdieu ist Kapital nicht nur finanzieller, sondern auch anderer Gestalt. Für ihn gehören Bildung, Talente, Titel und Fähigkeiten ebenso zum Kapital eines Menschen, das sein Leben gestalten kann, wie sein finanzieller Status. Also er unterscheidet drei Kapitalsorten: Kulturelles, soziales und ökonomisches Kapital

<sup>20</sup> Bourdieu bezeichnet mit Habitus das gesamte Sein eines Menschen, mit allen Facetten und Ebenen, wie z.B. der Zugehörigkeit zu einer gesellschaftlichen oder ethnischen Gruppe, „das gesellschaftliche Wesen“ eines Menschen.

zur Realisierung von langfristigen Identitätszielen genutzt werden können und damit zur Sicherung ihrer psychischen Integrität und zu einem umfassenden biopsychosozialen Wohlbefinden beitragen (vgl. Mulot / Schmitt 2007 : 779, Knecht und Buttner in Standpunkt Sozial 1+2/2008: 47).

Ressourcen können unterschiedlicher Natur sein, so haben beispielsweise alle Menschen psychische (z.B. Selbstbewusstsein, Motivation, Kohärenzgefühl) und persönliche Ressourcen. Wenn man diesen Begriff auf einen Stadtteil bezieht, erweitert sich das Feld um materielle, ideelle und Netzwerk- und Personen-Ressourcen, die zur Sozialen Arbeit im Stadtteil unabdingbar sind (vgl. Richers 2003: 22ff). In Bezug auf HIV/AIDS-Prävention wäre es also praktisch diese Ressourcen von MigrantInnen zu nutzen und zu fördern, um die Aufklärungsarbeit innerhalb ihrer Gemeinden aktiv zu gestalten und sie persönlich daran zu beteiligen, so dass sie das Thema auch in den Köpfen verankern können.

### **2.1.3. Community = Gemeinde (aus dem englischen)**

Unter Community ist die Gruppe der afrikanischen Landsleute im Allgemeinen und die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe im Speziellen zu verstehen. In Hamburg existieren vielfältige afrikanische Communities. Je nach Intention findet man Unterteilungen nach Geschlecht, Bedürfnis, Religion, Herkunftsland oder Ethnie. Eine Färbung für eine Community kann aber auch das Ziel sein, dass man verfolgt oder eine gemeinsame Leidenschaft wie Fußball. Den häufigsten Fall bilden dabei die religiösen Gemeinschaften und die Vereine eines Herkunftslands. Die Mitglieder einer Community haben meist verschiedene Aufgaben und bringen sich mit ihrem Wissen in die Gemeinschaft ein. Eine offizielle Werbung für so einen Verein findet man nur selten, es sei denn die Gruppe verfolgt ein spezielles Projekt. Die Kommunikation innerhalb der Gruppe ist schnell und offen. Meistens kommunizieren die einzelnen Communities auch untereinander und tauschen sich aus.

Im Bereich der Sozialarbeit und der Gesundheitsvorsorge sowie der Begleitung bei persönlichen Problemen ist die Community meines Erachtens nach essentiell und von großer Bedeutung. Die Community sollte als eine großartige Ressource für die Sozialarbeit im Allgemeinen und die HIV/AIDS- und Integrationsarbeit im Besonderen verstanden werden, da sie eine Möglichkeit bietet viele Menschen unkompliziert zu erreichen und auf vielfältige Weise arbeiten kann. Durch eine Arbeit innerhalb der afrikanischen Gemeinden kann man Menschen erreichen, die ohne diese Brücke keine Möglichkeit hätten, die richtige Unterstützung oder Information zu bekommen.

#### **2.1.4. Teilhabe und Partizipation von MigrantInnen im AIDS- Kontext**

*„Partizipation ist ein Grundelement demokratischer Gesellschaften“ (Stoevesand, 2008).*

Die Umsetzung der Partizipation aller Bürger hängt immer stark von *Teilnahme* und *Teilhabe* ab (vgl. Dieter Filsinger 2008; Wright et al. in Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention 2009:163-166). Ohne diese beiden Komponenten ist es nicht möglich von einer echten Partizipation (im Gesundheitsbereich) zu sprechen (vgl. WHO Ottawa-Charta 1986). Lüttringhaus (2000:19) zitiert nach Staub-Bernasconi (1991:43): *„Die Lösung von Problemen und Konflikten durch Diskurs, Mitbestimmungen und Mitbeteiligung“* sei eine zentrale Aufgabe der Sozialarbeit.

Eine wirklich erfolgreiche Partizipation ist aber nur durch niedrigschwellige Angebote zu schaffen, das heißt, dass die Menschen der Zielgruppen in ihren Ängsten und Sorgen wahrgenommen werden müssen. Nur wenn diese Gefühle einen Nährboden finden, werden die Menschen ein Angebot auch nutzen. Für afrikanische MigrantInnen ist es also wichtig zu wissen, dass sie im Rahmen des Angebotes verstanden werden, sprachlich als auch moralisch. Zudem ist es für sie wichtig zu wissen, dass eine Inanspruchnahme dieses Angebots keine negativen Folgen für ihren Alltag mit sich bringt, wie z.B. eine Verschlechterung ihres Aufenthaltsstatus. Es ist davon auszugehen, dass Aktivitäten seitens offizieller Organe, wie des Gesundheitsministeriums oder der Ausländerbehörde kaum wahrgenommen werden würden. Außerdem muss gesichert sein, dass die Menschen der Zielgruppe tatsächlich erreicht werden, damit sie von geplanten Projekten erfahren können.

*„Denn um sich beteiligen zu können, benötigt man Informationen über seine Rechte und Möglichkeiten. Und man muss die Zeit dafür haben, sie zu nutzen. Um mitreden und Dinge zu bewegen, braucht es in der Regel außerdem ein gewisses Maß an Bildung, Selbstvertrauen, Zeit und ökonomischer Unabhängigkeit.“* (Stoevesand 2008, Lüttringhaus 2000).

Dabei bleibt zu beachten, dass viele von Lüttringhaus genannten Bedingungen für den Erhalt von Informationen bei afrikanischen MigrantInnen nicht gewährleistet sind. Einige von ihnen sind nicht oder nur für kurze Zeit zur Schule gegangen, sie können nicht oder nur wenig lesen oder schreiben. Die Analphabetenrate in dieser Zielgruppe liegt hoch, bei etwa 43 % (Zillmer 1992). Der größte Teil der Menschen hält sich mit vielen kleinen Jobs finanziell über Wasser, Zeit ist also nur gering vorhanden, wenn man wenig Geld verdient. Die ökonomische Unabhängigkeit ist maximal eingeschränkt, v.a. wenn man sich illegal in Deutschland aufhält oder keine

Arbeiterlaubnis besitzt, wie z.B. bei einer Duldung. Aufgrund der Vielfältigkeit der Muttersprachen auf dem afrikanischen Kontinent stellt eine rein verbale Kommunikation eine Herausforderung dar. Nicht immer ist Verlass darauf, dass die Menschen auch die Amtssprache ihres Landes beherrschen. Nichts desto trotz ist es wichtig Informationsmaterial mehrsprachig bereit zu halten, oder die Informationen im gemeinsamen Gespräch mitzuteilen.

Die derzeit hauptsächlich karitative Hilfe, die für HIV-positive MigrantInnen angeboten wird, ist zwar unterstützend, fordert den Einzelnen aber nicht in seinem Denken und Handeln. Um Mitbestimmung und Mitentscheidung zu ermöglichen, sollte man die Teilnahme an Aktivitäten durch Methoden wie (Community) Empowerment und Ressourcenarbeit stärken. Leider finden diese Methoden in der Migrantenhilfe kaum einen Platz. Vordergründig sind dabei die ausschließlich helfenden Projekte, die weder eine wissensvermittelnde noch eine kompetenzfördernde Komponente beinhalten.

Partizipation beginnt durch Wissen, das durch Schulung erlangt wird (s. Abbildung 6). Deshalb sollte es Schulungen für Menschen in ihrer Muttersprache geben, damit sie die Präventionsarbeit weiter in ihre Community transportieren können. Diese Erkenntnisse unterstützen fast alle meine Befragten (Anhang 5, Zeile 850 - 842).

Um politisch an einer Stadt partizipieren zu können, unabhängig ob in einem Stadtteil oder einer Gemeinde, gibt Lüttringhaus (2000) verschiedenen Determinanten abgestuft eine wichtige Bedeutung, die ich als relevant erachte:

1. die Nichtbeteiligung
2. die Stufe der Informationen als Stufe 1
3. die Mitwirkung als Stufe 2
4. die Mitentscheidung als Stufe 3
5. die Selbstverwaltung als Stufe 4

Stoevesand (2008) ergänzt dies mit der höchsten Stufe der **Autonomie**, diese hängt von einer Teilnahmegewährung durch den Staat bzw. übergeordnete Instanzen ab.

**Abb.6: Schulung (Oktober 2009) von muttersprachliche MultiplikatorInnen durch die AIDS-Hilfe Hamburg**



Quelle: Omer Idrissa Ouedraogo 2009

## **2.2. Die Community als Ressource für die Sozialarbeit in der HIV/AIDS-Prävention**

*„Die Thematisierung von HIV/AIDS durch Community-based Organisationen muss in der Präventionsarbeit gefördert und bei Bedarf inhaltlich, organisatorisch und finanziell unterstützt werden („Bottom-up approach“)<sup>21</sup> (Zuppinger and al. 2000: 66)*

Die Berufsgruppe, die zurzeit am meisten von den persönlichen Sorgen und Ängsten HIV-positiver AfrikanerInnen erfährt, beschränkt sich häufig auf das medizinische Betreuungspersonal. Auch SozialarbeiterInnen und PsychologInnen sind überfordert, denn die Zielgruppe wächst aufgrund der immer stärker werdenden Migrationswellen. Die Betreuung eines Menschen mit HIV/AIDS ist zeitaufwendig, nicht nur die psychologische Seite spielt dabei eine immense Rolle, sondern speziell bei MigrantInnen auch die Sprache, die andere Kultur oder das Moralverständnis, wie auch die Betreuung bei den Therapien oder Arztbesuchen. Aufgrund dieser intensiven Arbeit, die auch dem Betreuer viel Kraft abverlangt, stellt sich für die SA die Herausforderung, neue Methoden zur Entlastung der Situation zu suchen.

*„Diese gesellschaftlichen Entwicklungen verlangen auch in den Dienstleistungen der sozialen Arbeit entsprechende Angebote, Angebote jenseits allgemeiner, standardisierter Formen, unterschiedliche, offene, flexible, nachgehend-individualisierende Hilfsangebote“ (Thiersch 2009: 183).*

<sup>21</sup>

Zuppinger et al. (2000: 67-68) in ihren *Empfehlungen 45* ihrer Studie, legen sie viel Wert auf die Zusammenarbeit und Förderung von afrikanische Vereinen und Organisationen in ihren Communities.

Im Handbuch Migration der DAH (1998) als auch im AIDS-Forum DAH Band 41, 2000 und Band 47, April 2007 („AIDS im Wandel der Zeiten“) wurde schon vor längerer Zeit festgestellt wie wichtig die reale Einbeziehung von MigrantInnen, den Communities und deren Qualifikationen und Fähigkeiten ist. In der Praxis ist es aber leider weiterhin so, dass die Bedürfnisse dieser Gruppe in der AIDS-Arbeit ignoriert oder nicht ausreichend erfüllt werden. Sind die Professionellen der AIDS-Arbeit tatsächlich bereit diese Arbeit in die Hände von Mitarbeitern mit einer anderen Herkunft zu legen, da diese häufig einen besseren und leichteren Zugang zu ihren Landsmenschen haben? Fakt ist, in einigen Ländern Afrikas (in Uganda, im Senegal und in Südafrika) und Asiens (Thailand) (vgl. Deutsche Welthungerhilfe 2001: 16) ist die AIDS-Präventions-Arbeit sehr erfolgreich und erzielt bessere Aufklärungsquoten als hierzulande.

Die afrikanischen Communities in den Großstädten, besonders in Hamburg, bieten diese Plattform und die Ressourcen, Menschen mit Fähigkeiten und Wissen auszustatten, um sie für viele Bereiche der AIDS-Arbeit einzusetzen.

In der Beratung und Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund und besonders für afrikanischen MigrantInnen mit HIV/AIDS ist es wichtig jeden einzelnen der folgenden Aspekte zu berücksichtigen:

- Persönlichkeitstypologie (unstabil/stabil und introvertiert/extrovertiert) (vgl. Hamburger Akademie: Studien-Wegweiser 2007: 128)
- Bewältigungsressource (Eigenfähigkeit und Umwelt wie Familie, Freundeskreis, Communities, Arztpraxen, etc.)

Welche Rolle kann die afrikanische Community oder Gemeinde selbst dazu beitragen, dass mehr über AIDS gesprochen wird und mehr Solidarität und Akzeptanz für HIV-positive und an AIDS-erkrankte Menschen geschaffen wird, damit die Lebensqualität von AIDS-Betroffenen und ihren Angehörigen verbessert wird ?

In einigen Herkunftsländern ist der Communityansatz in der AIDS-Prävention von großer Bedeutung und hat wirksamen Erfolg erzielt.

Unabdingbar ist dabei eine Vernetzung der einzelnen Communities, um Kontakte zu schaffen und Ressourcen und Wissen auch untereinander austauschbar zu machen.

Wertvoll ist dabei die Anlehnung an die Vorgehensweise der Sozialarbeiter in den Herkunftsländern. Da die Menschen in den Gemeinden nach Heimat suchen, scheint es sinnvoll ein so Tabu behaftetes Thema auf eine ihnen bekannte Art und Weise anzusprechen. So kann man die AIDS-Prävention z.B. durch die Gründung von

(HIV/AIDS) *Gesundheitskomitees*<sup>22</sup> innerhalb der schon bestehenden Organisationen und Vereine verbessern. Diese Art und Weise würde es erlauben vielfältige Interventionsformen bereit zu stellen, aber auch die Erfahrungen der jeweiligen Gruppe zu sammeln und so eine Überprüfung der Effektivität und die Akzeptanz und Inanspruchnahme der Zielgruppe durch Evaluationsmethoden der Strategien und Umsetzungsmethoden zur Übertragbarkeit auf andere Gemeinden oder Zielgruppen zu bringen.

**Abb.7: burkinische Mannschaft in Hamburg, 2009: Fußball als Wissenstransfer der AIDS-Botschaft in den afrikanischen Communities.**



Quelle: Omer Idrissa Ouedraogo 2009

## Kapitel 3 - Lebenslagenanalyse

### 3.1. Definition und Dimensionen von Lebenslagen

Der Begriff der Lebenslage ist vielfältig und daher schwer zu definieren. Er kam zum ersten Mal Ende der 1920er Jahre auf und wurde 1931 von Neurath definiert als „Inbegriff all der Umstände, die verhältnismäßig unmittelbar die Verhaltensweise eines Menschen, seinen Schmerz, seine Freude bedingen. Wohnung, Kleidung, Gesundheitspflege, Bücher, Theater, freundliche menschliche Umgebung, all das

---

<sup>22</sup> Ein (HIV/AIDS/STIs) Gesundheitskomitee („Cellule Relais“) kann definiert werden als eine freiwillige AIDS-Verbindungsstruktur, die sich dafür einsetzt das Thema HIV / AIDS und STI in ihrer Gemeinde/Organisation zu etablieren und das Thema in den Gemeindefokus zu rücken. Ziel ist es die Aufklärungsarbeit (Primär- und Sekundärprävention) zum Thema HIV/AIDS und STI sowie den Umgang mit Menschen mit HIV/AIDS durch unterschiedliche Vorgehensweisen (Filme, Gespräche, Vorträge, Themenabende, etc.) von und für Mitglieder einer Gemeinde oder eines Vereins einfach und ohne Scham möglich zu machen.

gehört zur Lebenslage.“(vgl. Engels 2008). Die Umstände können auch als Dimensionen bezeichnet werden und wurden im Laufe der Zeit konkreter, sind aber im individuellen Fall zu vielfältig, als dass dafür eine gemeingültige Definition zu finden sei. Fraglich bleibt auch häufig, ob die objektiv richtigen Dimensionen der Lebenslage aufgegriffen worden sind.

Die Lebenslage spiegelt also allgemein gesagt die gesamten äußeren Bedingungen, die das Leben des Menschen beeinflussen. Durch diese Bedingungen wird ein Handlungsraum abgegrenzt, in dessen Rahmen die Person Einfluss auf die Gestaltung nehmen kann. Gerhard Wießner (1972) übersetzte den Begriff der Lebenslage mit dem Wort „Spielraum“. Der Spielraum entsteht durch die Lebensumstände bzw. die äußere Situation in der das betreffende Individuum lebt. Innerhalb dieser Situation ist der Mensch also fähig zu handeln und zu gestalten. Dabei ist das Wollen des Menschen, also das Ziel, das er sich steckt, innerhalb der Lebensumstände genauso wichtig, wie die Umstände selbst. Die Lebenslage ist also ein subjektzentrierter Begriff (vgl. Engels 2008:1).

An die Aussage von Wießner angelehnt erweiterte Ingeborg Nahnsen (1975) diesen Begriff um fünf definierte Einzelspielräume, die den gesamten Spielraum umschreiben sollen: Einkommen und Versorgung; Kontakt und Kooperationsraum; Lern- und Erfahrungsspielraum so wie der Dispositionsspielraum (vgl. Engels 2006).

Wolfgang Zapf (1989) findet einen anderen Ansatz zur Definition des Begriffes. Er beschreibt die Lebenslage als Resultat aus dem Zusammenwirken milieuspezifischer Werte, der persönlichen Lebenserfahrung und den vorhandenen Ressourcen, gebunden an einen bestimmten Lebensstil (vgl. Wendt 1988: 80).

Wolf Rainer Wendt beschäftigte sich tiefer gehend mit den Dimensionen der Lebenslage und dem Zusammenhang zur Profession der Sozialarbeit. Für ihn sind die Dimensionen der Lebenslage zu vielfältig und hintergründig, als dass man sie durch einige konkrete Merkmale festsetzen könnte. Diese Mehrdimensionalität und vollkommen individuelle Betrachtung kommt durch die unterschiedlichen persönlichen und/oder familiären Lebensweisen, die persönliche Mentalität und Lebensgeschichte, wie auch die äußeren lang- und kurzfristigen Umstände zu Stande. Alle Faktoren haben dabei eine Gewichtung und stehen in einem Verhältnis zueinander. Im großen Zusammenhang scheint der Begriff der Lebenslage also sehr relativ, da er je nach Blickwinkel und Gewichtung mehrfach interpretiert werden kann (vgl. Wendt 1988: 79 - 83). Bezogen auf Wolfgang Zapf spricht Wendt in diesem Zusammenhang von einer „Pluralität der Lebensstile“, die durch die Masse der Möglichkeiten an Lebensentwürfen und gesellschaftlichem Wandel entsteht. Zudem kann der Mensch

bei diesen Möglichkeiten heute auch eine bewusste Entscheidung gegen oder für einen speziellen Lebenswandel treffen. Entscheidend sind also die Konstruktionselemente, d.h. die Merkmale, auf die das Individuum in seinem Leben besonderen Wert legt (vgl. Meier Kressig / Husi 2002).

Wendt schafft mit seinen Überlegungen eine Überleitung zum Begriff der Lebenswelt, die gegensätzlich und doch in einem nahen Zusammenhang zum Begriff der Lebenslage steht. Die Lebenswelt ist als Begriff älter als der der Lebenslage. Alfred Schütz definierte ihn als Sinnzusammenhang zwischen subjektivem Sinn und individuellem Handeln (vgl. Ammann, 2002). Die Lebenswelt als solche geht über die Dimensionen der Lebenslage hinaus, sie ist subjektiver und bezieht das Fühlen und Sein mit ein. Während die Lebenslage in ihren Dimensionen im Vergleich zweier Menschen Schnittpunkte bildet, ist dies für die Lebenswelt nicht möglich, da Gefühle subjektiv und durch Emotionen beeinflussbar sind. Björn Kraus sieht dies wie folgt verdeutlicht: Die Dimensionen der Lebenslage sind objektiv und für jeden Menschen eher individuell, doch die physische und vor allem psychische Ausstattung eines Menschen sind einzigartig. Selbst in gleicher Umweltsituation unterscheidet sich also ein Mensch vom anderen durch seine Wahrnehmung (vgl. Kraus, 2002). Schütz wiederum sieht die Begriffe Lebenslage und Lebenswelt nicht als gegensätzlich an, sondern ist der Meinung, dass sie sich ergänzen. Die Lebenslage besteht aus erfahrener Natur, Sozial- und Kulturwelt (vgl. Krüger, Reader „Lebenswelt“, WS 2008/2009).

Eine weitere Theorie zum Begriff der Dimension der Lebenslage stammt von Amann. Er beschreibt den Dualismus äußerer und innerer Zustände. Der äußere Wandel von z.B. Gesellschaft oder Wirtschaft führt zu einer Entwicklung, die in der Interaktion mit dem Handeln des Einzelnen stehen. Er beschränkt die Veränderungsmöglichkeiten des Lebens auf den Rahmen in dem man geboren ist. Innerhalb dieses Rahmens liegt die Chance zur Individualisierung der Lebenslage.

Lebenslagen bewegen sich in traditionellen Mustern, die jeder einzelne durchlebt, aber auf jeweils andere Art und Weise erlebt. Dazu gehören z.B. die einzelnen Lebensabschnitte, wie Kindheit, Jugend und das spätere Erwachsensein.

Nach der Betrachtung all dieser Ansätze und Theorien wird eine Tatsache sehr deutlich. Von einem Vergleich der Lebenslage eines Menschen der 1950er Jahre mit der eines Menschen der heutigen Zeit, ist abzusehen, denn die Dimensionen des jeweiligen Lebens haben aufgrund des Wandels der Welt in dieser Zeit keine

gemeinsame Vergleichsbasis. Genauso wenig ist es möglich Lebenslagen unterschiedlicher Kulturen zu definieren oder zu vergleichen. So sollte jede Lebenslage individuell und in allen möglichen Dimensionen betrachtet werden, um einen möglichst umfassenden Blick auf den Menschen bekommen zu können. Erst so wird dieser Begriff für die Sozialarbeit zu einer Basis für Hilfsangebote.

### **3.2. Verwendungszusammenhang**

Der Begriff der Lebenslage findet in der Sozialarbeit in verschiedenen Bereichen und unterschiedlichen Ebenen Verwendung. Die Lebenslage bezieht sich auf unterschiedliche Ebenen der Gesellschaft und deren Strukturen. Eine Einteilung der Strukturen fand durch Esser (1993) statt. Er unterteilt in Infrastruktur, soziale Struktur und institutionelle Struktur. Diese Strukturen finden sich dann in der Mikro- und Makroebene des Begriffes Lebenslage wieder (vgl. Gresshoff /Schimank, 2005).

#### **3.2.1. Mikroebene: Handlungstheorien**

Die Mikroebene bezieht sich vor allem auf die Definition Wießners, der Lebenslage als „Spielräume“ beschreibt. Innerhalb der Begrenzungen dieser Spielräume sind die gegebenen Räume in denen die Menschen ihr Handeln, ihre Entscheidungen und ihr Streben erleben und ausleben können. Aus diesem Zusammenhang ergibt sich eine Handlungstheorie, die die Menschen als konkrete soziale Wesen darstellt (vgl. Engel 2008: 2). Hier findet auch Bourdieus Kapitaltheorie (vgl. Berger 2007) wieder ihren Raum, denn die Dimensionen dieser Ebene beziehen sich auf die verschiedenen Kapitale des Menschen (ökonomisches, kulturelles und soziales Kapital). Zusätzlich ist die persönliche Ressource der Person selbst und ihre Leistungsfähigkeit eine entscheidende Dimension (vgl. Brandt, Feldkamp, Tophoven 2006).

#### **3.2.2. Makroebene**

Diese Ebene konzentriert sich auf die Mehrdimensionalität des Begriffes der Lebenslage und findet ihren Platz vor allem in der Sozialberichterstattung (z.B. Armutsbericht). Um Benachteiligungen und Einschränkungen der Lebensqualität zu benennen soll nicht nur die materielle und die Versorgungslage betrachtet werden, sondern auch die immateriellen Ressourcen wie Bildung und Gesundheit (vgl. Engel 2008: 2). Relevante Dimensionen für die Makroebene sind hier vor allem die

Arbeitsmarktmöglichkeiten und z.B. das, die Person umgebende Milieu (vgl. Brandt, Feldkamp, Tophoven 2006).

## ----- Praxisteil -----

### **Kapitel 4 - Qualitative Untersuchung der Lebenssituation von MigrantInnen mit HIV/AIDS in Hamburg : Alltagsbewältigung und Lebensperspektive**

Im Sinne der Untersuchung werde ich einige wichtige Ansätze zum Thema mit einbeziehen (vgl. Wendt 1988, Flick, Uwe 2007, Helfferich, Cornelia 2005). Dieser Teil befasst sich mit den Auswahlkriterien hinsichtlich der InterviewpartnerInnen, der Durchführung der Interviews sowie mit der Vorgehensweise in der Auswertung. Um Antworten auf die Fragen nach den Lebensstrategien und Alltagsrealitäten zu erlangen, habe ich mich an den zuvor erarbeiteten Leitfragen orientiert, um die einzelnen Bereiche voneinander abgrenzen zu können. Die Vorgehensweise bezieht sich auf verschiedene Absätze von Methoden zur Forschung, die im folgenden Kapitel erörtert werden.

#### **4.1. Zur Methodik**

Meine Untersuchung behandelt die Lebenssituation der in Hamburg lebenden MigrantInnen aus der Sub-Sahara Afrikas mit HIV/AIDS. Die Arbeit ist grundsätzlich an den methodischen Ansätzen Flicks (2007) und Helfferichs (2005) orientiert.

Die Interviews wurden mit vier ausgewählten InterviewpartnerInnen am 12.03.09, am 15.11.09, am 12.12.2009 und am 14.12.2009 in der Wohnung Paul-Sorge Str. 54, beim *AJS*<sup>23</sup> und der *AIDS-Hilfe Hamburg*<sup>24</sup> auf Deutsch, auf Französisch und teilweise

---

<sup>23</sup> AJS (AG Kinder und Jugenschutz Hamburg e.V. ): siehe <http://www.ajs-hamburg.de>. Die Einrichtung arbeitet für die Belange von Kindern und Familien im Bereich HIV/AIDS in Hamburg.

<sup>24</sup> [www.aidshilfe-hamburg.de](http://www.aidshilfe-hamburg.de)

auf Deutsch-Französisch, auf Deutsch-Französisch-Mooré<sup>25</sup> durchgeführt. Die Sprachauswahl blieb meinen InterviewpartnerInnen überlassen, damit sie sich der Sprache bedienen konnten, in der sie sich am wohlsten fühlen. Ein *Leitfadeninterview*<sup>26</sup> wurde entwickelt, um herauszufinden unter welchen Umständen HIV-positive MigrantInnen aus Sub-Sahara Afrika in Hamburg leben, wie sie ihr Alltagsleben vor dem Hintergrund der Infektion in der Fremde bewältigen und welche Lebensperspektiven sie haben.

Es wird ein *Leitfaden-Interview* durch das Prinzip **des problemzentrierten Interviews** (s. Anhang 1) und erarbeitet. Diese *Befragungsmethoden*<sup>27</sup> (vgl. König 2007: 153 ff.) berücksichtigen die wichtigsten Komponenten der Lebenslage, wie die Lebenssituation von AfrikanerInnen mit HIV/AIDS, subjektive Bedeutungen der HIV-Infektion, ihre Alltagsbewältigung, ihre Gesundheit und ihre Sichtweise, ihr Umfeld und ihre Lebensperspektiven. Diese Vorgehensweise ist von großer Bedeutung, da man die Relevanz der Situation auf biographischer oder gesellschaftlicher Ebene anhand von Kurzfragebögen und Postskripts gut darstellen kann (König 2007). Es bietet auch den Anlass zur persönlichen Erzählung von Erlebnissen und Erfahrungen (vgl. Flick 2007: 270-271).

Nach Ruff (1998) und Witzel (1985) ist diese Vorgehensweise eine Bereicherung, um möglichst viele dazugehörige Facetten wie Erfahrungen, Gesundheit, Bildung, Finanzen, zwischenmenschliche Beziehungen, psychosoziale und emotionale Probleme, Umfeld, Integration, Teilhabe etc. beleuchten, auswerten, analysieren und diskutieren zu können. Dabei ist es aber kaum möglich jeden Aspekt zu erfahren, da die Informationen zum einen sehr umfangreich sein können, zum anderen ist man auch sehr stark abhängig von der Bereitschaft der Betroffenen Auskunft über sich selbst zu geben.

In Anlehnung an die methodischen Vorgehensweisen von Flick (2005, 2007), Hermanns (2000) und Werner (2005) werden Auswertungsstrategien mit den entsprechenden Methoden für die Untersuchung erarbeitet. Die Auswertung für die Untersuchung bezieht sich wiederum auf Flick und Helfferich. Ziel ist es, die

---

25 Mooré ist die Hauptmuttersprache in Burkina Faso. Siehe auch unter: <http://www.langues-africaines.com/MOORE/index.htm>

26 Ein Merkmal des Leitfadeninterviews ist es, dass „wenn einerseits subjektive Theorien und Formen des Alltagswissens zu rekonstruieren sind und so maximale Offenheit gewährleistet sein soll, und wenn andererseits von den zu interviewenden Themen eingeführt werden sollen und so in den offenen Erzählraum strukturierend eingegriffen werden soll“ (Helfferich 2005: 159).

27 Eine Befragung wird definiert als „ein systematisches und regelgeleitetes Vorgehen, bei dem die untersuchten Personen durch eine Reihe gezielter Fragen zu verbalen Informationen veranlasst werden sollen“ (König 2007: 153)

Erzeugung und Rekonstruktion der Lebenssituation, der Erfahrungen und der Zukunftsperspektive der Befragten durchzuführen. Die Ergebnisse der Untersuchung werden transkribiert und einige ausgewählte relevante Interviewpassagen im Text dargestellt.

Zu persönlichen und quantitativen Daten wird zusätzlich **ein gestützter Leitfaden** entwickelt, der auch relevant in Bezug auf das soziale Profil für die Fallanalyse ist (Flick 2007), wie z.B. Alter, Herkunftsland, Einkommen, die psychosozialen Aspekte und einige andere (siehe Anhang 1, Tab. b, Tab. c). Die Konstruktion des Leitfadens erfolgt unter dem *SPSS*<sup>28</sup>-Prinzip nach dem Grundprinzip der Offenheit, der Flexibilität und des Untersuchungsinteresses. Dies ermöglicht es mir flexibel zu sein und nicht streng die Reihenfolge des Leitfadeninterviews zu verfolgen.

Eine weitere Methode ist die **Dokumentationsanalyse**, die es mir erlaubt, die Sammlung und Verfassung von schon bestehenden und durchgeführten Recherchen, Berichten und Konzepten z.B. über Anlaufstellen zu ergänzen (vgl. Schröder und Kohle 2007: 27). Es war jedoch schwierig genügend InterviewpartnerInnen zu finden, denn die meisten AfrikanerInnen mit HIV und AIDS gehen nicht sehr offen mit ihrem Privatleben um. Vermutlich wäre es leichter eine Fragebogenaktion zu initiieren, denn so könnten die Menschen im Hintergrund bleiben. Die Auskünfte wären dann allerdings nur eingeschränkt und ungenau möglich, auch bliebe die emotionelle Welt verschlossen.

Eine zusätzliche Vorgehensweise ist die **Teilnahme an Seminaren und Workshops, ebenso Foren zum Thema wie die Teilnahme an dem Promotionskolleg Uni Frankfurt / HAW Hamburg** (SoSe 2009 & WiSe 2009/2010).

Die Auseinandersetzung und der Erfahrungsaustausch beim *Café Afrika*<sup>29</sup> (s. Fotos Abb. 8) dienen mir persönlich als Quelle für Informationen und Erfahrungen, genauso wie meine eigene fremde Herkunft in diesem Land.

---

<sup>28</sup> Die Abkürzung SPSS steht für Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren und „dient gleichzeitig der Vergegenwärtigung und dem Explizieren (...) und der impliziten Erwartungen an die von den Interviewten zu produzierenden Erzählungen“ (Helfferich 2005: 162).

<sup>29</sup> Café Afrika ist ein Regelangebot der AIDS-Hilfe Hamburg von Migrantinnen und Migranten für/mit (Nicht-) Migrantinnen und Migranten. Es findet jeden letzten Sonntag im Monat in der Regenbogen-Kantine der AHH statt. Hier geht es vor allem um den Austausch zum Thema AIDS/HIV/STIs und allgemein sexuelle Gesundheit.

Das von mir entwickelte Interviewprotokoll (s. Anhang 3) dient dazu, die Beurteilung der Kontaktaufnahme und einige wichtige Aspekte während der Interviewdurchführung wie auch die Code Nummer, Datum, Herkunft, Stimmung, Reaktion und besondere Beziehung zu registrieren; dies ist für mich hilfreich zur Interpretation (vgl. Helfferich 2005: 172).

Die Ergebnisse der Untersuchung wurden transkribiert und einige ausgewählte relevante Interviewpassagen im Text dargestellt. Die vollständige Transkription der Interviews mit den InterviewpartnerInnen erfolgte nach Werners (2005) Empfehlungen zur Transkription (s. Anhang 4).

**Die Expertengespräche (s. Anhang 2) bzw. ein Experten-Interview** (Bogner, Littig & Menz, 2002) sollen dazu beitragen drei bis vier Einrichtungen kurz darzustellen, da das Expertenwissen sehr wichtig ist und so den Vergleich der institutionellen Arbeitsweisen erlaubt. Ziel ist es die eigene Arbeit zu reflektieren und auch die Optimierung des Angebotes zu ermöglichen mit dem Hintergrund, die Lebensrealitäten von AfrikanerInnen mit HIV/AIDS zu berücksichtigen.

Um die Experten-Sichtweisen integrieren zu können, wurden Experten-Interviews (Bogner Littig, Menz 2002) in Form einer schriftlichen Befragung durchgeführt. Vier wichtige Einrichtungen wie AJS, Aids-Seelsorge, CASABlanca<sup>30</sup>, Hein & Fiete und Hamburg Leuchtfener haben durch eine Mail die schriftliche Befragung erhalten. Das Wissen dieser Experten ist für die Arbeit bedeutsam. Insbesondere konnten die strukturellen Leistungen für die spezielle Gruppe durch das Expertenwissen reflektiert werden.

**Abb.8: Café Afrika Sept. 2009. Aufklärung über Übertragungswege unter AfrikanerInnen.**



Quelle: Omer Idrissa Ouedraogo 2009

## **4.2. Auswahlkriterien und Vorstellung der InterviewpartnerInnen**

Die Freie und Hansestadt Hamburg ist als vorgesehen ist als Untersuchungsfeld vorgesehen und folgende Personen werden interviewt: vier Frauen und Männer aus Sub-Sahara Afrika mit HIV/AIDS, die zum Teil von den AIDS-Anlaufstellen in Hamburg betreut werden. Die direkt betroffene Gruppe kann ihre Situation und ihre Perspektiven am besten selbst rekonstruieren. Die Wahl der InterviewpartnerInnen erfolgte per Zufall bzw. unter Berücksichtigung der Bereitschaft, der Offenheit, des Interesses und des Umgangs mit dem Thema und auch in Kooperation mit den Einrichtungen. Anhand eines Schreibens (s. Anhang 9) habe ich den Kontakt zu den InterviewpartnerInnen herstellen können.

Die Auswahlkriterien waren folgende: Migrationshintergrund, Geschlecht, Herkunfts-Region und Kontinent (Sub-Sahara Afrika), Vorliegen einer HIV-Infektion, familiäre Situation, Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer in der Bundesrepublik Deutschland bzw. in Hamburg, Erwerbstätigkeit, Sprachkompetenz, Bildungsgrad, Zahl der Kinder und Geschwister in Hamburg oder im Herkunftsland, Wohnort.

Nach Flicks Prinzip der Fallanalyse, das sich auf den Gegenstand der Analyse durch die Abgrenzung einiger Dimensionen bezieht und somit gut zum Prinzip des Leitfadeninterviews passt (Flick 2007: 402), werde ich meine InterviewpartnerInnen im Folgenden kurz beschreiben (vgl. Flick 2007: 393, 403). Um die Anonymität zu gewährleisten wurden die Namen aller vier InterviewpartnerInnen geändert und ein Pseudonym gewählt.

Bei den InterviewpartnerInnen zeigt das Sample (s. 4.2.5) sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede je nach Persönlichkeit, Geschlecht, Bildungsniveau, Religionszugehörigkeit, Viruslast, psychosoziale und emotionale Probleme und Lebensbewältigungsstrategien.

### **4.2.1. Natou (38), aus Togo**

Natou ist eine evangelische Frau aus Sub-Sahara Afrika. Sie ist geschieden und HIV-positiv. Natou hat zwei Kinder (einen Sohn, 15 Jahre und eine Tochter, 19 Jahre), die noch in der Heimat bei ihren Großeltern leben und dort in die Schule gehen. Sie lebt seit 2004 in Deutschland. Sie erfuhr bei ihrer Ankunft im Asylheim, dass sie sich mit dem HI – Virus infiziert hatte. Der Test geschah ohne ihr Wissen. Sie wurde nach dem positiven Ergebnis nach Rostock transferiert, um eine bessere medizinische Versorgung zu erhalten.

Mittlerweile lebt Natou in Hamburg und arbeitet als Reinigungskraft. Natou hat von Sozialhilfe gelebt, bezieht jedoch zurzeit keine Leistungen. Seitdem ihr Aufenthalt von der Duldung zu einer Aufenthaltserlaubnis mit Erwerbserlaubnis (bis 2010) geändert wurde, hat sie meist als Reinigungskraft gearbeitet, bisher immer unter Zeitverträgen. Sie macht sich Sorgen um ihre zu Hause gebliebenen Kinder und um ihre Familie. Monatlich schickt sie 250 Euro nach Afrika. Natou ist eine motivierte Frau, die bereit ist zu arbeiten.

Sie hat eine sehr gute Beziehung zu den betreuenden Ärzten und SozialarbeiterInnen, denen sie sehr dankbar ist. Mit ihnen kann sie über ihre HIV-Infektion sprechen. Anfangs hatte sie massive Sprachprobleme, die sich verringern, seit sie einen Integrationskurs besuchte.

Sie möchte die HIV-Infektion nicht als Alibi für eine soziale Unterstützung anführen. Natou erzählt viel von ihrer Krankheit und den schlechten Bedingungen des Gesundheitssystems in ihrer Heimat und ihren Erfahrungen mit dem Rassismus in Deutschland, auf dem Arbeitsmarkt und den Wohnungsproblemen für MigrantInnen aus Sub-Sahara Afrika. Sie hat ein relativ eingeschränktes Lebensumfeld und wünscht sich bessere Chancen für ihre Ausbildung. Sie wünscht sich wieder eine Liebesbeziehung zu einem Mann und noch ein weiteres Kind.

#### **4.2.2. Annick (26), aus Nigeria**

Annick lebt seit acht Monaten in Deutschland. Sie hat einen deutschen Mann geheiratet. Ihre sozialen Kontakte in Hamburg sind zurzeit sehr eingeschränkt.

Sie stammt aus einer großen Familie in Afrika. Sie sagt: „Ich habe acht Stiefgeschwister, vier von meinem Vater und vier von meiner Mutter“. Sie ist die einzige gemeinsame Tochter der Eltern; ihre Mutter lebt weiter allein in ihrem Herkunftsland. Annick besucht mittlerweile die Sprachschule in Hamburg und lernt deutsch und portugiesisch. Sie spricht außerdem fünf afrikanische Sprachen.

Annick erzählt überwiegend vom Kummer, den sie aus ihrer Heimat mitgebracht hat. Die letzte Beziehung zu einem Mann in ihrer Heimat hat ihr ein Trauma versetzt. Ihr erster Freund betrog sie und flog dann nach Deutschland. Sie ist später in einen anderen Stadtteil gezogen, um dem Tratsch der Menschen über das Scheitern ihrer Beziehung zu entkommen. Sie wünscht sich von Herzen eine gute Ausbildung, um sich besser integrieren zu können. Das hat sie im Gespräch auch immer wieder betont. Außerdem möchte sie erst ihre Deutschkenntnisse verbessern, bevor sie sich für die Aufklärung und die Prävention für andere einsetzt.

Annick wurde erst in Deutschland über die HIV-Infektion informiert und glaubt, dass ihr erster Freund sie angesteckt hat. Ihr jetziger Mann wurde negativ getestet. Er lernt langsam, wie er mit seiner HIV-positiven Frau leben kann. Eine Scheidung wäre für Annick katastrophal, denn sie würde umgehend Aufenthaltsprobleme bekommen. Im Moment ist ihr Aufenthalt von ihrer Ehe abhängig. In ihrer Heimat wurde sie untersucht – und der Test für HIV war positiv – aber sie selbst wurde nicht davon in Kenntnis gesetzt. Sie erfuhr lediglich, dass sie Hepatitis habe. Nur ihre Mutter wusste, dass sie mit HIV infiziert ist. Bis die Tochter nach Deutschland ausgewandert ist, hat die Mutter es geheim gehalten.

Um ihren Mann finanziell zu unterstützen, der bis jetzt die Lebenskosten allein trägt, arbeitet Annick als Hilfe im Hotel; bisher hat sie noch kein Gehalt bekommen.

Annick hat große Angst vor einer Scheidung, denn dann könnte sie einfach ausgewiesen werden. Sie möchte gerne von der guten Therapie in Deutschland profitieren.

#### **4.2.3. Christelle (38), aus Kamerun**

Die zweimal geschiedene Sozialhilfeempfängerin, allein erziehende Christelle lebt seit sieben Jahren mit ihrem 6-jährigen Sohn in Deutschland. In Afrika hat sie schon mit ihrem ersten Mann drei Kinder bekommen (Zwillinge, 20 Jahre und ein Sohn, 17 Jahre). Alle Kinder besuchen in Afrika die Schule und leben bei ihren Großeltern. Der Vater der Kinder in Afrika kümmert sich nicht um seine Kinder. Christelle selbst hat drei Geschwister, die alle in Afrika leben. Vor einiger Zeit hat sie nun eine befristete Aufenthaltserlaubnis (bis März 2010) in Deutschland bekommen. Sie wird von einer erfahrenen Einrichtung in Hamburg betreut und ist dafür sehr dankbar. Sie erfuhr erst von ihrer HIV-Infektion während ihrer vierten Schwangerschaft (2003) in Deutschland. Durch die Hilfe und Beratung ihrer Betreuerin hat sie einen negativen Sohn zur Welt gebracht. Danach ist sie durch einen Asylantrag ins Asylheim gekommen. Christelle ist sehr gläubig und geht regelmäßig zur Kirche.

Christelles Verhältnis zu ihren bisherigen Partnern ist schlecht – sie selbst möchte keinen Kontakt. Sie sagt: „die Männer helfen mir überhaupt nicht und machen mir nur Probleme“.

Psychoziale Probleme sind Christelle unbekannt, sie versucht positiv zu denken, um Stress, Ängste und Lebensschwierigkeiten besonders mit den Behörden zu vermeiden. Das Treffen mit Menschen in einer ähnlichen Situation in den betreuenden

Einrichtungen tut ihr sehr gut. Jedoch verweigert sie den Kontakt mit anderen Anlaufstellen aus Sorge, dass viele von ihrer HIV-Infektion erfahren könnten.

Ihr Leben in Deutschland erscheint ihr schwer, doch besser als in Afrika. Hier sieht sie sich existentiell abgesichert, die Therapie ihrer HIV-Infektion ist geregelt. Sie ist bereit sich im Bereich HIV/AIDS zu engagieren, möchte aber ihre persönliche HIV-Infektion außen vor lassen. Die schlechte Situation in Afrika ist ihr präsent.

#### **4.2.4. Razack (41), aus Burkina Faso**

Razack ist ein muslimischer Afrikaner aus Burkina Faso. Seine Verwandten leben in Burkina Faso und Ghana, seine Eltern weiterhin in Burkina Faso. Er lebt seit neun Jahren in Deutschland und seit sechs Jahren in Hamburg. Vor seiner Ausreise aus Burkina lebte er sechs Jahre in der Familie seiner Mutter. Er spricht gut Französisch, Englisch, vier afrikanische Sprachen und relativ gut Deutsch. In Hamburg arbeitet Razack als Kellner und verdient zwischen 600 und 800 Euro mit Arbeitsvertrag in festem Angestelltenverhältnis. Er arbeitet auch als privater Autohändler. Seinen Alltag prägen regelmäßige Arztbesuche. Zu den Ärzten hat er ein sehr gutes Verhältnis. Razack besitzt eine Aufenthaltserlaubnis mit Arbeitserlaubnis, was ihm das Leben erleichtert. Häufig besucht er seine Freunde in Spanien. Von seiner HIV-Infektion hat er erst vor fünf Jahren offiziell in Hamburg erfahren. *Afro leben +?* hat einige Zeit sein Leben mitgestaltet, er wirkte sogar bei einer bundesweiten Selbsthilfegruppe mit. Trotzdem oder gerade deshalb ist er sehr vorsichtig von seiner HIV-Infektion zu sprechen, besonders in seiner Community, aus Angst diskriminiert oder ausgegrenzt zu werden.

Er wohnt mit drei Afrikanern in einer 4-Zimmer-Wohnung in Hamburg. Auch hier weiß keiner von seiner HIV-Infektion.

Razack erzählt sowohl von seinen positiven als auch negativen Erfahrungen und Erlebnissen im Kontakt mit Professionellen der AIDS-Hilfen, den afrikanischen Brüdern und Schwestern, die mit HIV/AIDS leben oder *Afro leben +*<sup>31</sup>. Mittlerweile will er keinen Kontakt mehr mit Anlaufstellen außer seiner betreuenden Ärztin.

Manchmal findet er es sehr belastend und störend immer wieder über seine Infektion zu erzählen.

---

31

Bundesweites Netzwerk von AfrikanerInnen mit HIV/AIDS in Deutschland. <http://www.afrolebenplus.de>

## 4.2.5. Sample

Tab.7: sozialen Daten der InterviewpartnerInnen

<b>Geschlecht (n=4)</b>	<b>Frauen</b> <b>Männer</b>	<b>3</b> <b>1</b>
<b>Herkunftsland + Aufenthaltsdauer in der BRD</b>	Burkina Faso + 9 Jahre Kamerun + 7 Jahre Nigeria + 8 Monate Togo + 6 Jahre	1 1 1 1
<b>Aufenthaltsstatus</b>	(befriste) Aufenthaltserlaubnis Aufenthaltsgenehmigung	3 1
<b>Religionszugehörigkeit</b>	Christen Muslime	3 1
<b>Familienstatus</b>	Ledig verheiratet verwitwet getrennt	- 2 1 1
<b>Unterstützende eigenen Kinder im Herkunftsland</b>	0 1- 2 > 2	1 1 2
<b>(Schul) Bildung</b>	Primarschule ohne Abschluss weiterführende Schule ohne Abschluss Ausbildung mit Abschluss	2 1 1
<b>Einkommen: (Beschäftigung/ Berufstätigkeit)</b>	Reinigungskraft (Anstellungsverhältnis) Hotelhelferin Gastronomie(Anstellungsverhältnis)+ Kleinhandel Sozialhilfeempfänger Anstellung in einer der (HIV/AIDS) Anlaufstelle	1 1 1 1 -
<b>Wissentlich infiziert seit</b>	< 1 Jahr > 2 Jahr	1 3
<b>CD4+T-Zellen</b>	250-500/ $\mu$ l	4
<b>Wohnungssituation (Mietverhältnis)</b>	Allein, ohne Kinder Mit WG-Mitgliedern Mit Kindern Mit (Ehe)PartnerIn	- 2 1 1

Das Sample ist eine Interpretationshilfe in Tabellenform. Es gibt einen kurzen Überblick über wichtige Lebensbereiche der einzelnen Befragten zum Entstehen eines Sozialprofils. So wird ein Vergleich ermöglicht und die Bildung von Hypothesen erleichtert. Gleichzeitig können besondere Unterschiede wahrgenommen werden. Auffällig in diesem Sample ist, dass von den vier befragten Personen keiner einen Schulabschluss besitzt, und sich alle in einem unsicheren und unsteten Arbeitsverhältnis bewegen. Das unstete Arbeitsverhältnis lässt wiederum einen Rückschluss auf die finanzielle Situation der einzelnen zu. Drei Personen haben Kinder die sie im Heimatland zurückgelassen haben und die sie nun finanziell absichern müssen.

#### **4.2.6. Expertenbefragungen**

Der Fragebogen zur Befragung der Experten wurde auf Basis der in Kapitel 4.1 bereits erörterten Methodik entwickelt. Die wichtigen AIDS-Anlaufstellen erhielten den Fragebogen per Mail zugesandt.

Der Rücklauf des Fragebogens für die Experteninterviews gestaltete sich trotz mehrfachen Bittens nur sehr zögerlich. Zuletzt haben sich nur zwei Mitarbeiterinnen von der AJS und CasaBlanca zurückgemeldet und den Fragebogen zurückgeschickt.

##### **AJS – hauptamtliche Mitarbeiterin**

Die AJS (=Arbeitsgemeinschaft (AG) - Kinder und Jugendschutz Hamburg e.V.) arbeitet für und mit Familien die von HIV/AIDS betroffen sind. Sie bieten Familien Beratung und Begleitung für ein Leben mit HIV. Das Angebot bei psychosozialen und emotionalen Problemen ist weit gefächert und reicht von Hausbesuchen und Begleitung zu Terminen bis zu Einzelberatungen und Gruppenarbeit.

Die Klienten der AJS kommen aus vielen Ländern der Sub-Sahara Afrikas. Die Angebote werden aber leider nur auf Englisch angeboten, obwohl MigrantInnen aus französisch-sprachigen Ländern kommen. Ausgeglichen wird dies durch den Einsatz von Dolmetschern im Bedarfsfall.

Auf die Frage nach den psychosozialen und emotionalen Problemen, der aus Sub-Sahara Afrika stammenden Klienten, bestätigte die Mitarbeiterin klar die Aspekte, die auch in den Interviews durch die Befragten deutlich wurden:

- Angst vor Bekannt werden der HIV-Infektion in der eigenen Community, Isolation durch HIV
- Kaum bestehende Möglichkeit zu einem Besuch im Herkunftsland, häufige finanzielle Probleme, minder bezahlte Arbeiten, Aufenthaltsprobleme und beengte Wohnverhältnisse.

Im Hinblick auf die Community sieht die Sozialpädagogin eine große Ressource zur Hilfe in der Aidspräventionsarbeit. Laut ihr kann die Community dafür sorgen, dass Wissen weitergegeben und dadurch die Angst vor HIV gesenkt wird. Gleichzeitig sieht sie aber auch das Problem der Tabuisierung von HIV/AIDS und Sexualität innerhalb der Community, das zur Exklusion der Betroffenen führt. Bisher spielt die Community in der Arbeit mit der Zielgruppe keine Rolle, da die Infektion der Betroffenen in der Community nicht bekannt ist.

Als ein besonderes Problem für ihre eigene Arbeit sieht sie die moralischen Tabuthemen der afrikanischen Gesellschaft, die sie in der Art der Beratung einschränken und ein offenes Gespräch schwer ermöglichen.

### **CASAblanca – hauptamtliche Mitarbeiterin**

CASAblanca ist eine zentrale Beratungsstelle für sexuell übertragbare Erkrankungen und für AIDS-Beratung. Sie bietet folgende Leistungen: HIV-Testberatung, medizinische Untersuchung, Diagnostik und Therapie sexuell übertragbarer Erkrankungen (STD), psychosoziale Beratung der primären Zielgruppen und ggf. deren Weiterleitung in das Hamburger Hilfesystem sowie HIV/AIDS/STD – Präventionsarbeit.

CASAblanca bietet keine spezielle kultursensible Arbeit für MigrantInnen aus Sub-Sahara Afrika. Hier werden viele HIV-Tests der Zielgruppe abgenommen, nach einem positiven Ergebnis werden die einzelnen Personen den Hilfsorganisationen des Hamburger Hilfesystems zugeführt, um deren Betreuung zu sichern. CasaBlanca bietet eine breite Vielfalt an Sprachen in der Betreuung, die bei einer HIV-Testung ihren Einsatz finden.

### **4.3. Interview: Themenschwerpunkte**

Das Interview umfasst im Wesentlichen folgende Themenschwerpunkte (vgl. Seukwa 2006: 226-227), um möglichst viel über die Lebenssituation der Interviewpartnerin unter den gegebenen speziellen Umständen zu erfahren. Eine besondere Akzentuierung liegt hierbei auf den Aspekten, die mit der HIV-Infektion in Verbindung oder Abhängigkeit stehen:

- (Geschichte) Auswanderung, Familie, Kinder und Wohnungssituation
- Alltagsbewältigung, Aufenthaltsstatus, Beschäftigung/Berufstätigkeit, finanzielle Situation, Sprachschwierigkeiten
- Psychosoziale und emotionale Probleme, Einsamkeit, Sorgen, Rassismus, Umgang mit Stigmatisierung und Diskriminierung
- Gesundheit, Umgang mit der HIV-Infektion, Selbstverständnis und Wissen von HIV/ AIDS
- Wahrnehmung von Erfahrungen mit Fachpersonal und Gesundheitshilfesystem
- Soziales Umfeld, Rolle der Community im alltäglichen Leben, Teilhabe bzw. Partizipation
- Selbstbild und Lebensperspektiven

#### **4.4. Zur Durchführung der Interviews**

Es wurden insgesamt vier Interviews zu den vereinbarten Terminen durchgeführt. Trotz vielfältiger Kontakte meinerseits erklärten sich nur vier Menschen zu einem Interview bereit. Dies geschah unter der Berücksichtigung der ethischen Aspekte, der Intimität und der Persönlichkeit der Befragten (vgl. Hermanns 2000: 367ff). Gegenüber den InterviewpartnerInnen wurde strenge Anonymität versichert um Unsicherheit und Angst von vornherein zu mildern und die Bereitschaft zur Auskunft zu erhöhen.

Die Arbeitsweise und die Nutzung der Materialien bzw. des Aufnahmeapparates wurden vorher erklärt und das Interview wurde mit dem Einverständnis der Befragten auf Tonband aufgezeichnet; ein Interview wurde aus zeitlichen Gründen am Telefon geführt. Ziel war es, eine Gedächtnisstütze zu entwickeln. Alle vereinbarten und ausgewählten Orte und Interviewformen meiner Befragung unterliegen den interkulturellen Respekt gegenüber den moralischen Werten der Befragten, sowie dem Selbstbestimmungsrecht und Auskunftsverweigerungsrecht jedes Einzelnen und strenger Geheimhaltung.

- Zwei Interviews fanden in zwei Anlaufstellen in Hamburg statt
- Zwei Interviews in meiner Wohnung (per Telefon und vor Ort)

Für die Ergänzung einiger Passagen habe ich mich nochmals persönlich mit drei Befragten getroffen und ein weiteres persönliches Gespräch am Telefon geführt.

Die Durchführung und Auswahl der InterviewpartnerInnen war schwierig und wurde durch Terminprobleme oder Abwehrreaktionen erschwert.

Es erforderte schon bei der Ansprache der möglichen Personen einen sensiblen Umgang, um sie nicht durch eine zu große Offenheit und Direktheit zu verschrecken.

#### **4.5. Schwierigkeiten bei der Auswahl der InterviewpartnerInnen und bei der Durchführung der Interviews**

Zunächst wurde eine Ausschreibung (s. Anhang 9) an einige Hamburger HIV-Schwerpunktpraxen und an Anlaufstellen per Mail geschickt. Ziel war es Kontakte mit anderen AfrikanerInnen mit HIV/AIDS für die Untersuchung knüpfen zu können. Leider kamen nur wenige Rückmeldungen; nur eine Anlaufstelle hat reagiert und mir einige Kontakte vermittelt. Da ich nicht nur meine eigenen KlientInnen der Aids-Hilfe Hamburg ansprechen wollte, sondern auch andere Sichtweisen und Lebensrealitäten von in Hamburg lebenden AfrikanerInnen einbeziehen wollte, bin ich durch meinen Bekanntenkreis (mein Friseur) auf einen Befragten (Razack) gestoßen. Begründungen

für Ablehnungen waren z.B.: „Was bringt es mein Leben zu erzählen, wenn es keine Verbesserung geben wird und ich in meiner Community ausgegrenzt werde“.

Insgesamt war es sehr schwer mit den klassischen Methoden – trotz vorheriger Erklärungen – die Interviews durchzuführen. Es gab viele Unsicherheiten, Verschieben von Terminen, die Erlaubnis von betreuenden ÄrztInnen, AnwältInnen oder „AIDS-BeraterInnen“ der Anlaufstelle fehlte, um an solchen Untersuchungen teilzunehmen. Dieses lässt sich vielfältig erklären: durch das ausgeprägte Tabu des Themas, die Angst vor Jobverlust, Ausgrenzung in der eigenen Community und Scham vor Entblößung. Viele hatten schon Erfahrung mit solchen Interviews und wollten sich nicht mehr an solchen Aktionen beteiligen. Der Erfolg wird von manchen als gering eingeschätzt und sie haben auch keine positive Veränderung für ihr eigenes Leben verspürt.

Auch ich finde in meiner Rolle als Sozialarbeiter bei Menschen meines eigenen Kulturkreises manchmal nur erschwert Akzeptanz. Es gibt Vorbehalte mir gegenüber, einige denken ich sollte nichts mit anderen Nationen zu tun haben als meiner eigenen, oder sie haben Angst, dass ich von ihrer HIV-Infektion in afrikanischen Kreisen erzähle. Ignoranz und mangelndes Wissen über Rechte, Pflichten und Aufgaben von „Aids-BeraterInnen“ stehen im Vordergrund und werden von vielen nur schwer überwunden. Gegenüber der Schweigepflicht sind viele afrikanische MigrantInnen kritisch. Vielen wissen nicht, dass die Anonymität in der Beratung und Betreuung gewährleistet sein muss oder kann. Eine Beobachtung ist der Glaube, dass nur weiße Menschen ihnen mit rechtlichen Problemen des Aufenthalts oder bei Behörden helfen können - weiße Menschen gelten zumeist als allwissend. Die Übernahme der Verantwortung für das eigene Leben steht dabei im Hintergrund. Das Sozialsystem kommt aber auch an seine Grenzen; afrikanische MigrantInnen müssen lernen ihr Leben selbst zu steuern und sich aktiv daran zu beteiligen. Wissen über Rechte und Pflichten zu erlangen ist eine Grundlage zu Partizipation. In der Arbeit mit weißen Betreuern bleibt das Empfinden und die zwischenmenschliche Verbindung oft auf der Strecke – man ist sich nicht nahe und weiß nicht „wie man tickt“.

All diese Aspekte erschwerten die Untersuchung für mich und gestalteten die praktische Arbeit ausgesprochen kompliziert.

#### **4.6. Vorgehensweisen bei der Auswertung der Interviews**

In Anlehnung an die methodischen Vorgehensweisen von Flick (2005, 2007), Hermanns (2000) und Werner (2005) wurden Auswertungsstrategien mit den entsprechenden Methoden für die Untersuchung erarbeitet. Die Auswertung für die folgende Untersuchung bezieht sich wiederum auf Flick (2007) und Helfferich (2005). Ziel ist es, die Wahrnehmung und Rekonstruktion der Lebensgeschichte, der Erfahrungen und der Perspektive der Befragten durchzuführen.

Im ersten Schritt wurde ein Kodierleitfaden (s. Anhang 4) entwickelt, um die nötige Analyse der Untersuchung zu realisieren und den transkribierten Text einer dritten Person verständlich machen zu können (vgl. Werner 2005: 289-292). Dafür wurde eine (vollständige) Transkription vorgenommen und Stimmungen, Pausen, nonverbale Kommunikation, Notationen, Äußerungen und Reaktionen im Interview berücksichtigt und gekennzeichnet, die für die Arbeit von großer Bedeutung sind (vgl. Fuchs-Heinritz, Werner 2005: 289).

Um die Thematik und die Auswertungskategorien der Untersuchung, die Interviewsituation sowie die Sachverhaltsschemata und inhaltliche und formale Aufgliederung schildern, zuordnen und analysieren zu können, habe ich die vier transkribierten Texte intensiv und wiederholt gelesen. Die Auswertungskategorien wurden anschließend in Sequenz-Nummerierungen aufgeteilt und in einem transkribierten Text dargestellt. Dies entspricht den oben genannten Themenkomplexen der Interviews. Die Zusammenstellung und Diskussion einiger Passagen der Ergebnisse erfolgt in den folgenden Kapiteln.

### **Kapitel 5 - Darstellung der Ergebnisse: Lebensrealitäten von AfrikanerInnen mit HIV/AIDS in Hamburg**

Die Ergebnisse der Interviews mit allen vier Befragten werden im Folgenden zusammengestellt und diese unter den oben genannten und erarbeiteten Themenschwerpunkten präsentiert.

Auf die spezifische Frage nach ihrer Auswanderungsgeschichte ging keiner der Befragten ein.

## **5.1. Durchführung des HIV-Tests und Outing**

Auf welche Art und Weise meine InterviewpartnerInnen von ihrer Infektion mit dem Virus erfahren haben ist sehr unterschiedlich. Der Umgang mit dem Outing ist stark geprägt von Ängsten und der Sorge um das Verständnis der anderen.

Christelle erfuhr in Deutschland während ihrer Schwangerschaft, dass sie HIV-positiv ist. Ohne diesen Anlass wäre ihre Erkrankung vermutlich vorerst unentdeckt geblieben, auch hätte sie niemals vermutet, dass sie mit HIV infiziert sein könnte.

**„Genau dann habe ich das hier seit 2002. Äh, ne, 2003. Ich war schwanger, und ich war bei Arzt zur Kontrolle, und der hat alles gemacht, und dann hat er gleich am Anfang angerufen und gesagt: „Ja, ähm, komm zu mir, das ist hier nicht so gut.“ Und ich war da rüber gegangen und er hat mir das erzählt und hat gesagt so und so. Das war nicht so einfach - aber was kann man machen?“ (Christelle)**

Natou suchte als einzige den direkten Einstieg ins Thema und berichtet von ihren ersten Erlebnissen in Deutschland. Sie drückte deutlich aus, dass sie bis heute geschockt darüber ist, wie der Test abgelaufen ist. Sie wusste nichts von der Blutuntersuchung. Gleichzeitig schildert sie aber auch ihre Erleichterung, von ihrer Infektion in Deutschland erfahren zu haben. Sie ist sich dessen bewusst, dass ihre Therapieperspektiven bezüglich der Infektion hier wesentlich besser sind.

**„Man hat uns da einfach hingebraht, oh. Ohne uns zu sagen, dass es ist, um den HIV-Test zu machen... Aber unglücklicher Weise haben sie gesagt, dass ich Aids habe. Gott sei Dank, ich hatte einen Schock. Aber Gott sei Dank habe ich's in Deutschland erfahren. Gott sei Dank! Eh, glücklicherweise haben sie Medikamente für uns.“(Natou)**

Annick beschreibt, dass es im Umgang mit anderen AfrikanerInnen schwierig ist über ihre HIV-Infektion zu sprechen. Auch ihr Arzt hat schon von schwierigen Umständen gehört, unter denen Sub-Sahara MigrantInnen leben.

**„Ja. Meine Mutter in Nigeria weiß schon. Ich hab' mit ihr gesprochen und sie ist in die Kirche gegangen und hat mit dem Pastor darüber gesprochen. Sie beten für mich ... Mhm...(traurig). Ja. Umm.“ (Annick)**

Razack reagiert sehr deutlich auf die Frage nach seinem Outing. Er denkt, dass Schweigen besser ist als sich zu vielen Menschen anzuvertrauen, besonders in den Kreisen seiner Landsleute.

**„Nein! Mhm... Es auch nicht gut. Weil Sie bei der Aids Hilfe arbeiten, deshalb erzähle ich. Leute sind nicht gut, wenn die es wissen... ähm... du bist kaputt... und (...) Es ist ein großes Problem.**

Lieber schweigen... Ja. Besser so. Ich hab' kein Problem und leben gut, warum sollten die andere es wissen, wenn sie mich nicht annehmen wollen... mit Afrikanern, muss man vorsichtig sein... ich bin noch nicht sehr krank und im Bett zu bleiben, ich laufe ja und kann arbeiten und gehe zum Arzt und nehme meine Medikamenten... es reicht mir so... Auch meiner Frau wusste es sowie... mhm... ca. vier FreundInnen in Afrika, Deutschland und Spanien. .. mehr nicht.“ (Razack)

## 5.2. Alltagsbewältigung, Finanzen und Wohnsituation

Im Folgenden erfahren wir von den Befragten von den Problemen, die ihnen im Alltag begegnen. Für MigrantInnen ist ihr Aufenthaltsstatus sehr entscheidend. Je nach Aufenthaltsstatus haben sie unterschiedliche Rechte und Pflichten in Deutschland. Im alltäglichen Leben wird der Gang zu Ämtern oder der Besuch öffentlicher Stellen zum Spießrutenlauf. Denn nicht alle Beamten sind sich der Gesetze bewusst auf deren Basis sie handeln.

„Es ist kompliziert. Zum Beispiel mein Aufenthalt den sie mir in meinem kleinen... Ausweis gegeben haben... Es ist ein Problem für mich. ...Sie haben mir Mecklenburg-Vorpommern eingetragen. Wenn du das jemandem zeigst, dann wollen sie immer dem Pass sehen. Und ich muss dann selbst erklären, dass es in dem Paragraphen festgesetzt wurde, und dass es einen Aufenthalt hat. Das ist ja wichtig...“ (Natou)

Natou empfindet Arbeit in ihrem Leben als extrem wichtig. Wenn sie von ihrer Arbeit spricht, deutet dies fast auf eine Kompensation ihrer Gefühle hin. Es scheint, als ob sie sich ohne Arbeit wertlos fühlen würde. Außerdem lenkt die Arbeit sie davon ab, sich ununterbrochen mit ihrer HIV-Infektion zu beschäftigen. Trotzdem betont sie, dass die Arbeit für sie schwierig ist, da sie in diesem Bereich keine Ausbildung erfahren hat.

„Also, ja, eh, was diese Seite angeht, mit der Arbeit, gebe ich mir alle Mühe. Es gibt keine Arbeit, die ich nicht schon gemacht habe. ... von Seiten der Arbeit her, kann ich sagen, dass ich zu Recht komme. Und es gefällt mir, aber es ist schwierig, weil es keine Arbeit ist, die ich gelernt habe. Doch ich mache diese Arbeit um mir selbst zu genügen. Und wie? Manchmal mit Reinigung für eine Firma und sie bezahlen mich, eh, und wie, manchmal in Lagern einer Firma, Pakete transportieren und manchmal bin ich auch in einem Hotel um die Betten zu machen, denn wenn ich mit dieser Situation der HIV-Infektion nicht arbeiten würde, wäre ich zu gelangweilt, nur zu Hause zu bleiben, das langweilt mich.“(Natou)

Natou und Razack sind sehr ehrgeizig. Sie wollen ihr Leben ohne soziale Hilfen vom Staat meistern. Sie möchten anerkannt werden für das was sie für ihr Leben tun. Ihr Einkommen genügt kaum für das Leben hierzulande. Dazu kommt, dass die

Versorgung von in Afrika verbliebenen Kindern weiter gewährleistet werden muss. Ihre Erfahrungen drücken sie so aus:

**„... Und das Geld, das ich verdiene, reicht mir auch nicht aus. Aber warum ich es akzeptiere? Es ist besser für mich als um soziale Hilfen zu bitten und mich für nix anzustrengen.“(Natou)**

**„...Ich verdiene ungefähr 600 - 800 Euro im Monat brutto... ich leben nicht mehr vom Staat... immer Geld verdienen am Ende des Monats und nix tun... nein. Ähm (...) die Ausgaben sind viel: z.B. Wohnung, Medikamente, Essen, Kinder in Afrika unterstützen für Essen, Kleidung, Schule... und so... ich finde besser dort zu wohnen, um sparen zu können... das Autohandeln gibt mir manchmal Geld... Ich verkaufe Auto in Afrika, ja. Neben bei was zu tun hilft immer.“(Razack)**

Christelle äußert sich wie folgt:

**„Na ja, guck ma, ich habe Kinder, und die sind alle auf dem College, und ich muss, also das ist katholisch, und ich muss das alles bezahlen. Aber ich habe das äh, mit die Schule da alles arrangiert. Ich bezahle das alles, aber das ist nicht einfach. Und ich bezahle das alles in Raten, pro Jahr, für drei Kinder ich denke das ist okay. Für ein Kind das ist 1500 Euro im Jahr.“ (Christelle)**

Um ihr eigenes als auch das Überleben der Familie oder der Kinder in den Heimatländern zu sichern verzichten die meisten MigrantInnen in Deutschland auf jeglichen Lebenskomfort. Die meisten suchen nach möglichst günstigen Wohngelegenheiten und Kleidung und ernähren sich nur vom Nötigsten. Die moralischen Verpflichtungen der Familie gegenüber sind oft grenzenlos und von starken Erwartungen geprägt. Hobbies finden im Alltagsleben kaum einen Platz.

Auf die Frage nach ihrer Wohnsituation reagiert nur die von Sozialhilfe lebende Christelle positiv, da sie mit der jetzigen Wohnung zufrieden ist. Annick ist mit ihrem deutschen Mann auf der Suche nach einer großen Wohnung und Razack ist in der WG nur zufrieden, da es für ihn günstig ist. Natou reagiert sehr zynisch und gibt nur ironische Kommentare. Sie möchte nicht darüber sprechen. Ihre Aussagen sind aber eindeutig.

**„Na ja, wir müssen da nicht Wohnung reden, das ist ein Problem, es ist ein Ghetto. Es ist ein Ghetto! Eine Wohnung zu finden ist echt ein Problem.“ (Natou)**

Razack hat keinen großen Anspruch an seine Wohnsituation, er hat für sich die günstigste Möglichkeit gefunden.

**„In Veddel in Hamburg mit drei anderen Freunden in einer 4 Zimmerwohnung... Ich hab' mein eigenes Zimmer und die anderen auch...; es ist eng aber es geht. Das Zusammenleben ist nicht schön, nicht sauber... Aber ich hab' keine Wahl/ Auch keiner weiß, ich bin krank. Es ist besser ich denke.“ (Razack)**

Die Kombination von Hautfarbe mit der Infektion bringen Annick, Natou und Razack häufig in bedrängende Situationen, in denen Diskriminierung und Rassismus deutlich zu erkennen sind. Deutlich sagen sie, dass der Rassismus nicht an einen Ort oder bestimmte Personen gebunden ist, sondern immer und überall anwesend ist.

„Eh!... Bruder... Hier zu leben geht nicht ohne Rassismus... ähm. Du weißt die schwarze Hautfarbe hier ist ähm.. nicht gewollt oder wir Flüchtlinge; die denken wir sind nur Probleme... oder so... es ist schwer.. Aber in der Community viele von uns sind auch nicht gut und wollen von Menschen mit HIV/AIDS nicht... es ist sehr sehr ... schade. Uhm... Die brauchen Sensibilisierung ich denke. Ihr muss viele Leute bei uns besser sensibilisieren... Ich sehe Dich mit anderen Leuten manchmal bei Fußballturnier oder in der Disco sensibilisieren, es ist so was.. sehr gut für die Leute zu wissen... oder deshalb will ich nicht mit vielen drüber reden und...“ (Razack)

„... den Rassismus findet man auch immer und überall. Sei es auf der Straße, auf der Arbeit / es ist sehr schwierig / es ist nicht alle Tage, aber es kann dir passieren, dass du eines Tages gefragt wirst von jemandem auf der Arbeit oder von einem Chef. „Hast du eine Krankheit?“ (Natou)

Natou und Annick beschreiben deutliche Erlebnisse, die sie mit dem Rassismus in Deutschland, vor allem und leider bei öffentlichen Stellen gemacht haben. Die beschriebenen Situationen zeigt deutlich, wie direkt Menschen den Rassismus zur Schau stellen und wie verletzend solche Äußerungen, auch für Natou und Annick, sind:

„Ja... es gibt viele Rassismus hier. In der Schule, ich erlebe es Seiten der Lehrkraft und auch mit MitschülerInnen. Aber einige sind freundlich und andere sind feindlich. Es ist sehr sehr schwer. Aber ich hab gesagt, ich muss meine... ehm. Ich muss dieser Deutsch wissen, ich muss später eine Ausbildung schaffen! Deshalb, wenn die Lehrerin oder der Lehrer fängt mit so'ne Diskriminierung an, ich tue ob ich nix sehe oder mhm höre. Es ist nicht einfach...“ (Annick)

„Ich wollte ein Altenpflegeausbildung machen, das lernen, oder an der Kasse zu sitzen, ich bin zu der Frau hingegangen, zum Jobcenter, ich habe bis heute die Worte im Ohr, ich als Schwarze kann nicht vergessen was sie gestern gesagt hat. Sie hat zu mir gesagt: (auf deutsch) „Du bist die einzige Schwarze, du kriegst das nicht.“ (Natou)

Natou hat sogar erfahren, welche interkulturelle Inkompetenz die Menschen auf den Ämtern an den Tag legen, durch pures Unwissen kombiniert mit nicht vorhandenem Taktgefühl. Dies zeigt folgendes Erlebnis, von dem sie erzählt:

„Einige Tage später lädt sie mich zu sich ein, ich ging hin, und sie fragte mich nach meiner Gesundheit, ob es geht, und ich hab ja gesagt ((leiser werdend)). Eh, ja, so blieb ich im Stress. Und sie fragte mich, ja, ... willst du denn hier bleiben oder denkst du daran wieder nach Afrika zu gehen. ... Du kannst doch auch da unten bleiben, wieso hier? Mit dieser Krankheit stirbst du weder heute noch morgen. Wenn du in Afrika bleibst ... also, eh, ja, hier erschwert es dir deine

**Arbeit. Die Tage wo es dir gut geht, machst du eben deine Arbeit, die Tage wo es dir nicht so gut geht ... gehst du nach Hause und schläfst.“ (Natou)**

Natou ist geschockt von dem Verhalten der MitarbeiterInnen. Sie versteht weder die Worte noch den Hintergedanken der Frau. Sie formuliert deutlich, dass sie nicht verstehen kann, was die Frau überhaupt von ihr will oder erwartet. Auch zu vermuten bleibt, dass sie vor allem ihre Infektion als Grund sieht, hier zu bleiben, nicht unbedingt die besseren Umstände unter denen sie hier lebt.

**„Und was denkt sie? Dass ich hier in besten Umständen mit meiner Krankheit nicht sterben will? Dabei hab ich in Afrika noch gar nicht gewusst, dass ich positiv bin. Es war doch hier, dass ich erfahren habe positiv zu sein. Und ich sollte auch hier behandelt werden. Und manches Mal denke ich daran meine Kinder zu sehen.“ (Natou)**

Natou erzählt auch von dem Bedrängnis, in das man geraten kann, wenn man Deutsch noch nicht ausreichend sprechen und verstehen kann. Betont sagt sie, dass die Sachbearbeiter auf den Ämtern wissen, dass man als Asylsuchender mit Schriftdeutsch noch weniger anfangen kann als mit gesprochenem. Aber selbst das hilft einem bei fehlender sprachlicher Fähigkeit nicht weiter. Man bekommt weder die Möglichkeit sich zu erklären noch sich gegen schlechte Behandlung zu wehren.

**„Die, diese Sprache musst du anfangen, wenn du jemanden gefunden hast, der gut ist, in einem Büro, dann versteht dich die Person. ... Ich z.B. hatte viele Probleme damit. Du hast nix verstanden, aber man gibt dir ein Papier: „Hier müssen Sie unterschreiben... Sie weiß, dass du nicht weißt. Gott sollte uns retten...“ (Natou)**

Natou fühlt sich als Hilfe suchende Person in diesem Staat weder aufgenommen und willkommen noch mit ihren Problemen wahrgenommen. Im Gegenteil, sie fühlt sich sogar übergangen und diskriminiert, und bringt dies auch deutlich zum Ausdruck.

### **5.3. Gesundheit und Umgang mit der HIV- Infektion und der Therapie**

**„Also von Seiten des Arztes und der Medizin, kann ich mich nicht beschweren. Ich habe einen guten Arzt.“<sup>32</sup>**

Alle meine InterviewpartnerInnen betonen die gute Beziehung zu ihren Ärzten. Vor allem betonen sie wie glücklich sie sind, für die Behandlung hier in Hamburg bzw.

---

<sup>32</sup> Natous Antwort auf die Frage: Haben Sie schon einmal professionelle Hilfe in Anspruch genommen? Welche persönlichen Erfahrungen haben Sie damit gemacht, wie haben sie es empfunden? Hat Ihnen das Angebot wirklich geholfen?

Deutschland zu sein, denn in Afrika wäre es für sie nicht denkbar eine solche Behandlung zu bekommen.

**„Also von Seiten des Arztes und der Medizin, kann ich mich nicht beschweren. Ich habe einen guten Arzt. Mit ihm bin ich sehr zufrieden. Sehr zufrieden. Zu aller erst in Rostock, Doktor Hartmann, auch hier in Hamburg, und die Hilfe die ich um all das drum herum habe, ich denke die könnte ich nie in Afrika haben. Z.B. hat er mir immer gesagt, dass der HI-Virus ein ganz schrecklicher ist. Und wenn ich mich irgendwie krank fühlen sollte, immer direkt zu ihm zu kommen, denn man ist nie weit weg davon, sich eine Infektion einzuhandeln. Und wenn ich in so einem Fall zu ihm komme, zögert er nicht.“ (Natou)**

Ihren betreuenden Arzt beschreiben die Befragten als sehr menschenfreundlich und sorgfältig. Die Ärzte scheinen sich sehr zu engagieren und stehen auf der Seite ihrer PatientInnen.

**„Ja, ich bin zufrieden, weil mein Arzt ist nett. Der sagt, ich muss nicht soviel Sorge machen. Dass nach Nigeria wäre noch schwierig, da die Therapie kostet viel Geld und die Qualität ist nicht gut wie hier. Ich muss dann hier bleiben, um bessere Therapie zu profitieren. Ich hab gute Medikamente, ich bin sehr zufrieden... zufrieden. Meine Mutter in Nigeria und ihren Pastor bitten für mich auch.“ (Annick)**

**„Egal mit was ich zu ihm komme, der Doktor hilft mir, und wenn es mit den Medikamenten die ich nehme nicht geht, dann ändert er was. Aber er hat mir fast noch nie ein Medikament gegeben mit dem es nicht ging“ (Natou)**

Auf die Frage nach traditionellen Heilmitteln reagiert besonders Natou eindeutig ablehnend. Sie ist gläubig, aber im christlich-religiösen Sinn. Für die traditionellen Heilmittel findet sie nur ablehnende Worte, macht sich sogar etwas darüber lustig.

**„Ich glaube da nicht dran. Selbst gegen die Diarrhö haben wir kein einfaches Mittel. Die Malaria, die einfache Malaria, dagegen hatten wir kein Mittel. Du nimmst irgendwelche Blätter, kochst sie und trinkst, und alles was es macht ist Durst, rote Lippen und du musst ständig pinkeln und kacken. Ich, ich glaube da nicht dran.“ (Natou)**

Der Glaube an Gott ist für manche AfrikanerInnen ein wichtiger Faktor ihres Lebens. Sie glauben an eine seelische Heilung durch den Glauben, sozusagen an einen inneren Frieden den man im Glauben finden kann. Natou insbesondere präsentiert sich als starke Frau, die sich von der europäischen Gesellschaft nicht unterkriegen lassen will. Kraft dafür schöpft sie aus ihrem Glauben. Das Lied, das sie zum Abschluss singt, ist ein zusätzlicher Beweis. Viele afrikanische MigrantInnen sind wie Natou streng gläubig, sei es muslimischen oder christlichen Glaubens. Viele MigrantInnen fühlen sich in dem Land in dem sie leben nicht besonders wohl, aber ihr Glaube und ihre Gemeinde geben ihnen ein Heimatgefühl (vgl. Ebermann 2007: 30).

Die christlichen Gemeinden sind also für die SozialarbeiterInnen eben in diesem Bereich ein Anlaufpunkt, um Boden für ihre Arbeit zu gewinnen.

**„Hm... nicht speziell... wenn ich aufstehe, muss ich erstmals beten, ich bin Muslim und... he... das Beten ist mir ja sehr wichtig... Auch das hilft. Man sollte nicht Gott vergessen... immer beten ist besser...“ (Razack)**

**„Ich kann beten und im Gebet Heilung erfahren, ja, aber Gott macht das anders für mich. Er kann mein Leben verlängern, aber bis wann, bis wann?... er sagt: „Diese Person kann leben, zufrieden oder unzufrieden, aber es gibt nichts, dass das verhindern kann.““ (Natou)**

Doch trotz oder gerade wegen ihres Glaubens hinterfragt Natou natürlich vieles. Hier zeigt sich wieder eine der Grundfragen: Wenn Gott allmächtig ist, warum verhindert er dann nicht eine Ansteckung mit HIV oder die Existenz dieser Epidemie? Jedoch geht Natous Glaube weiter. Sie glaubt daran, dass Gott den Tod verhindert und an seine Führung unseres Lebens.

**„Gott kann machen, aber der Virus ist schon seit langer Zeit hier. Aber Gott ist auch da, aber warum hat er den Virus nicht daran gehindert in den Körper eines Menschen zu gehen? Aber Gott verhindert den Tod. Er verhindert den Tod. Also, wenn Gott sagt, der da stirbt heute, oder dieser nicht.“ (Natou)**

Meine Befragten zeigen eine positive Einstellung zum Leben. Besonders Annick, Natou und Razack sehen den Glauben an Gott als eine Kraftquelle und Motivation für ihr Leben und versuchen sich mit diesem so gut wie möglich zu arrangieren. Natou und Annick drücken es so aus:

**„Und wenn man HIV hat, dann sollte man nicht beten, dass Gott den Virus aus einem raus nehmen soll, das ist sehr sehr schwierig, aber wenn du glaubst, du kannst dir sagen lassen: Es wird gehen.“ (Natou)**

**„... Aber manchmal sage ich was kann ich für meinen Gott machen. Gott, er hat mich sehr sehr viel geliebt. Dieser Gott oben. Ich bin nicht mittlerweile mit meinem Gott, deshalb gucke ich fast alle Kirchen hier in Deutschland, die ich sehe, da ich muss immer bei Gott bleiben:“ Gott, segne mich, schütze mich und danke für alles. Es ist nicht einfach. Es ist nicht einfach... Mhm Gott...“ (Annick)**

Manche meiner Befragten erwähnen im Laufe der Interviews auch, wie sie der Situation der Gesundheitsversorgung in ihrem Heimatland gegenüberstehen. Natou hat zum Beispiel sehr negative Gefühle und Erfahrungen. Gleichzeitig bringt sie auch zum Ausdruck, dass sie die Frage nach der Ursache ihrer Infektion kaum noch ertragen kann. Die Menschen in ihrer Heimat verbinden die Infektion meist nur mit dem Thema Sexualität, sie weist aber auf die anderen Umstände hin, unter denen

man HIV bekommen kann. Damit verbunden sind die ganzen Vorurteile der Menschen ihrer Kultur charakterisiert durch schlechte Praktiken wie Verstümmlungen von Frauen, patriarchalische Praktiken, etc.

**„... Tausend Menschen für eine einzige Spritze. Und diese Spritze arbeitet ab fünf Uhr jeden Morgen. Du überlegst dir wie viele Leute damit schon eine Injektion bekommen haben. Es gibt so viele Themen über die man nicht spricht, und es ist das, was mich nervt... was mich nervt...“**

Doch nach all diesen negativen Erfahrungen, die Natou schildert, bleibt die Frage, wie man trotzdem ein ausgefülltes und positiv orientiertes Leben führen kann. Christelle und Annick sind der Meinung, man solle positiv denken und mit dem Virus leben:

**„Ja (lang), das ist so: Diese Krankheit ist doch schon da, da kann man nix gegen machen. Es ist gut wenn man jeden Tag seine Medikamente nimmt, und äh, positiv im Kopf zu haben, dann muss man nur positiv sein, nicht negativ, denn wenn du negativ bist, dann bist du fertig und kannst nix mehr machen. Besser macht man so, akzeptieren mit dieser Krankheit, das weißt du schon so. Und das Leben geht weiter. Mach mal so. Lass die Krankheit dich nicht unterbringen - äh schlagen - ((nachdenklich)) sehr hart, Oh, äh, ich kann nur für die Leute sagen, äh, alles geht nur mit Kopf, ne? Wenn deine Kopf schon akzeptieren dann bist du schon krank, das ist so wie Malaria und andere Krankheit. Ich sag okay, da gibt es andere Leute die sagen: Guck mal die hat so schlimme / da kann man nicht mehr leben, weißt du, nur im Bett. Das ist auch schlimm. Und dann gibt's andere Leute, die hatten einen Unfall, keine Beine keine Hände mehr, und das ist auch schlimm. Bei uns ist es so: Wir müssen mit den Medikamenten unsere ganze, unser ganzes, äh, unser ganzes Leben lang, äh, Medikamenten einnehmen, mit Tabletten immer im Mund und so. Ich denke das ist besser, weil haben wir was zu trinken. Da gibt's gar nicht, was soll man sagen. Man kann nur positiv denken und stark sein. Keine negativ, weil ich bin auch so. Ich bin sehr positiv. Ich gehe niemals zum Treffpunkt, wo die Leute hingehen und sagen: Ja, ich musste jemand zu mir hingehen, was kann man machen, wie kann man helfen / Ich lebe mit das... HIV, und bin ich super mit.“ (Christelle)**

#### **5.4. Bezug zum sozialen Netz, Community und bestehenden Hilfsangeboten**

Einige meiner Befragten empfinden ihre Arbeit bzw. Beschäftigung als sehr wichtigen Aspekt in ihrem Leben. Sie denken, dass ihr Leben ohne Beschäftigung sinnlos wäre (z.B. Natou und Razack). Zudem wirkt ihr Arbeitseifer wie ein Kompensationsmechanismus, aber auch als Lebensbewältigungsstrategie, um sich nicht täglich und ununterbrochen mit ihrer HIV-Infektion bzw. -Krankheit zu beschäftigen.

Trotzdem zweifeln sie an den einfachen Aufgaben ihrer Arbeit; sie vermuten größeres Potential in sich.

„Wenn ich aufstehe, dann denke ich: ich muss zur Arbeit, und da habe ich dann eine Pause, und nach der Arbeit muss ich weiter machen, und dann gehe ich nach Hause um zu essen, meine Medikamente zu nehmen, Fernsehen zu schauen, müde von der Arbeit, dann schlafen, eh, aber ich glaube, das reicht auch noch nicht für eine Person wie ich.“ ... „... Aber so ist es, ich mache jeden Tag meine 8-12 Stunden, auch Samstags manchmal, und ihr, ihr sitzt in euren Zimmern und verbringt den ganzen Tag mit dem Virus. Ich, ich bin nicht krank. Aber wenn man mir sagte, ich hätte keine Arbeit, dann würden sie sehen, ich würde folgen.“ (Natou)

„Ich sage immer, wir wollen auch arbeiten und nicht putzen gehen, Teller waschen und so... Wir möchten die anderen informieren und dafür müssten wir Geld verdienen, oder?“ (Razack)

Razack ergänzt dies um seine Hobbies als wichtigen Bestandteil des Lebens:

„Und dann gehe ich nach Billstraße um Autos zu schauen, oder im Internet... Ja. Das mache ich, wenn ich nicht arbeite... ich mache ähm Teilzeit ja... in der Gastronomie als Tellerwäscher... und putze auch... ((Lustig))... Eh... hier muss man alles machen um viel Geld zu haben und gut zu essen... auch nach Afrika schicken... Das ist was ich jeden Tag mache mhm ich gehe Fußball spielen... manchmal... es ist gut - auch ähm... mit anderen zu reden... und so...“ (Razack)

Die Aids-Hilfe ist ein stabiler und großer Teil von Natous sozialem Netz. Nur hier fühlt sie sich als Person mit allen Facetten, auch mit ihrer Krankheit angenommen und ihr wird ehrlich geholfen. Die Mitarbeiter kennen sich mit Situationen wie der ihren aus, und helfen wenn es irgendwie möglich ist.

„Die, die rufen mich auch oft an, die rufen mich an. Frau Schmitt ruft mich fast einmal die Woche an: „Na, Natou, wie geht es dir? Und an der Arbeit? Gibt es Neuigkeiten?“ Und wenn ich Briefe habe, dann gibt sie mir einen Termin und ich gehe hin. Da, damit bin ich wirklich sehr zufrieden. Und das ist etwas, was ich niemals hatte.“ (Natou)

Die Beziehung zu den BeraterInnen insbesondere von der AIDS-Hilfe Hamburg und der AJS scheinen durchweg positiv zu sein. Annick und Natou heben hervor, dass die Aids-Hilfe für sie ein besonderer Ort ist, an dem sie sich gut aufgehoben fühlen. Die MitarbeiterInnen erkennen sie mit ihrer Geschichte und als Personen an. Über die Hilfsangebote bauten Annick und Natou ihre Unsicherheit ab und erfahren Hilfe für sich selbst.

„Ja... ich denke, es ist gut für die Leute, die Menschen mit HIV/AIDS, da sie mehr über HIV/AIDS informieren können. Wenn ich mein Deutsch verbessert habe, dann würde ich mich für die andere einsetzen, z.B. Aufklärungsarbeit, damit sie mehr und gute Informationen über die Krankheit bekommen. Aber ich kann gar nicht jetzt machen, weil mein Deutsch ist nicht gut.“ (Annick)

„Von dieser Seite wurde mir viel geholfen. In sechs Monaten haben sie mir viel geholfen. Ich habe die Aids-Hilfe durch einen Bruder kennen gelernt, der im selben Fall ist wie ich, der auch positiv ist, einer aus Kongo, der mit seiner Familie in Köln lebt, und wir haben uns mit ihm getroffen ...

Sie haben mir das geschrieben, aber Dank der Hilfe der Aids-Hilfe von Frau Schmitt und Herrn Yameogo, hat der Rechtsanwalt Widerspruch eingelegt, und sie haben mir geschrieben dass ich dieses Geld, tausend und irgendwas Euro, nicht mehr bezahlen muss. Ich, ich fühle Herzlichkeit nur in der Aids-Hilfe...“ (Natou)

Die positive Erfahrung mit der Anlaufstelle AJS wird von Christelle auch erlebt, wobei sie die Intimsphäre wahren möchte. Hausbesuche sind für sie nicht vertretbar.

„Ne, das ist Grenze. Weil wir sind nicht befreundet, das ist nur so für die Arbeit, aber die sind sehr sehr freundlich. So, Brief zu lesen, und die kann man nicht lesen, zum Beispiel ich habe heute Brief mitgebracht, ja, die helfen sehr sehr gut.“ (Christelle)

Lediglich Razack hat bisher schlechte Erfahrungen mit den bestehenden Hilfsangeboten gemacht und steht ihnen seitdem negativ gegenüber. Er sieht für sein Leben keine Veränderung durch die Arbeit mit den Professionellen, sondern eher eine Ausnutzung. Seine Bereitschaft zu einer Mitarbeit hat gelitten, obwohl er dank der Aids-Hilfe viele Informationen erhalten hat.

„Mhm... Ich hab' viele Erfahrungen mit AIDS-Hilfen; es ist ehm... immer dieselbe. Mhm... man muss immer sein Leben erzählen... ähm. Es gefällt mir nicht so immer über mein privates Leben zu sagen, sagen... Auch es ändern nicht. (...) Die geben uns auch... keine Arbeit... nur sie sagen kommen und trifft euch, es gibt Ausbildung, Schulung... komm!... Arbeitsamt gibt uns auch keine guten Jobs... ja es ist schwer für uns... Mein Arzt ist auch zu mir ganz lieb und sehr nett... Ich bin bei ihm seit dem ich in Hamburg bin, ja... der ist gut.../.../ Und mit Afro leben +, habe ich schon mit denen gearbeitet. Und es ist nicht immer schön... und einfach... es gibt manchmal Probleme mit in der Gruppe, eh... es ist auch nicht einfach diese Gruppe. Mhm. Aber die Idee habe ich Anfang mitgemacht (...) Aber immer dieselben... unser Leben erzählen. Ich war in Göttingen mehrere Male und mit den anderen + AfrikanerInnen... ja. ich kenne dadurch viele andere, die HIV positiv sind. Aber ich hab' viele Probleme mit Aids-Hilfen und Afro Leben + bekommen. Ja. Und das will ich nicht mehr...“

Gegenüber ihren Gemeinden grenzen sich Razack, Annick und Christelle deutlich ab und beschreiben die Probleme die das Outing und das Wissen anderer über die eigene HIV-Infektion mit sich bringen. In der afrikanischen Community ist das Thema HIV/AIDS ein großes moralisches Tabu, eine Infektion mit dem Virus wird umgehend mit einem fehlerhaften Verhalten, wie z.B. einem ausschweifendem Sexualleben in Verbindung gebracht (s. auch Kapitel 1: 1.2). Oft wird man ausgegrenzt oder nicht mehr ausreichend respektiert.

„Weil Du, wenn Du mit Leute über HIV/AIDS spricht, die denken, Du hast HIV/AIDS. Es ist mir egal... Ich denke, wenn ich die Gruppe kenne, ich werde versuchen äh... Informationen über dieses Problem zu geben; Aber leider ich kenne keine Gemeinde. Mein Arzt sagt immer: „Viele Afrikaner/-

innen haben Angst vor ihrer Gemeinde, sie verstecken sie... vielleicht jemand aus der Heimat in der Gemeinde oder Community ihn oder sie erkennen wird. Sie haben Angst.“ ((lachen)), ja, es ist nicht einfach.“ (Annick)

„... mit Afrikanern, muss man vorsichtig sein... ich bin noch nicht sehr krank und im Bett zu bleiben, ich laufe ja und kann arbeiten und gehe zum Arzt und nehme meine Medikamenten... es reicht mir so... Auch meiner Frau wusste es sowie ... mhm... ca. vier FreundInnen in Afrika, Deutschland und Spanien. ... mehr nicht.

Ich hatte schon gesagt, ich habe viele FreundInnen und ArbeitskollegInnen aber zu wenig wissen von meiner HIV Infektion... auch es ist nicht wichtig, wenn viele wissen es... nicht gut für mich... Trotzdem gehe ich mit anderen tanzen, in die Kulturveranstaltungen, Fußball spielen oder schauen... neben Hauptbahnhof... oder so... Ja der burkinische Vorstand der Gemeinde hat mich nach dem Tod meiner Frau besucht... zum Beileid... es hat mich gut getan... ja aber sie wussten nicht an welche Folge ist sie gestorben... Ich hatte kein Mut es ähm die Wahrheit... zu erzählen... ja ((traurig))...“ (Razack)

„Oh, ich habe einmal eine schlechte Erfahrung mit einer Frau gemacht. Na ja, einer Freundin. Äh, wir sind auch von gleicher Heimat, und weißt du, wie ich gesagt habe, es gibt Leute die können die Krankheit nicht akzeptieren. Und äh, tu, sie weiß nicht wo sie muss über diese Krankheit reden. Vielleicht ist es mit anderen Leuten, ich weiß nicht, aber einmal fing sie an zu reden, über diese Krankheit, und ich habe gesagt, das ist eine Frechheit und kann man nicht so weiter machen. > Da war sie sauer, ne? < Und was macht sie jetzt? Sie geht irgendwo anders hin, ohne die Krankheit, ohne das ist bewusst, geht sie hin und redet. Ja, diese Frau ist krank und diese Frau hat jenes - und, ja, das ist die Erfahrung die ich gemacht habe. Und ich habe auch mit ihr drüber geredet, und das war für mich so schlecht die Erfahrung. Weil, das ist mein privat, ja, sagt man doch so“ (Christelle)

Natou kritisiert ihre eigenen Landsleute in ihrem Verhalten. Sie zeigt auf, mit welchen Problemen afrikanische MigrantInnen sich selbst konfrontiert sehen.

„Niemand wird das sagen. Und was ist nun das Problem von uns Afrikanern. Du findest einen Mann, sagst, dass wir uns schützen müssen, das geht den ersten Tag und den zweiten, und nach vier Wochen sagt er: „Ich kenn dich schon lange. ... Ich bin sauber, du bist sauber, du machst dann Sex mit“ ((schnippst mit den Fingern, wegwerfende Handbewegung)). .. Und jetzt hast du ein Problem. .. Das ist das was uns Probleme bringt. /Mhm/ Und wusstest du wo er vorher war. Wenn du Glück hast, ist er ernst, und du bist auch ernst. Und wenn du darüber nachdenkst, bis wann kannte Afrika keine Spritzen? < Wir hatten immer nur eine Spritze für tausend Bewohner eines Dorfes.“ (Natou)

## 5.5. Zukunft, Selbstbild und Lebensperspektiven

**„... Mein Projekt? Ich denke daran eine Ausbildung zu machen. Es ist besser für mich als Teller waschen, Reinigung, Lager, ... also, ein besseres Projekt aus mir zu machen.“<sup>33</sup>**

Fast alle meine Befragten außer Razack sich wünschen eine gute Ausbildung um die inter- und transkulturelle Kompetenz fördern zu können, was wiederum bessere Lebensperspektiven garantieren lässt. Viele würden gerne mit den verschiedenen Anlaufstellen arbeiten. Sie möchten nicht nur ihr Herkunftsland unterstützen sondern auch andere MigrantInnen, die sich in schwierigen Lebensumständen befinden oder sich illegal in Hamburg aufhalten und dringend Hilfe benötigen.

**„... Und sie sterben. Aber das ist das Problem. Es gibt Leute die sind hier, die das Virus tragen, dieser Mensch hat keinen Aufenthalt und kann nicht ins Krankenhaus gehen. /Mhm/ Sie sitzen im Schwarzen. Und diese Personen sind vor der Tür und infizieren dann andere. ... Und es ist nur der Tod der dann aufdecken wird, dass dieser Mensch positiv ist. Und all das ist zu regeln. Das ist Unglück für Afrika.“ (Natou)**

Besonders Natou wünscht sich eine bessere Zukunft - für sich selbst, aber auch für ihre Kinder. Annick und Natou scheinen ehrgeizig zu sein, sie möchten eine gute Ausbildung und eine Arbeitsstelle, die sie intellektuell mehr fordert. Im Interview drücken sie aus, was sie sich wünschen oder vorstellen:

**„Mein Projekt? ((sehr fragend)) Ich denke daran eine Ausbildung zu machen. Es ist besser für mich als Teller waschen, Zimmermädchen, Reinigung, Lager, ... Hei. ... Ähm, also, ein besseres Projekt aus mir zu machen. Das zu machen ist etwas Besonderes. Denn im Moment habe ich den Mut und die Kraft das zu machen, aber es wird ein Moment kommen, wo ich nicht die Kraft habe, das zu tun. Und manchmal denke ich an meinen kleinen Jungen.“ (Natou)**

Außerdem wünscht sich Natou, nochmals eine Familie gründen zu können. Sie würde gerne eine Beziehung mit einem Mann führen.

Der Kinderwunsch ist ein aktuelles Thema bei einigen afrikanischen Frauen mit HIV und AIDS.

Der Wunsch nach einem weiteren Kind bei Natou ist extrem hoch, im Interview wiederholt sie es immer wieder. Doch die Möglichkeiten die es gibt, scheinen für sie sogar moralisch verwerflich, wie z.B. eine künstliche Befruchtung. Hier kommt auch die Sehnsucht nach einem normalen, nicht von der HIV-Infektion geprägten Leben zum Vorschein.

---

33

Antwort von Natou auf die Frage: Was wünschen Sie für die Zukunft? Ihre Lebensperspektive?

„Und, ist es ein Geheimnis, Bruder? Du solltest mir die Frage stellen. Ich habe schon zwei Kinder, ich hätte gerne noch eins. Wenn meine Mama erfahren würde, dass ich noch ein Kind in Europa bekäme, dann wäre sie zufrieden. Eh?!... Aber ich kann keins mehr haben, die Krankheit blockiert mich. /Mhm/ Wer sollte das sein, dem du das sagst, und der dich so nimmt. Er würde dich doch nie akzeptieren. Oder willst du Sperma kaufen, um dich selbst zu befruchten. Und der Vater des Kindes wäre dann wer? Herr wie, oder besser Herr Null.“ (Natou)

Annick hat immer noch die Hoffnung mit ihrem Mann ein Kind zu zeugen, jedoch möchte sie sich dafür Zeit lassen und ihren Mann nicht unter Druck setzen:

„Ja, ich möchte Kinder haben... Nächstes Jahr möchte ich gern Kinder haben...; nur wenn ich kein Kind kriegen kann, dann möchte gern welches kaufen... das ist kein Problem für mich.“ (Annick)

Drei meiner Befragten haben aber auch Sehnsucht nach zu Hause, nicht zuletzt, weil ihre Kinder dort leben (vgl. Tab.6). Es ist für sie aber kaum möglich in der nächsten Zeit zurück zufliegen, denn ihre finanziellen Mittel sind sehr eingeschränkt, da sie monatlich Geld an ihre Familie schicken. Für Menschen mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus ist jedes Verlassen des Landes gefährlich, ob eine Rückeinreise nach Heimatbesuch problemlos verläuft, fraglich.

Besonders ist, dass die MigrantInnen „Zwischenweltler“ sind. Einerseits noch durch Familie und Kinder an die Heimat gebunden, müssen sie ihr Leben hier gestalten und lebenswert machen. Oft kommen Traumata und Schuldgefühle gegenüber zurück gelassenen Kindern dazu und erschweren die Situation. Zum Kontakthalten bleibt nur das Telefon oder der Austausch über E-Mails. Diese besondere emotionale Belastung darf bei der Zielgruppe nicht aus den Augen verloren werden.

„In Afrika ja. Meine Frau ist dieses Jahr in Afrika in Burkina Faso gestorben... Uhm.... eh Gott. Es ist nicht einfach für meine drei Kinder... Es ist schwer... Ich bin in Burkina Faso gewesen wegen Trauer... und andere Sachen... Ja. ((traurig durch die schlechte Erinnerung)). Sie war auch... krank. Deswegen. / Mhm und die Kinder?/ Uhm... es geht ihnen bis jetzt gut. ((zögern)) Sie leben bei der großen Familie in Burkina Faso und ich muss immer Geld schicken, weil sie gehen alle in die Schule... Aber mit den Leute da... eh es ist nicht einfach... Ich habe auch Angst zurückzukehren, da Therapie und alle diese... Sachen sind teuer... auch die Qualität der Versorgung... hier bin ich in guten Händen / ... auch mit den Kindern immer telefonieren... ja zu wissen, alles o.k. ist... Mhm...“ (Razack)

„Ja, und der Kleine ist wichtig für mich. Wenn ich sterbe, wird er da sein, der meinen Fuß ins Grab setzt. Das Mädchen wird heiraten und wegziehen. Sie, sie kennen Afrika, sie wissen um den Wert von Jungen oh. Das Mädchen wird jemanden zum Heiraten finden und wegziehen, aber der Junge / Ich muss es schaffen, mein Projekt zu erreichen. Ich brauche eine gute Information, um eine gute Arbeit zu finden, um eine Ausbildung zu machen, und ich werde sparen... Aber wo ist er geblieben?... Er muss einen guten Abschluss machen, wenn er sein Abi schafft, dann kann ich

ihn hierher holen und er wird hier weiter machen... Etwas machen und Geld verdienen, in Togo, in Burkina oder in Gabon, irgendwo in Afrika.“ (Natou)

## **Kapitel 6 - Diskussion der Ergebnisse**

### **6.1. Die Rolle kultureller und sozialer Barrieren zur gesellschaftlichen Teilhabe**

Soziale und kulturelle Barrieren, die afrikanische Menschen mit HIV/AIDS an einer gesellschaftlichen Teilhabe hindern, sind vielschichtig. Neben Sprachschwierigkeiten und kulturellen Anpassungsproblemen, rechtlichen Problemen und schwierigen soziökonomischen Lebensumständen, spielen moralische Verpflichtungen gegenüber der Familie im Herkunftsland und mitgebrachte Traditionen eine große Rolle. Hinzu kommt die Angst vor dem Ausschluss aus ihrer eigenen Gemeinde in Deutschland, die oft die einzige Anbindung an das Herkunftsland darstellt und das soziale Leben gestaltet.

All diese Problemfelder des alltäglichen Lebens bringen ausreichende Schwierigkeiten im Umgang mit der Zielgruppe mit sich. Erfahrungsgemäß dreht es sich am häufigsten um Terminschwierigkeiten, Verständigungsschwierigkeiten, Anpassungsprobleme an die Normen und Prinzipien in der „neuen Heimat oder Gesellschaft“, moralische oder kulturelle Missverständnisse und vieles andere (s. Kapitel 1: .5.1).

Um also eine wirkliche Teilhabe zu ermöglichen, muss die derzeitige Lebenssituation des Einzelnen berücksichtigt werden, um diese für eine gesamte Gruppe erörtern zu können.

Wie bereits in Kapitel 1 beschrieben, werde ich mich hauptsächlich mit den kulturellen, moralischen und gesellschaftlichen Bereichen befassen die für das Thema HIV/AIDS die größte Relevanz aufweisen.

Viele afrikanische MigrantInnen nehmen gesundheitliche Vorsorgeuntersuchungen, aufgrund mangelnder Zeit oder, weil man sie nicht als sinnvoll erachtet, nicht wahr. Wieso soll denn ein offensichtlich gesunder Mensch zum Arzt gehen? In häufigen Fällen ist es die lange Wartezeit beim Arzt, die nur schwer akzeptiert werden kann. Aus Angst die Arbeit zu verlieren oder aus Sorge um rechtliche oder finanzielle Folgen des Arztbesuches bleiben viele „bis es nicht mehr geht“ zu Hause. Manche nehmen

die Dienste eines Heilers oder traditioneller Medikamente in Anspruch, dies teilweise sogar über das Telefon. Zweifel gibt es auch an der Diagnostik. Einige Afrikaner haben z.B. schlechte Erfahrungen gemacht, da der deutsche Arzt die Malaria etwa nicht erkannt hat. Speziell ist auch die Angst der Patienten sich nicht richtig ausdrücken zu können bzw. nicht richtig verstanden zu werden und daraus resultierend nicht adäquat behandelt zu werden. Krank zu sein bringt auch immer eine Angst im finanziellen Sinne mit sich, da viele nicht wissen, welche Leistungen und Medikamente von der Krankenkasse übernommen werden. Asylbewerber bzw. geduldete MigrantInnen sind durch ihren Aufenthaltsstatus auch für eine medizinische Versorgung an ihre Residenzpflicht gebunden, was die Sache zusätzlich erschwert. Gesundheitsprävention wird nur dann wahrgenommen wenn es einen offensichtlichen Vorteil bringt. Der HIV-Test an sich stellt einen besonderen Fall dar. Ein Großteil würde ihn nur heimlich machen, denn man gibt allein dadurch mögliche persönliche Verfehlungen preis. Meist wird auf ein ausschweifendes sexuelles Fehlverhalten geschlossen. Die Auseinandersetzung mit der HIV-Infektion wird in Afrika vor allem moralisch bestritten und wenig sachlich geführt. Primär mit Sexualität in Verbindung gebracht, steht schon an zweiter Stelle Hexerei oder das Wirken von andersartigen Kräften (Ahnenglaube). Die Infektion wird als Strafe der Ahnen angesehen, die diese als Strafe auf einen selbst oder ein Mitglied der Familie verhängen (vgl. Dilger, 2005: 36).

Meine Befragten machten in den Interviews alle deutlich, dass sie gute Beziehungen zu ihren behandelnden Ärzten haben, und diese sehr schätzen. Auch legten sie eine große Betonung darauf, dass ihre medizinische Versorgung hier geregelt sei und qualitativ sehr hochwertig ist. Besonders auffällig war, dass alle InterviewpartnerInnen die Medikamenteneinnahme als einen sehr wichtigen Bestandteil ihres alltäglichen Lebens und des Kampfes gegen ihre HIV-Infektion sehen (s. Anhang 7, Z.100-103 / Anhang 6, Z. 108-112).

Das Sexualität in Sub-Sahara Afrika ein großes Tabu bildet, habe ich in Kapitel 1 bereits erörtert. Wie, ob und wann man Sexualität lebt, bleibt in afrikanischen Kreisen unan- und ausgesprochen, wenn überhaupt findet ein Austausch geschlechtsspezifisch statt.

Wie Paare ihre Beziehung in Deutschland in sexueller Hinsicht gestalten ist stark davon abhängig, ob einer der Partner europäischer Herkunft ist. Kommen beide Partner aus der Ursprungskultur wird die Sexualität meist so weiter gelebt wie im Heimatland. Auch die Familienstruktur ist in diesen Fällen stark patriarchalisch

ausgerichtet. Grundsätzlich wird Sexualität nicht primär aus einem romantischen Blickwinkel heraus betrachtet, sondern sie wird als ein (v.a. männliches) Bedürfnis gelebt. Für binationale Paare kann das Konfliktpotenzial bergen. Zu Beginn sind viele Afrikaner mit der offenen Art von Zärtlichkeit und Sexualität in Deutschland überfordert. Wenn sich Menschen in einem unsicheren Aufenthaltsstatus befinden, suchen sie häufig in Discos oder im Nachtleben Sexualpartner in der Hoffnung auf eine feste Bindung oder aber sie – vor allem Frauen - sind auf eine Schwangerschaft aus, die den Aufenthaltsstatus sichern würde. Viele sehen deshalb von der Verwendung von Kondomen ab (vgl. Anhang 8, Z. 164 – 175 / Anhang 6, Z. 181 - 183). Beispielhaft dafür sind Beziehungen zwischen jüngeren afrikanischen Frauen und älteren deutschen Männern. Innerhalb dieser Beziehungen befindet sich die Frau in einem großen sozioökonomischen Abhängigkeitsverhältnis und die Verwendung von Kondomen wird zumeist von den Männern abgelehnt (vgl. „HIV und Aids, Grundlage zum besseren Verständnis und Umgang mit Patienten aus Afrika“, Nzimegne-Götz, Solange: 2 ff). Aber auch in kulturell gleichen Beziehungen lehnen Männer den geschützten Verkehr häufig ab, wie Natou in ihrem Interview bestätigt (vgl. Anhang 5, Z. 489 – 494). Dieses Verhalten richtet sich vollkommen gegen die Kernbotschaft der deutschen Aids-Prävention, die die Nutzung von Kondomen als oberste Priorität im Kampf gegen HIV ansieht und propagiert. Der besondere Blickwinkel dieser speziellen Zielgruppe bleibt damit unbeachtet. Will man also das Tabu HIV/AIDS brechen, so muss man zwangsläufig auch den Bruch mit dem Tabuthema Sexualität eingehen. Für eine nachhaltige Prävention muss dieser Bruch den Weg bis in die Kindererziehung der Familien finden.

Um diese gesamten Wechselbeziehungen verstehen zu können, ist es wichtig, Bildung, ein gewisses Verständnis für gesellschaftliche Veränderungen zu haben und einen offenen Geist zu besitzen.

Menschen mit geringer Bildung oder Analphabetismus leben mit vielen Ängsten und Sorgen. Sie haben wenige Möglichkeiten sich über Rechte und Pflichten in Deutschland zu informieren oder Hilfsangebote anzunehmen. Sie suchen als persönliches Umfeld eine Gemeinde in der sie ggf. Hilfe finden. Dies erfahren sie durch „Mund zu Mund“ Propaganda. Innerhalb der Gemeinde werden sie sich aber zurückhaltend verhalten, um ihren Makel nicht preis geben zu müssen - es entsteht eine Angst vor Teilnahme und Teilhabe. Ohne oder nur mit geringer Bildung ist es schwierig Veränderungen zu verstehen und zu akzeptieren. Menschen die in einer dörflichen Gemeinschaft oder einer Glaubensgemeinschaft mit strengen Traditionen

und Regeln ohne Schulbildung aufgewachsen sind, können kaum verstehen, dass zum Beispiel Blut aus kleinen Zellen besteht, über die die Krankheit übertragen wird. Für die wichtigen Dinge des Lebens in Deutschland fehlen diesen Menschen die grundlegenden Informationen, wie z.B. die Existenz von gesundheitlichen Vorsorgeuntersuchungen.

Viele afrikanische MigrantInnen stehen unter dem Einfluss und dem moralischen Druck der Familie im Herkunftsland. Häufig hat die ganze Großfamilie dafür gespart, dieses Mitglied der Familie nach Europa zu bringen. Doch daraus entsteht für den Einzelnen die Verpflichtung gegenüber allen, die etwas dazu beigetragen haben. MigrantInnen der Zielgruppe gehören zu Geringverdienern, die meisten von ihnen verdienen ihr Geld mit minderbezahlter Arbeit unter schlechten Umständen, wie z.B. der Zeitarbeit und ohne einen geregelten Arbeitsvertrag (s. Anhang 8, Z. 128). Asylbewerber mit einer Duldung sind nicht im Besitz einer Arbeitserlaubnis. Um den Ansprüchen aus den Herkunftsfamilien gerecht zu werden, nehmen sie viele kleine Jobs an. Dieses Geld ist „schwarz verdientes“ Geld – damit bringen sie sich in eine illegale Zone des Broterwerbs und schweben immer in der Gefahr aufgedeckt und abgeschoben zu werden, oder ins Gefängnis zu müssen. Nicht selten verkaufen gerade junge Frauen ihren Körper, um ausreichend Geld in die Heimat schicken zu können und, um ihre Perspektiven hier zu verbessern.

Drei meiner InterviewpartnerInnen haben ihre Kinder in Afrika gelassen. Um diesen dort eine gute Ausbildung und Zukunft zu ermöglichen, stehen sie selbst unter starkem Druck ein regelmäßiges Einkommen zu haben, um diese finanzielle Unterstützung leisten zu können (s. Anhang 7, Z. 245-263 / Anhang 8, Z. 135-139).

Hippler und Grill äußern sich so: „Aids und Armut funktionieren wie ein Tandem, sie bedingen sich wechselseitig“ (in Gott-AIDS-AFRIKA 2009:141).

Aus eigener Erfahrung in meiner Arbeit weiß ich, dass das Ehrenamt, das in Deutschland einen besonderen gesellschaftlichen Wert inne hat, aus afrikanischer Sichtweise anders gesehen wird. Besonders bedacht werden müssen dabei die Lebensumstände der Zielgruppe. Der Faktor Zeit spielt dabei eine entscheidende Rolle. Da die meisten mehrere berufliche Tätigkeiten verfolgen, um das finanzielle Überleben zu sichern, bleibt keine oder nur wenig Zeit, sich zu engagieren (vgl. Engagemantatlas 2009:24). Je geringer der Verdienst, umso geringer das Engagement.

## **6.2. Psychosoziale und emotionale Probleme als Hinderungsfaktoren für die gesellschaftliche Teilhabe – mögliche Lösungsansätze**

Neben den sozioökonomischen, rechtlichen und kulturellen Barrieren, sind die seelischen Aspekte bei MigrantInnen mit HIV/AIDS (s. Kapitel 1: 1.5.2.) meiner Ansicht nach sehr entscheidend. Wer psychisch oder emotional traumatisiert ist, scheut Teilnahme und Teilhabe und zieht eine soziale Isolierung vor, die enorme Folgen mit sich bringt. Die seelischen Leiden und psychischen Einschränkungen haben zum Teil eine lange Geschichte und haben in der Persönlichkeit einen manifestierten Platz erlangt. Das Erkennen seelischer Probleme oder Erkrankungen ist vor dem afrikanischen Kulturhintergrund für die Person selbst mehr als schwierig und bedarf eines hohen Leidensdrucks. Bedingt durch die schwierigen Lebensumstände durch das Leben in der Migration und den mitgebrachten Kulturhintergrund ist es schwer diese Menschen zu erreichen und ihnen eine Hilfestellung zu geben. Die HIV-Infektion erschwert den Zugang zu Hilfsmöglichkeiten zusätzlich, da sie ein Stigma bildet und das Selbstbild beschädigt.

Folgende Verbesserungsvorschläge oder Empfehlungen können dabei helfen Sub-Sahara MigrantInnen mit HIV/AIDS den Zugang zu Hilfsangeboten zu erleichtern:

- Möglichst niedrigschwellige und gegebenenfalls anonyme Möglichkeiten zum Aufsuche von Hilfe und Beratung, z.B. durch telefonische Beratung durch andere MigrantInnen zur Erleichterung der Kommunikation mit Weitergabe und Empfehlung zum Aufsuchen praktischer Hilfe und Begleitung. Eine Aufgabe für Menschen unterschiedlicher Nationalitäten und Sprachen.
- Angst vor der eigenen Community abbauen durch Informations- und Sensibilisierungsveranstaltungen. Das Tabu HIV/AIDS brechen und so die Scham der Betroffenen auf ein Minimum reduzieren. Die betroffenen AfrikanerInnen mit HIV/AIDS brauchen neben der strukturellen Unterstützung der Anlaufstellen und Arztpraxen, Sicherheit, Wärme, Liebe, Präsenz, Akzeptanz und Solidarität in ihren eigenen Gemeinden oder Communities.
- Basierend auf einer Communityarbeit einen „home based care“ Ansatz im Sinne von Hausbesuchen oder Begleitungen durch und mit Menschen mit HIV/AIDS, ihren Angehörigen, MultiplikatorInnen und Professionellen der Regeldienste aufbauen und fördern. Dieser Ansatz kann der „Cellule Relais“ als mögliche Aufgabe zugeordnet werden, damit sie selbst die Betroffenen besuchen können. Ein besonderes Merkmal ist auf die Muttersprachlichkeit der

Betreuer Wert zu legen, damit Emotionen und Gedanken richtig verstanden und frei ausgedrückt werden können.

- Mehr formelle wie informelle Counselings (Beratungen bei persönlichen, Familien- und Communitykonflikten) in Muttersprache fördern, aber auch in den eigenen Organisationen oder beliebten Treffpunkten (Kirche, Moschee, Vereinen, Friseursalons, Fußballfeld, etc.). Hier wäre die Möglichkeit gut andere mehrsprachige psychosoziale Beratungseinrichtungen zu initiieren.
- Verbesserung der Wohnsituation von Menschen mit HIV/AIDS und Vermeidung von erschwerten und beengten Wohnverhältnisse, aber auch Abbau der Diskriminierung bei der Wohnungssuche.
- Sichere Arbeitsplätze für Menschen mit HIV/AIDS oder angemessene bezahlte Tätigkeit oder Einstellung von Menschen mit HIV/AIDS auch auf 400 Euro Basis zur Existenzsicherung und Entlastung des moralischen Drucks durch die Herkunftsfamilien.
- Kampf gegen bedrohliche Abschiebung nach Erhalt eines positiven HIV-Tests. In Afrika werden viele AIDS-Betroffenen nicht mit einer Therapie erreicht.
- Verbesserung der rechtlichen Situation, v. a. die Abschaffung der Residenzpflicht und des Aufenthaltsstatus von MigrantInnen zur Erleichterung der Kontaktaufnahme mit persönlichen oder strukturellen Hilfspersonen.

### **6.3. Ansätze für eine reelle Partizipation und Integration an der HIV/Aids Prävention für Menschen aus Sub-Sahara Afrika in Hamburg**

#### **6.3.1. Sprache, niedrigschwellige Angebote und Erreichbarkeit**

Die Sprache ist ein entscheidender Faktor in der Arbeit mit MigrantInnen aus Sub-Sahara Afrika. Damit einhergehend ist auch meist die Beachtung des Bildungsniveaus des Klienten bzw. der Zielgruppe. Die Sprache bildet die Basis für eine reelle Partizipation.

Drescher und Kläger (2006) konzentrieren sich in ihrer Veröffentlichung auf die Sprach- und Kommunikationswissenschaft als interdisziplinären Beitrag zur HIV/AIDS-Prävention im Sub-Sahara Afrika. Dieser Ansatz – Sprache, Emotionen und Kommunikationsprozesse – sollte in der hiesigen AIDS-Prävention im Rahmen der interkulturellen Kompetenzförderung Beachtung finden, denn diese spezielle Gruppe

bringt ihre ganz eigenen Traditionen und Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit mit (vgl. Muluneh und Waka 2000: 135, s. auch Kapitel 1.2).

Eine Niedrigschwelligkeit der Angebote durch Sprachkompetenzen der MitarbeiterInnen aber auch eine möglichst unkomplizierte Teilnahme ohne bürokratischen Akt muss ermöglicht werden.

Niedrigschwelligkeit bedeutet aber auch die Arbeit an der Enttabuisierung des Themas vor der jeweiligen Moral der sub-saharischen MigrantInnen innerhalb und im Umfeld ihrer Gruppe. Wenn HIV und die damit in Verbindung stehenden Themen wie Sexualität, Krankheit, und Lebenswandel stigmatisiert werden und so zum Ausschluss der Betroffenen führen, bleibt das Tabu bestehen.

Die Integration der betroffenen Zielgruppe durch niedrigschwellige Angebote wie z.B. das Café Afrika als offenes Angebot und die Entwicklung von muttersprachlichen Präventionsbotschaften durch MultiplikatorInnen bzw. GesundheitsbotschafterInnen bilden dafür eine wichtige Basis in der Aids-Hilfe in Hamburg.

Die Erreichbarkeit der Gruppe ist dann gesichert, wenn man die Aufenthaltsorte aufsucht und eine direkte Einladung ausspricht. In Bezug auf die sub-saharische Zielgruppe ist es sinnvoll die Gender-Dimension (=geschlechtsspezifische Arbeit) in der Hilfeleistung anzuwenden, um Frauen wie Männern ein freies Gespräch und einen freien Austausch zu ermöglichen, da bestimmte Themen nur mit Scham vor dem jeweils anderen Geschlecht besprochen oder ausgebreitet werden können. Auch hier gilt es wiederum die Schamgrenzen abzubauen, um so auch innerhalb der Familie einen regen Austausch zu schaffen.

### **6.3.2. Partizipation, (Aus-) Bildung und Vernetzung**

Grundsätzlich kann man eine Partizipation der Zielgruppe nur dann erreichen, wenn man sich mit den kulturellen, moralischen und sozioökonomischen Umständen der Herkunftsgesellschaft der Zielgruppe sowie deren Lebenssituationen im Aufenthaltsland auseinandersetzt. Nur durch eine kultursensible Arbeit kann eine Nachhaltigkeit geschaffen werden, durch die dann eine Integrationsgrundlage entstehen kann. Partizipation soll zu einer Chancengleichheit von Menschen in der Gesellschaft führen. Gleichzeitig müssen die Angebote den Lebensumständen angepasst werden, um eine praktisch mögliche Teilnahme an den Angeboten zu sichern.

In diesem Sinne gibt es einige wenige Ansätze zur Aidsprävention. Eine neue Methode, die PaKoMi (Partizipation und Kooperation in HIV-Prävention mit MigrantInnen) genannt wird, versucht auf der Basis einer gemeinsamen Arbeit mit MigrantInnen Projekte zu entwickeln, sie zu planen und durchzuführen. Oberstes Ziel dabei ist es, die Bedürfnisse und Problemvielfältigkeit in der Arbeit mit MigrantInnen zu berücksichtigen und sie so aktiv in die Mitgestaltung mit einzubeziehen.

Auf dem Weg zu einer realen Partizipation in den bestehenden Angeboten haben sich in meiner Arbeit vor allem folgende Hindernisse herauskristallisiert:

- Armut
- Zeitmangel
- Sprach- und Verständnisbarrieren
- mangelndes Bildungsniveau
- psychosoziale Traumata
- Scham und Angst
- patriarchale Familienstrukturen

Da es manchmal schwierig ist als „Weißer“ Akzeptanz in solch einer Diskussion zu finden, ist es erforderlich, Ansprechpartner für diese Gruppe zu finden, die dieselbe Sprache, Emotionen und Kulturen pflegen. Sinnvoll ist in jedem Fall die Einstellung von Professionellen oder Fachkräften aus der entsprechenden Kulturregion in Erwägung zu ziehen, da diese die Zugangsmöglichkeiten zur Zielgruppe kennen und von ihr eher akzeptiert werden und dadurch die Möglichkeit besteht die Arbeit zu organisieren und ein Netzwerk zu schaffen.

Der Zugang zur Zielgruppe erleichtert sich auch, indem man Arbeitsweisen wählt, die den Menschen aus ihren Herkunftsländern bekannt sind. Der zuständige Sozialarbeiter sollte also auch Einblick und Wissen über afrikanische Arbeitsweisen besitzen, die er zur Gewinnung und Festigung seiner Arbeit hier einsetzen kann.

### **6.3.3. Community basierte Sozialarbeit**

Eine besondere Rolle in diesem Zusammenhang spielen die Communities bzw. afrikanischen Gemeinden, Organisationen oder Zusammenschlüsse. Sie stellen eine große Ressource in der Arbeit mit MigrantInnen dar und bieten die Möglichkeit viele

Menschen auf einem kurzen, direkten und unkomplizierten Wege zu erreichen. Sie bieten sowohl strukturelle Rahmenbedingungen, als auch materielle und inhaltliche Möglichkeiten für eine Präventionsarbeit im Sinne der Gesundheits- wie auch im speziellen der HIV/AIDS-Arbeit und Vorsorge. Dringend notwendig, um diese Ressource für die Arbeit mit sub-saharischen MigrantInnen anzuwenden, ist der Abbau und Bruch des Tabuthemas HIV/AIDS. Ohne den Bruch mit diesem Tabu bleibt diese große Ressource ungenutzt. Eine Möglichkeit, diese Mauer der Tabuisierung zu durchbrechen, könnte der Einsatz afrikanischer MultiplikatorInnen sein, die nach einer überschaubaren Ausbildung durch die entsprechenden Stellen, wie z.B. die Aids-Hilfen, AJS, eigene Präventionsarbeit in ihren Communities leisten könnten. Die Hemmschwelle über dieses Thema zu sprechen wird so entscheidend gesenkt. Innerhalb der Gemeinde könnte sich das Individuum entfalten und offener mit dem Thema umgehen, da die Arbeitsformen und Umgangsweise denen im Herkunftsland ähnlich sind. Eine schnellere Annäherung an das tabuisierte Thema wäre somit gesichert.

Beginnt man eine Gemeindefarbeit, ist es notwendig, ein Netzwerk mit anderen Gemeinden und Vereinen sowie eine Verbindung zu den AIDS-Organisationen der Region zu herzustellen, um Wissen, Strategien und Methoden zu vermitteln und zu schulen, um dadurch eine adäquate und fachgerechte primäre und sekundäre Präventionsarbeit zu manifestieren. Ein erster Ansatz ist dabei sicherlich die Gewinnung der Autoritäten und Schlüsselpersonen in diesen Gemeinden, wie z.B. Pastoren, Imame, Vereinsvorsitzenden, engagierten Menschen usw.

#### **6.3.4. „Cellule Relais“ in der Communityarbeit – ein Modell zur Aidsprävention**

Die sogenannte „Cellule Relais“, ein so genanntes Aids-Komitee, ist in vielen afrikanischen Ländern der Sub-Sahara Afrikas bekannt und eine bereits bewährte Arbeitsform.

Sie kann beschrieben werden als eine Gruppe aus vier bis sechs Freiwilligen innerhalb einer Organisation, eines Vereins oder (nicht) religiösen Gemeinde, die sich dafür einsetzt das Thema HIV/AIDS und STI in ihrer Organisation zu etablieren und das Thema in den Gemeindefokus zu rücken. Dieser Ansatz ist nicht nur für die Zielgruppe der afrikanischen, sondern aller Migrantengruppen einsetzbar. Dabei kann das Thema modifiziert werden, es könnte also auch um allgemeine Gesundheits- oder

Sozialstrukturen gehen. In den afrikanischen Staaten wird diese Form staatlich gefördert und bietet so eine Hilfe zur Selbsthilfe, denn sie funktioniert ausschließlich durch das Engagement und die Beteiligung von Freiwilligen der eigenen Region.

Ziel der Methode ist die Aufklärungs- und Kommunikationsarbeit (Primär- und Sekundärprävention) zum Thema AIDS und STIs sowie die Auseinandersetzung mit PLHA, egal ob offen oder versteckt lebend und deren Familien. Dies kann durch unterschiedliche Film und Video, Theater, Sketsche, Vorträge, Themenabende, Informationsveranstaltungen über HIV/AIDS, Gruppendiskussionen, Erfahrungsaustausch, Fußballturniere, etc. in der eigenen Muttersprache von und für Mitglieder einer Organisation, eines Vereins oder einer Gemeinde erreicht werden.

Hat sich die „Cellule Relais“ in die Gruppe integriert und wird akzeptiert, ist es sinnvoll einen Kontakt zu den bestehenden Aids-Organisationen in Hamburg zu schaffen im Sinne der Netzwerkarbeit, um einen Wissenstransfer in Form von Gremienarbeit, Schulungen und Seminaren zu ermöglichen. Dabei müssen die Beteiligten selbst aktiv mitgestalten und sich in der eigenen Community engagieren. Sicherlich sind staatliche Förderungen hier hilfreich und wünschenswert.

Da die Gruppe der Sub-Sahara-MigrantInnen zu einer Hochrisikogruppe gehört, ist aber eine primäre Präventionsarbeit durch Informationsabende oder Aufklärungsaktionen zum Schutz oder zu einem verantwortlichem Sexualverhalten und Gebrauch von Kondomen unabdingbar.

### **6.3.5. Von Afrika lernen** (vgl. Köhler 2009, in „Die Zeit“, Nr.53)

Eine mögliche Aufbauarbeit auf diesem Konzept kann eine Kooperation mit einer Gemeinde im Herkunftsland sein, um einen Austausch und ein gegenseitiges Lernen über das Vorgehen der Arbeit, wie z.B. Arbeitsmaterialien, Methoden und Strategien zu ermöglichen. Auch innerhalb einer Stadt oder eines Landes könnten solche Austauschseminare, Gremienarbeit oder Kongresse eine Plattform sein, um HIV und AIDS in den Fokus der Communityarbeit zu rücken. Zu den in Sub-Sahara Afrika viel genutzten Ansätzen zur Bekämpfung von HIV/AIDS in der Sozialarbeit gehören folgende:

- Kampf gegen die Armut von HIV-positiven Menschen
- Gewinnung muttersprachlicher MultiplikatorInnen bzw. GesundheitsbotschafterInnen
- Interkulturelle Kompetenz in der (Gruppen-) Beratung und offener Umgang mit dem Thema HIV/AIDS, um das Thema zu enttabuisieren.

- Erziehung über sexuelle und reproduktive Gesundheit fördern, mit dem Ziel sexuelle Selbstbestimmung zu stärken und frei über Liebe und Sexualität reden zu können
- geschlechtsspezifische Zugangsarbeit zum Thema fördern (Gender-Dimension von HIV/AIDS)
- breite Aufklärungsprogramme durch Communityarbeit (Schulung, Informationsveranstaltungen, Aufklärung und Kommunikation als wichtige Bestandteile in der Bekämpfung von HIV/AIDS in den Communities)

## Schlussbetrachtung

Anhand der wachsenden HIV-Neuinfektionszahl und der stetig steigenden Migrationsbewegung, nicht nur nach Deutschland sondern weltweit, bleibt zu vermuten, dass sich das Arbeitsfeld, mit der in dieser Arbeit beschriebenen Zielgruppe vergrößern wird. Die finanziellen Ressourcen vieler europäischer Länder befinden sich bereits an ihren Limits, die aktuelle Wirtschaftskrise lässt Politik und Wirtschaft nur vorsichtig in soziale Projekte investieren. Es gilt also Ressourcen zu finden die effektiv nutzbar sind, eine tatsächliche Erreichbarkeit der Betroffenen zu sichern und eine breite Plattform für die Aidsprävention und gesundheitliche Sensibilisierung von EinwanderInnen aus Sub-Sahara Afrikas zu schaffen.

Die Infektion mit HIV führt in nahezu allen Gesellschaften der Welt zu einem gewollten oder ungewollten Ausschluss der Betroffenen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2005; Unger 2000, Deutsche Welthungerhilfe e.V. 2001, Grill & Hippler 2009) und somit zu der Gefahr der Bildung einer Parallelgesellschaft.

*Der Hamburger AIDS-Kongress*<sup>34</sup> mit dem Thema „Zukunft der HIV/AIDS/STIs-Prävention in Hamburg“ vom 28. - 29. Oktober 2009 in der patriotischen Gesellschaft zeigt, wie wichtig neue Strategien für eine nachhaltige Aidsprävention sind. Auch die Rolle der verschiedenen Akteure in der Sozialarbeit muss zu einer Klärung führen, um gemeinsam für die Betroffenen zu arbeiten statt in Konkurrenz und Rivalität zu verfallen. Besondere Zielgruppen dieser Arbeit sind Menschen mit einem Migrationshintergrund aus Sub-Sahara Afrika, Osteuropa und Männer die Sex mit Männern haben (MSM) deren Brisanz durch die ansteigende Infektionsrate und die zunehmende Migrationsrate steigt. Hilfsangebote sollten sich durch eine differenzierte

---

34

Siehe ausführliche Ergebnisse unter: <http://www.hamburg.de/gesundheitsfoerderung/1972950/aids-kongress-2009-ergebnisse.html> (letzter Zugriff 19.01.2010 23:20h)

Vielfalt auszeichnen und so allen Betroffenen eine Möglichkeit bieten, sich mit dem Thema auseinander setzen zu können.

Alle in dieser Arbeit dargestellten Ergebnisse sind durch die persönlichen Darstellungen und die Werteanalyse der afrikanischen Sichtweise auf der Mikroebene betrachtet und werden im Zusammenspiel der Veränderungsvorschlägen auf struktureller Ebene in die Makroebene geführt.

Die Interviews legen sehr viele Ergebnisse und Kenntnisse offen. Mein Schwerpunkt im Interview war es, die Lebenssituation und alltägliche Lebensbewältigung sowie die Lebensperspektive der Befragten zu skizzieren und mögliche individuelle und strukturelle gesellschaftliche Lösungsansätze mit einer Restrukturierung der Aidsarbeit im Bereich Migration herauszufinden. In meiner Interpretation konzentriere ich mich auf die gesundheitlichen, psychosozialen und emotionalen Aspekte, obwohl die Ergebnisse viele interessante Dimensionen und Erkenntnisse zulassen würden. Da Gesundheit als allgemeiner Begriff mehr beinhaltet als die pure physische Gesundheit, fallen auch andere Aspekte mit großer Wichtigkeit in diesen Bereich hinein. Die WHO (1984) definiert ihn als „ein Zustand des vollständigen, körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ (vgl. Konstitution der WHO: 1948)

Der gesellschaftliche Umgang, den einige meiner Befragten beschreiben, sei es bei öffentlichen Stellen oder im alltäglichen Leben, zeigt die Flut der Vorurteile auf, unter denen diese Gruppe der MigrantInnen zu leiden hat. Einerseits liegt es an der Hautfarbe, die vielen Menschen immer noch mystisch und geheimnisvoll erscheint, andererseits am mangelnden Verständnis für Kultur und Mentalität anderer. Die Doppelstigmatisierung durch HIV erschwert die Situation zusätzlich und gibt Raum für Spekulationen und die Addition von Vorurteilen. Speziell bei Behörden, die viel mit MigrantInnen zu tun haben, herrscht häufig Unverständnis für die tatsächliche Situation des Menschen.

Warum Migranten nach Deutschland kommen, hat nachgewiesener Weise vielfältige Gründe und ist häufig nicht so einfach nachzuvollziehen wie es scheint (vgl. Deutsche Aids-Hilfe 2001:17ff). Während einige soziale Organisationen ihre Mitarbeiter interkulturell schulen, wäre dies vor allem für Mitarbeiter etwa der Ausländerbehörde oder des Sozialamtes dringend nötig (vgl. Reader Fachtagung Bremen 2000: 27ff.). Es könnten z.B. Pflichtschulungen im Bereich interkultureller Kompetenz stattfinden,

um die Mitarbeiter für einen menschlichen und respektvollen Umgang mit den Adressaten zu stärken, oder es könnten in Schulungen „Kulturdolmetscher“ ausgebildet werden, die bei Gesprächen anwesend sind und das Personal in der Gesprächsführung schulen.

Das Unverständnis gegenüber Moral und Kultur, auch von Seiten professioneller Akteure schränkt den Handlungsraum ein und verwehrt neue Ideen in bereits bestehende Hilfsangebote zu integrieren. Auch die Hilfsorganisationen nutzen die Ressourcen von MigrantInnen mit einer Fachausbildung zu wenig, als dass eine nachhaltige Arbeit mit an HIV/AIDS erkrankten Menschen entstehen könnte. Ist die hiesige Sozialarbeit dazu bereit Arbeit in die Hände von Fremden abzugeben und so eine reelle Partizipation auf einem kultursensiblen Hintergrund aufzubauen oder möchte sie eigentlich den bisherigen hauptsächlich karitativen Geist der Arbeit erhalten und eine gewisse Abhängigkeit durch die Hilfsbeziehung bestehen lassen?

Um differenzierte Angebote anbieten und die Botschaft an Individuen und Zielgruppen und deren Alltagserfahrungen anpassen und weitergeben zu können (vgl. Beyer et al., HAW 2004: 23), müssen die (interkulturellen) Fähigkeiten in der Arbeit mit HIV-positiven MigrantInnen seitens der Mitarbeiter und Helfer, wie auch von Fachpersonal (Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Pflegepersonal) geschult und gefördert werden. Dies wird aber nur durch eine rege und aktive Zusammenarbeit mit den Akteuren der Gemeinden von MigrantInnen möglich sein. Sollte es doch das Ziel sein, eine reale Teilnahme und Teilhabe der Betroffenen zu gewährleisten und diese nicht nur als Aushangsschild für diese Arbeit zu verwenden. Unabdingbar ist es dabei, die professionellen Qualifikationen der Menschen miteinzubeziehen und eine Offenheit und Akzeptanz gegenüber vielleicht fremden und scheinbar nicht adäquaten Arbeitsweisen zu erbringen.

Die Wahrnehmung einer Scheinheiligkeit in der Hilfsbeziehung von HIV und AIDS betroffenen MigrantInnen sollte Betroffene nicht dazu bringen, Unterstützung zu suchen. Sie sollten die Wahlmöglichkeiten der Anlaufstellen haben; z.B. sich an ein/e Berater/in mit Migrationshintergrund zu wenden oder aber an eine/einen Arzt/in aus dem gleichen Kulturkreis.

Ungenutzte Potentiale von MigrantInnen bzw. mangelnde Umsetzung des Erfahrungswissens von Betroffenen als Beitrag zur AIDS-Bekämpfung aus den Ländern der EinwandererInnen in Deutschland bzw. in Hamburg, ist als eines der

Hauptprobleme meiner Ansicht nach zu sehen und erhöht zusätzlich die Hemmschwelle der Betroffenen sich Hilfe zu suchen oder sie in Anspruch zu nehmen. Dazu sagt Prof. Dr. Habil. Scherr (in Nah & Fern, Nr. 37:10): *„Systematisch ausgeblendet werden die Normalität erfolgreicher Formen der Migrationsbewältigung sowie die Stärken, Fähigkeiten und Leistungen von Migranten“.*

Unterschätzt wird vor allem aber auch die Tabuisierung einiger Themen im Umgang der Zielgruppe. Grundsätzlich wird alles in Bezug zum Thema Sexualität weder in öffentlichen Diskussionen aufgegriffen, noch im Umgang der Menschen miteinander. Dazu gehört auch HIV und die Folgekrankheit Aids (vgl. Nzimegne-Götz, 2001). Der Eindruck einer Ignoranz gegenüber den moralischen Werten und einem Desinteresse gegenüber der Herkunftskultur des Menschen, senkt dessen Bereitschaft Hilfe und Unterstützung durch deutsche Professionelle in Anspruch zu nehmen. Die professionellen Akteure in der Aids-Prävention müssen aufpassen, das von ihnen als normal angesehene Wertesystem nicht als einzig gültiges anzusehen, sondern sollten die Andersartigkeit von MigrantInnen aus Sub-Sahara Afrika akzeptieren und sich an den moralischen Werten der jeweiligen Herkunftskultur in ihrer Arbeit orientieren. Ausschließlich auf einer kultursensiblen Arbeit, kann eine Öffnung der Betroffenen gegenüber dem hier vorherrschenden Moralsystem von statten gehen. In der Szene der Aids-Prävention haben in Deutschland aufgrund, der Geschichte von HIV, viele homosexuelle Menschen einen Arbeitsplatz gefunden, in Afrika gestaltet sich die Agenda um das HI-Virus anders. Speziell Homosexualität ist für viele Menschen dieser Herkunft ein Reizthema.

Orientiert an den Arbeitsweisen des methodischen Handelns stellt diese Arbeit eine Ressource der Sozialarbeit in den Vordergrund, die bisher in der Arbeit mit der Zielgruppe der sub-saharischen Einwanderer nur wenig oder kaum Beachtung gefunden hat – die Community.

Alle meine InterviewpartnerInnen sind in eine Community integriert, wobei der/die Einzelne sich je nach Bedürfnis in einer Glaubensgemeinschaft oder einer anderen Organisation des Heimatlandes organisiert. Für alle ist die Community ein Ort, der ihnen ein Heimatgefühl vermittelt und innerhalb der sie sich verstanden fühlen – einerseits. Andererseits werden ihre Beziehungen innerhalb der Community durch die HIV-Infektion getrübt und eingeschränkt. Durch das Tabu von HIV und die afrikanischen Moralvorstellungen distanzieren sich die Betroffenen von den anderen durch Verschweigen und Verheimlichen ihrer Krankheit. Dies geschieht vor allem aus

Angst und Scham nach einem Outing ausgeschlossen oder mit einem abwertenden Auge betrachtet zu werden (s. Anhang 8, Z. 59 – 64).

Wie durch die Interviews deutlich wurde, schließt sich der Großteil der Zielgruppe nach einer gewissen Aufenthaltszeit in Deutschland einer Community an. Diese bietet eine große Ressource, die alle für die Aidsprävention geforderten Möglichkeiten bietet und eine hohe Erreichbarkeit der Betroffenen sichert. Auch strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen sind gegeben und an die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst. Der Faktor der Kultursensibilität wird auf ein Minimum reduziert, da die Teilnehmer der gleichen Herkunftsgesellschaft angehören. Um diese Ressource für die Sozialarbeit in Deutschland nutzen zu können, müssen Schlüsselpersonen der einzelnen Gemeinden angesprochen und zu einer Zusammenarbeit bewegt werden. Für die Aidspräventionsarbeit ist es entscheidend die Tabuisierung von HIV und Sexualität zu brechen und so den Betroffenen eine reelle Partizipation und Integration in die eigene Gemeinde zu ermöglichen sowie die Basis für eine Präventionsarbeit durch und mit MigrantInnen zu sichern.

Diese Einsicht wurde auch in den Experteninterviews deutlich. In der Aids-Beratungsarbeit mit sub-sahraischen MigrantInnen ist es immer wieder schwer, die moralischen Grenzen zu erkennen und nicht zu übertreten, v. a. im Bereich Sexualität. Es besteht immer die Gefahr, dass die Hilfesuchenden sich abwenden, wenn sie sich falsch verstanden fühlen oder von der offenen Art deutscher Berater überfordert oder gar in ihren Moralvorstellungen verletzt werden.

Die Betroffenen selbst möchten sich gerne in ihrer Community für die Aids-Arbeit engagieren, v. a. Natou und Annick bringen das zum Ausdruck. Sie möchten die Menschen informieren und sensibilisieren, dass HIV keine rein sexuelle Infektion ist, oder man sich durch moralisch schlechtes Verhalten damit ansteckt, sondern dass HIV/AIDS alle etwas angeht und auf vielfältige Weise übertragbar ist (s. Anhang 6, Z. 183-189). Sie wünschen sich eine Integration und Partizipation innerhalb der Community. Beide wünschen sich eine Ausbildungsmöglichkeit oder Schulungen um qualifiziert sensibilisieren und helfen zu können.

MigrantInnen sollten mit all ihren Talenten und mitgebrachten Kompetenzen betrachtet und gefördert werden, Eigenverantwortlichkeit sollte gestärkt werden, da auch sie ein Teil der Gesellschaft sind.

Viele MigrantInnen werden als unprofessionell bezeichnet, da sie „merkwürdig und anders“ sind und zusätzlich ihre in den Herkunftsländern abgeschlossenen Diplome nur teilweise oder gar nicht anerkannt werden. So wird eine Mitarbeit häufig ausgeschlossen. Die Kompetenzen und Ressourcen, die Bourdieu (1983) als

Kapitalsorten (kulturelles Kapital, soziales und ökonomisches Kapital bezeichnet, die in den Gemeinden vorhanden sind, sollten zur Unterstützung der Arbeit mit MigrantInnen mit HIV/AIDS genutzt werden, anstatt verachtet oder als unprofessionelle oder unnötige Ressourcen betrachtet zu werden. Auf diesem Weg kann man die Integration in die eigene Gemeinschaft als einen Weg nutzen, die Betroffenen zu erreichen und ihnen Wissen und Möglichkeiten zur Lebensverbesserung in Deutschland aufzuzeigen. Außerdem dient die Arbeit als Appell an Betroffene und Angehörige, sich mehr zu engagieren, miteinander zu kooperieren und sich an politischen Aufforderungen zu beteiligen, wenn es dazu beitragen könnte die eigene Lebenssituation und die anderer zu verbessern. Diese Erkenntnisse sind nicht neu. Auch Seibert und Lemmen (1999) teilen diese Meinung: „Wer schweigt, kann weder mit Hilfe noch mit Solidarität rechnen. Und das Schweigen lässt es auch nicht zu, sich für die eigenen Belange politisch zu engagieren. Außerdem wird das „Outing“ nur aufgeschoben, denn irgendwann „kommt es ja doch raus““ (aus „Versteckspiel mit dem Virus“ von Unger, 1999). Denn nur durch die allgemeine Enttabuisierung von HIV/AIDS kann man erfolgreich in der HIV/AIDS-Primärprävention arbeiten und eine Lebensverbesserung von HIV/AIDS Betroffenen erreichen (vgl. Zuppinger et al. 2000: 30-31).

Durch meine eigene Erfahrung als Migrant aus Sub-Sahara Afrika und als Sozialarbeiter der AIDS-Hilfe Hamburg, konnte ich mich mit meiner Masterarbeit stark identifizieren und profitiere daraus auch in meiner täglichen Arbeit. Ich selbst glaube, dass eine strukturelle Veränderung in der Arbeit mit Migrantinnen mit HIV/AIDS aus Sub-Sahara Afrika in der Zukunft geschehen muss, um dieser Gruppe mit ihren speziellen Bedürfnissen und ihrer problembehafteten Lebenslage gerecht zu werden. Die Community dabei als die Grundbasis zu sehen, erscheint mir unvermeidlich, denn nur so kann man einen Großteil der Betroffenen zu einer realen Partizipation führen, mit dem Ziel die Betroffenen an das deutsche Gesundheitssystem und in die Gesundheitsvorsorge zu integrieren, um ihre Lebenslage zu verbessern.

Mit dem seit August 2006 geltenden Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz in Deutschland sollen HIV oder AIDS nicht mehr als Benachteiligungsmerkmal angesehen werden und daher sollte diese Gruppe gleiche Chancen in allen Bereichen haben (vgl. Hösl 2007: 26ff).

Die Frage die sich mir in diesem Zusammenhang stellt ist, inwieweit die deutsche Gesellschaft und die deutsche Politik dieser Sichtweise tatsächlich einen Platz

einzuräumen gedenkt. Kurzfristig geförderte Projekte ohne eine greifbare Nachhaltigkeit, wie sie im Moment an vielen Orten bestehen, bilden die Reaktion der Politik auf die derzeitige Situation, bei der eine reelle Partizipation nicht stattfinden kann. Ob dies beabsichtigt ist bleibt offen.

Ich persönlich denke, dass die interkulturelle Kompetenz aller Menschen, die mit und für MigrantInnen arbeiten, gleich ob HIV-positiv oder nicht, gestärkt und gefördert werden müssen. Viele der, von meiner Befragten geschilderten, Probleme hängen nicht in erster Linie von der Infektion, sondern von der Herkunft, der Hautfarbe, der Mentalität und vom Bildungsniveau ab. Die HIV-Infektion ist sicher ein erschwerender Faktor, sollte aber nicht als Defizit betrachtet werden. Dort wo Interkulturalität kein Fremdwort, sondern der alltägliche Umgang ist, können Menschen sich respektiert und in ihrer Andersartigkeit angenommen fühlen.

Vielleicht wird es in Deutschland möglich sein, dem Grundgesetz gemäß alle Menschen zu behandeln: „Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ (Grundgesetz, §3, Absatz 3)

Hiermit versichere ich, dass ich die Master Thesis selbständig angefertigt habe und keine anderen, als die angegebenen und bei Zitaten kenntlich gemachten Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

---

Omer Idrissa OUEDRAOGO

## Literatur- und Quellenverzeichnis

### Literaturverzeichnis (Aufsätze)

- Aeromo, Muluneh; Aderajew, Waka (2000): „Afrikanische Communities in Deutschland“.  
In: Deutsche AIDS-Hilfe Band 41, AIDS & Migration, DAH e.V. S.133-189 Berlin
- Aktionsbündnis gegen AIDS (Hrsg.) (2001): „Das Schweigen brechen“. Ein Studien- und Arbeitsheft für Gemeinden und Gruppen. Breklum.
- Aktionsbündnis gegen AIDS (Hrsg.) (2008): „Herausforderungen und Antworten in der Entwicklungszusammenarbeit“, S. 10-95.
- Baum, Detlef (2007): „Die Stadt in der Sozialen Arbeit“, Wiesbaden, VS-Verlag, S. 11-14.
- Bayer Michael et al (2004): !positiv? HIV & AIDS. Gesundheit zur aktuellen Situation in Hamburg, HAW. Elbe-Werkstätten GmbH, Hamburg, S.7-32.
- Benad, Annette et al. (2001): „Orientierungsrahmen für Aktivität im Bereich HIV/AIDS in der Projektarbeit der deutschen Welthungerhilfe“, Deutsche Welthungerhilfe e.V. (Hrsg.). S. 1-25.
- Bourdieu, Pierre (1983): „Ökonomisches Kapital, Kulturelles Kapital, Soziales Kapital“. In: Kreckel, Reinhard:soziale Ungleichheiten. Sonderband 2 der Sozialen Welt, Göttingen, S. 183-198.
- Bourdieu, Pierre (1987): Klassengeschmack und Lebensstil der französischen Bevölkerung in den 60er des 20 Jahrhunderts.
- Bourdieu, Pierre et al. (2002/2007): „Ortseffekte“. In: „Das Elend der Welt: Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft“, UVK-Verlagsgesellschaft mbH, Konstanz, S. 160-167.
- BZgA, (Hrsg.)(2004): Hetero Sexuel? Homo sexuel? Sexuelle Orientierungen und Coming-Out... Verstehen, akzeptieren, Leben, Köln, S. 2-72.
- Classen, Georg (2008): „Sozialleistungen für MigrantInnen und Flüchtlinge“, Handbuch für die Praxis. Herausgegeben von PRO ASYL e.V. Von Loeper Literaturverlag.
- DAH (2009): Informationen für Menschen mit HIV. Depression? (Broschüre)
- DAH (Hrsg.)(1998): HANDBUCH MIGRATION. Für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige. Erstellt vom Archiv für Sozialpolitik (AfS) in Kooperation mit dem Verband der Initiativen Gruppen in der Ausländerarbeit (VIA) e.V. - 1 Aufl. - Berlin
- DAH (Hrsg.) (2004): AIDS-FORUM DAH: AIDS im Wandeln der Zeiten. Berlin. S. 63-128.
- DAH & BZgA (Hrsg.) (2008): HIV/AIDS VON A BIS Z. Heutiger Wissensstand, S.1-48.

- David, Matthias / Borde, Theda, (2009): Ungenutzte Potentiale: In: Dr. med. Mabuse: Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe. Nr. 178. März/April 2009. Kasseler Straße 1a. Frankfurter am Main, S.24ff
- Deinet, Ulrich & al. (Hrsg.)(2006): „Neue Perspektiven in der Sozialraumorientierung, Dimensionen - Planung - Gestaltung“, Berlin , Frank & Timme, S.152-165.
- Dilger, Hansjörg (2005): „Leben mit AIDS. Krankheit Tod und soziale Beziehung in Afrika“. Eine Ethnographie. Campus Verlag Frankfurt/New York, S. 1-350.
- Döll, Susanne (2000): „Versorgung von Migrantinnen und Migranten in AIDS-Hilfe“. In: AIDS-Forum DAH, Band 41. AIDS UND MIGRATION, Berlin, 2000, S. 44-53.
- Ebermann, Erwin (2007): „Afrikaner in Wien“, LIT Wien, S. 30 ff.
- Engin, Hava (2008): „Urbane migrantische Jugendkultur“. In: Nah & Fern: Das Kulturmagazin für Migration und Partizipation, Nr. 40, S.8-13.
- Exner-Freisfeld, Helga (2001): „Soziale Absicherung bei HIV und AIDS: Sozial medizinische und rechtliche Aspekte der Versorgung“, 2. Aktualisierte und ergänzende Auflage – Frankfurt/Main.
- Farmer, Paul (2002): “The Anthropology of structural violence”, Paper presented at the Conference „Anthropology and the health of Population. Global Trends and local Contexts“. Brunel Universtity, 19-22 June 2002.
- Filsinger, Dieter (2008): „Bedingungen erfolgreicher Integration- Integrationsmonitoring und Evaluation“, Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.). Bonn, S.3-40.
- Flick, Uwe et al. (2005): „Qualitative Sozialforschung: eine Einführung“, Reinbeck bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, S. 194-279, 402-418.
- Flick, Uwe (2007): „Qualitative Sozialforschung: eine Einführung“, Reinbeck bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, S. 194-279, 402-450 VAS 291-315.
- Galuske, Michael (Hrsg.) (2009): „Methoden der Sozialen Arbeit“. Eine Einführung.8. Auflage 2009. Juventa Verlag Weinheim und München.
- Generali Gruppe Deutschland (2009): Engagementatlas: Daten, Hintergründe, Volkswirtschaftlicher Nutzen, S. 1-149
- Grill, Bartholomäus; Hippler, Stefan (2009): „Gott-AIDS-Afrika: Das tödliche Schweigen der katholischen Kirche“, 1.Auflage: April 2009. Verlagsgruppe Lübbe GmbH & Co.KG, Bergisch Gladbach, S. 5-207.
- Gonemeyer, Reimer (2002): „So stirbt man in Afrika an AIDS. Warum westliche Gesundheitskonzepte im Südlichen Afrika versagen“. Eine Streitschrift. Frankfurt/Main:Brandes & Apsel, S. 10-140

- Hamburger Akademie (2007): Studien-Wegweiser. Weiterbildung im Fernstudium- genau richtig für Ihren Erfolg! S, 126-152.
- Häußermann, Hartmut; Kronauer, Martin (2005): „Inklusion-Exklusion“. In: Kesse, F et al (Hrsg.): Handbuch Sozialraum. Wiesbaden, VS-Verlag, S.600.
- Heinemann, Horst (2001): In: „Dokumentation der Fachtagung: Interkulturelle Aspekte der HIV-Prävention und Versorgung für Menschen aus Afrika“, Duisburg 2001, S.9 -12.
- Helfferich, Cornelia (2005): „Die Qualität qualitativer Daten“. Manuel für die Durchführung qualitativer Interviews. Lehrbuch. Wiesbaden, S.147-172.
- Hermanns, Harry (2000): „Interview als Tätigkeit“. In: Uwe Flick, Ernst Kardoff , Ines Steinke (2000): Qualitative Forschung. Ein Handbuch Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. S, 367-368.
- Hitzler, Ronald (1994): „Wissen und Wesen des Experten“. Ein Annäherungsversuch- Zur Einleitung. In: Hitzler, Ronald/Honer, Anne/Mäder, Christoph (Hrsg.): Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstitution von Wirklichkeit. Opladen: Westdeutscher Verlag, S.12-31.
- Hofstede, Geert (1993): „Interkulturelle Zusammenarbeit“. Gabler, Wiesbaden.
- Hösl, Jacob (2007): „Soziale und rechtliche Aspekte bei HIV“. Ratgeber. 4. Komplett überarbeitete Auflage, Ingelheim, S.26-30.
- Huster, Ernst-Ulrich, Jürgen Boeckh, Hildegard Mogge-Grotjahn, H. (Hrsg.)(2008): Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung, Wiesbaden.
- Knecht, Alban; Buttner, Peter (2008): „Die Ressourcentheorie in der Sozialen Arbeit. Armut besser verstehen“. In: Standpunkt Sozial. Hamburger Forum für Soziale Arbeit und Gesundheit. Wege aus der Armut- Beiträge der Sozialen Arbeit- HAW Hamburg. S. 45-49
- Kolip, Petra; Müller, Veronika E. (2009): „Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention“. Verlag Hans Huber, Bern, S. 157-173.
- König, Joachim (2007): „Einführung in die Selbstevaluation“. Ein Leitfaden zur Bewertung der Praxis Sozialer Arbeit, 2., neu überarbeitete Auflage: Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau.
- Kronauer, Martin (1996): „Massenarbeitslosigkeit in Westeuropa: Die Entstehung einer neuen „underclass““. In: Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen, Forum Humanwissenschaften: Soziale Ausgrenzung, SOFI-Mitteilungen Nr. 24 / 1996,Göttingen, S.10.
- Kronauer, Martin; Vogel, Berthold (2001): „Erfahrung und Bewältigung von sozialer Ausgrenzung in der Großstadt“. In: Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen, Forum Humanwissenschaften Soziale Ausgrenzung in der Großstadt, SOFI-Mitteilungen Nr. 29/2001, Göttingen, S.45-46.

- Lüttringhaus, Maria (2000): „Stadtteilentwicklung und Partizipation“, Essen Katernberg/Dresdner, S.23.
- Mohammazadeh, Zahra (2000), in: „Dokumentation der Fachtagung „Aids in der Fremde“, S.27– 29.
- Mulot, Ralf/Schmitt, Sabine (Hrsg.)(2007): Fachlexikon der Sozialen Arbeit, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Baden-Baden, nomos, S. 157-518, 380, 779-790
- Nah & Fern (2008): „Das Kulturmagazin für Migration und Partizipation“, Nr.37. Engagement ohne Bevormundung.
- Nah & Fern (2009): „Das Kulturmagazin für Migration und Partizipation“, Nr.41. Migration und Gesundheit.
- Ouedraogo, Idrissa Omer (2005): Analyse des Actions de développement communautaire des structures associatives sur les OEV dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso: Le cas de ALAVI. Mémoire de maitrise en Psychologie. Universität de Ouagadougou. Burkina Faso.
- Pyerin, Brigitte (2001): „Kreatives wissenschaftliches Schreiben: Tipps und Tricks gegen Schreibblockaden“. 3. Auflage 2007. Juventa Verlag Weinheim und München.
- Richers, Hille (2003): „Entdecke die Möglichkeiten“, Rundbrief 1.Düren: Verband für Sozial-Kulturelle Arbeit, S. 22-25.
- Robert Koch Institut (RKI) (2008): HIV/AIDS in Hamburg-Eckdaten. Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts. Stand 2008.
- Robert Koch Institut (RKI) (2008): HIV/AIDS in Deutschland-Eckdaten. Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts. Stand 2008.
- Robert Koch Institut (RKI) (2009): HIV/AIDS in Hamburg-Eckdaten. Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts. Stand 2009.
- Robert Koch Institut (RKI) (2009): HIV/AIDS in Deutschland-Eckdaten. Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts. Stand 2009.
- Robert Koch Institut (RKI) (2009): Abteilung für Infektionsepidemiologie. Fachgebiet HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Krankheiten
- Schulte-Sasse, Hermann (2003): „Was bedeutet Migration für die Gesundheit?“ In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Gesundheitsministerium Berlin). Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung. Berlin, S.15 ff.
- Seukwa, Louis Henri (2006): Bildung in Umbruchgesellschaften: „Der Habitus der Überlebenskunst. Zum Verhältnis von Kompetenz und Migration im Spiegel von Flüchtlingsbiographien“. Münster, Waxmann Verlag GmbH. S. 161-252.

- Seukwa, Louis Henri (2009): In Impetus 11: Magazin der Hochschule für Angewandte Wissenschaft Hamburg, S.43.
- Sommer, Jessica (2004): „Metaphern im medizinischen Diskurs am Beispiel der AIDS-Aufklärung in Burkina Faso“. Abschlussarbeit zur Erlangung des Grades Bachelor of Arts (B.A.) an der geisteswissenschaftlichen Fakultät I der Universität Bayreuth. Themenstellerin: Professorin Dr. Marina Drescher. S.2-45.
- Sontag, Susan (1998): „Aids und seine Metaphern“, München, S. 34 ff.
- Sow, Noah (2008): „Deutschland schwarz weiß“, München, Bertelsmann-Verlag
- Staub-Bernasconi, Silvia (1995): „Systemtheorie, soziale Probleme und soziale Arbeit: lokal, national, international oder: vom Ende der Bescheidenheit“. Bern, Stuttgart, Wien.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2007): „Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft“. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis- Ein Lehrbuch. Haupt Verlag. Bern . Stuttgart. Wien.
- Stock, Lothar (2004): „Sozialraumanalysen als planerische und diagnostische Verfahren“, In: Heiner, M. (Hrsg.): „Diagnostik und Diagnose in der Soziale Arbeit“, Deutscher Verein, Berlin, Verlag soziale Theorie und Praxis, S. 374-386.
- Stoevesand, Sabine (2008): SoSe. Vortrag zum Thema Partizipation, schriftliches Layout, HAW Hamburg.
- Stratton, Allan (2008): „Worüber keiner spricht“. Roman aus den Englischen von Heike Brandt. Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG, München, S.1-270.
- Thiersch, Hans (2009): „Lebensweltorientierte Soziale Arbeit“. Aufgaben der Praxis im Sozialen Wandel. 7. Auflage 2009. Juventa Verlag Weinheim und München, S. 1-41, 66-78, 91-104, 129-141,179-196, 235-254.
- UNGASS (2008): Rapport UNGASS du Burkina Faso. Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. Burkina Faso, S. 1-97.
- Unger, Hella von (1999): „Versteckspiel mit dem Virus: aus dem Leben HIV-positiver Frauen“. Berlin: Dt. AIDS-Hilfe. 2000 (AIDS-Forum 2000).
- Urban, Michael; Weiser, Ulrich (2006): „Kleinräumige Sozialraumanalyse“, Dresden, Saxonia, S. 15 ff
- Urban, Michael; Wendt; Wolf, Rainer (1988): „Das Konzept der Lebenslage. Seine Bedeutung für die Praxis der Sozialarbeit“. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 4/88, S.79-83.
- Verdier, Pierre (1979): l'enfant en miettes: l'aide sociale, bilan et perspectives d'avenir, BDSP, France.

- Volkshochschule Duisburg (Hrsg.) (2001): „Interkulturelle Aspekte der HIV Prävention und Versorgung für Menschen aus Afrika“. König-Heinrich-Platz. Duisburg – Mitte, S.1-49.
- Wendt, Wolf Rainer (1988): „Das Konzept der Lebenslage. Seine Bedeutung für die Praxis der Sozialarbeit“. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 4/88, S. 79-83
- Werner, Fuchs-Heinritz, (2005): „Biographische Forschung“. Eine Einführung in Praxis und Methoden. Wiesbaden: Vs Verlag für Sozialwissenschaft, S. 285-292.
- World Health Organization (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Kopenhagen.
- Wright, Michel. T et al. (Hrsg.)(2009): „Partizipative Qualitätsentwicklung“. In: Qualität von gesundheitsförderung und Prävention. Petra Kolip/ Müller E. Veronika 2009. Verlag Hans Huber, Bern 2009. S. 157- 173
- Zimbardo, Philip (2007): „Der Luzifer-Effekt. Die Macht der Umstände und die Psychologie des Bösen“. Aus dem englischen übersetzt von Karsten Petersen. Spektrum Akademischer Verlag.
- Zuppinger Brigit and al. (2000): Interventionsplan-HIV/AIDS-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen. Rapid Assessment im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (Vertrag Nr. 00.000647). Institut für Ethnologie. Universität Bern. Schweiz.

## **Sonstige Quellenverzeichnis**

### **Zeitungsartikel:**

- Köhler, Horst (2009): „Von Afrika Lernen, Geht das?“ In: Die Zeit Nr. 53, 22.12.2009, S.45.
- Wolf, Jenny (2009): Burkina Faso, das Land der „aufrichtigen Menschen“. In: Africa positive Nr.34. 2009, S. 6-11.
- Unger, Hella von; Nagel, Stefan (2009): „Krankheit als Stigma? Stigmatisierung und Selbststigmatisierung im Kontext von HIV/AIDS“. In: Das Magazin Life + Positiv leben. Positive Begegnungen. Konferenz zum Leben mit HIV/AIDS. Stuttgart, S.6-7.
- Senat Hamburg 2008: Pressstelle September 2008

### **Internetquellen:**

- Ammann, Claus-Henning (2002): „Phänomenologie“, URL: [http://www.multimedia-pflege.de/paed/soziologie/husserl\\_schuetz.html](http://www.multimedia-pflege.de/paed/soziologie/husserl_schuetz.html) (letzter Zugriff, 12.11.2009, 13:15h)
- Berger, Dr. Peter A. (2007): „Sozialstrukturanalyse der BRD“, URL: [http://www.wiwi.uni-rostock.de/fileadmin/Institute/ISD/Lehrstuhl\\_Makrosoziologie/Lehrmaterialien/Prof.\\_Berger/Vorlesung\\_Sozialstrukturanalyse/Soziale\\_Milieus\\_und\\_Lebensstile/Folien7\\_Berger\\_Vorlesung\\_Sozialstruktur\\_WiSe0809.pdf](http://www.wiwi.uni-rostock.de/fileadmin/Institute/ISD/Lehrstuhl_Makrosoziologie/Lehrmaterialien/Prof._Berger/Vorlesung_Sozialstrukturanalyse/Soziale_Milieus_und_Lebensstile/Folien7_Berger_Vorlesung_Sozialstruktur_WiSe0809.pdf) (letzter Zugriff 13.11.2009, 19:00h)

Brandt, Gesche; Feldkamp, Claudia; Tophoven, Silke (2006): „Grundlagen und Methoden des Lebenslagenansatzes“, URL:[http://www.tess.unibremen.de/fileadmin/template/tess/Lehre/Leen/Grundlagen\\_und\\_Methoden\\_des\\_Lebenslagenansatzes.ppt.pdf](http://www.tess.unibremen.de/fileadmin/template/tess/Lehre/Leen/Grundlagen_und_Methoden_des_Lebenslagenansatzes.ppt.pdf) (letzter Zugriff 13.10.2009, 16:30h)

DAH & WZB (2009): Flyer-PaKoMi, URL:[http://www.wzb.eu/bal/ph/pdf/flyer\\_PaKoMi-projekt.pdf](http://www.wzb.eu/bal/ph/pdf/flyer_PaKoMi-projekt.pdf) (letzter Zugriff 01.08.09, 14:50h)

Engels, Dietrich (2006): „Lebenslagen und soziale Exklusion“, URL: <http://www.isg-institut.de/download/Lebenslagen%20und%20soziale%20Exklusion.pdf>, (letzter Zugriff 12.11.2009, 22:30h)

Engels, Dietrich (2008): Lebenslagen, URL: <http://www.isg-institut.de/download/Artikel%20Lebenslagen.pdf>, S. 643-646, (letzter Zugriff 17.11.2009, 14:00h)

Freie und Hansestadt Hamburg. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) (2009): Rate und und Hilfe zu HIV/AIDS und anderen sexuell und übertragbaren Infektionen URL: <http://www.hamburg.de/hiv-aids/122874/rat-und-hilfe-hiv.html> (letzter Zugriff 06.01.2010, 21:39h)

Freie und Hansestadt Hamburg. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) (2009): Faltblatt mit Beratungsangeboten zum Thema AIDS, HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen, URL:<http://www.hamburg.de/contentblob/200218/data/aids-faltblatt-2009.pdf> (letzter Zugriff 06.01.2010, 21:45)

Gillich, Stefan (2006): „Sozialraumorientierung als Standard in der Arbeit mit Jugendlichen auf der Straße“, URL: [http://bundesarbeitsgemeinschaft-streetwork-mobile-jugendarbeit.de/homepage/material/gillich\\_sozialraum.pdf](http://bundesarbeitsgemeinschaft-streetwork-mobile-jugendarbeit.de/homepage/material/gillich_sozialraum.pdf), (letzter Zugriff 02.01.2010, 16:50h)

Gillich, Stefan (2008): „Chancen und Nutzen einer verstärkten Gemeindeorientierung im Kampf gegen Armut und Obdachlosigkeit“, URL: [http://www.gefaehrdenhilfebayern.de/uploads/media/080709\\_fachreferat\\_gillich.pdf](http://www.gefaehrdenhilfebayern.de/uploads/media/080709_fachreferat_gillich.pdf), (letzter Zugriff 02.01.2010, 15:10h)

Gesundheitsamt Bremen (2007): „Prävention, Beratung, Versorgung“, URL:[http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/2\\_Bericht\\_AIDS\\_STD\\_07\\_08.pdf](http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/2_Bericht_AIDS_STD_07_08.pdf), (letzter Zugriff 25.11.2009, 21:15h)

Gresshoff, Reiner; Schimank, Uwe (2002): Die integrative Sozialtheorie von Hartmut Esser, URL: <http://www.fernuni-hagen.de/SOZ/weiteres/preprints/russ.pdf>, (letzter Zugriff 13.12.2009, 15:30h)

Hidelbrandt/Kickbusch (2004): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, URL: [http://www.cvl-a.tum.de/Download/WHO\\_Ottawa.pdf](http://www.cvl-a.tum.de/Download/WHO_Ottawa.pdf) (letzter Zugriff 24.01.2010, 14:52h)

Kraus, Björn (2002): „Lebenswelt und Lebensweltorientierung – eine begriffliche Revision als Angebot an eine systemisch-konstruktivistische Sozialarbeitswissenschaft“, URL: <http://www.sozialarbeit.ch/dokumente/lebensweltorientierung.pdf>, (letzter Zugriff 12.08.2009, 14:05h)

Meier Kressig, Marcel; Husi, Gregor (2002): „Auf den Spuren des Lebens“, URL: <http://www.socilia.ch/Teaching/Lebenslagekonzept.pdf> (letzter Zugriff 18.12.2009, 16:50h)

Mba.de: Wissen verbindet: Anleitung für das Verfassen einer Master Thesis, URL:[http://www.mba.de/index\\_old.php](http://www.mba.de/index_old.php) (letzter Zugriff 22.10.09, 19:05h)

Nzimegne-Gölz, Solange (2001): „HIV und Aids - Grundlage zum besseren Verständnis und Umgang mit Patienten aus Afrika“, URL:<http://www.graf-berlin.de/aids%20und%20migration.PDF> (letzter Zugriff 25.06.2009, 21:40h)

Pro Asyl (2009): Jetzt (ver)handeln: Schutzschirm für Flüchtlingsrechte! URL:<http://www.proasyl.de/> (letzter Zugriff 14.10.2009, 10:08h)

Schulz, Stefan; Wick, Anemi (2003): „Bin ich türkisch, Alder“, URL:<http://www.turkischweb.com/D-Migration/seite116.htm>, (letzter Zugriff 14.08.2009, 23:15h)

Schumann, Michael (1994): „Sozialraum und Biographie - Versuch einer pädagogischen Standortbestimmung“,URL:[http://www.bsjmarburg.de/fileadmin/pdf\\_fachbeitraege/Schumann\\_SozialraumUndBiographie.pdf](http://www.bsjmarburg.de/fileadmin/pdf_fachbeitraege/Schumann_SozialraumUndBiographie.pdf), (letzter Zugriff 14.09.2009, 22:09h)

Staub-Bernasconi, Silvia (2007): „Theoretischer Ansatz“, URL: [http://www.uni-magdeburg.de/iew/web/studentische\\_projekte/ss02/seybusch/bernasconiTheorie.htm](http://www.uni-magdeburg.de/iew/web/studentische_projekte/ss02/seybusch/bernasconiTheorie.htm), (letzter Zugriff 30.12.2009, 00:26h)

Timmann, Anja (2007): Rechtsinfos. HIV/AIDS als Abschiebungshindernis, URL:<http://www.aids-laenderberichte.de/rechtsinfos/abschiebungshindernis/index.html>, (letzter Zugriff 22.12.2009, 13:36h)

WHO (1948): Konstitution der Weltgesundheitsorganisation, URL: <http://www.uni-bielefeld.de/Universitaet/Einrichtungen/Zentrale%20Institute/IWT/FWG/Gesundheitszirkel/Gesundheit.html> (letzter Zugriff: 21.02.2010, 16:30h)

Zillmer, Horst W. (1999): Essay über die Ursachen und Folgen der zu erwartenden Bevölkerungsexplosion in den nächsten 50 Jahren, URL: [http://www.kinder-in-afrika.de/Pages/essay\\_afrika\\_bevoelkerung.html](http://www.kinder-in-afrika.de/Pages/essay_afrika_bevoelkerung.html) (letzter Zugriff, 16.01.2010, 18:50h)