

**Fortbildung  
für Multiplikator(inn)en aus Subsahara-Afrika  
und für Aids-Fachkräfte**

**Dokumentation des 2002 in Bielefeld durchgeführten Projekts**

*Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Hrsg.)*

*Projekt der AIDS-Hilfe Bielefeld e.V. in Kooperation mit der AIDS-Beratung  
im Gesundheitsamt, dem Interkulturellen Büro der Stadt Bielefeld  
und dem Internationalen Begegnungszentrum (IBZ)*

*Projektleitung: Kodzo Victor Dzissah, Marthe-Elise Ngo Matip, Peter Struck*

*Für ihre kontinuierliche Mitarbeit danken wir  
Olaf Plappert, Julia Ellen Schmalz und Astrid Schweppe  
Informationen zum Projekt: AIDS-Hilfe Bielefeld e.V., Ehlentruper Weg 45 a  
33604 Bielefeld, Tel. 0521/133388, e-mail [info@aidshilfe-bielefeld.de](mailto:info@aidshilfe-bielefeld.de)*

© **Deutsche AIDS-Hilfe e.V.**

Dieffenbachstraße 33

10967 Berlin

[www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de)

[dah@aidshilfe.de](mailto:dah@aidshilfe.de)

September 2003

Bestellnummer: 110022

**Text:** Peter Struck

**Redaktion:** Peter Struck, Dirk Hetzel

**Bearbeitung:** Christine Höpfner

**Gestaltung:** Carmen Janiesch

**Spendenkonto**

220 220 220

Berliner Sparkasse

BLZ 100 500 00

Die DAH ist als gemeinnützig und damit besonders förderungswürdig anerkannt. Spenden sind daher steuerabzugsfähig.

Sie können die Arbeit der DAH auch unterstützen, indem Sie Fördermitglied werden.

Nähere Informationen erhalten Sie unter <http://www.aidshilfe.de> („Ein Mittel gegen Aids“) oder bei der DAH.

**Vorwort** \_\_\_\_\_ 6

**Problemlagen und Bedarf** \_\_\_\_\_ 7

**Ziele der Seminarreihe** \_\_\_\_\_ 8

**Entwicklung der Seminarreihe** \_\_\_\_\_ 9

Gewinnung von Teilnehmer(inne)n

**Umsetzung der Seminarreihe** \_\_\_\_\_ 10

Die Teilnehmer/innen  
Erprobung der Seminarreihe

**Endfassung der Seminarreihe** \_\_\_\_\_ 13

1. Modul: Heutiger Wissensstand
2. Modul: Kultur und Tabu
3. Modul: Leben mit HIV und Aids

**Methoden** \_\_\_\_\_ 15

Grabbelsack  
Schweitzer Bildchen / Nasenmännchen  
Diskussion mit HIV-positiven Afrikaner(inne)n  
Quiz / Fragebogen

**Kontroverse Themen** \_\_\_\_\_ 22

Traditionelle afrikanische Medizin / naturwissenschaftliche Medizin  
Religion / Spiritualität  
Sexualität / Rollenverhalten / Familie  
Homosexualität  
Ausgrenzung von Menschen mit HIV und Aids  
Ursprungstheorien zu HIV

**Evaluation der Seminarreihe** \_\_\_\_\_ 26

Fragebogen  
Eindrücke von Teilnehmerinnen

**Kooperation** \_\_\_\_\_ 29

**Zusammenfassung der wichtigsten Projektergebnisse** \_\_\_\_\_ 29

**Ausblick** \_\_\_\_\_ 30

**Literaturauswahl** \_\_\_\_\_ 30

## VORWORT

2002 vergab die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. erstmals Mittel aus öffentlichen Zuwendungen an ihre regionalen Mitgliedsorganisationen für Projekte zum Thema „Interkulturelle Öffnung“. Voraussetzung hierfür war der modellhafte Charakter der Projekte und damit deren Übertragbarkeit auf das gesamte Bundesgebiet.

„Aids, Kultur und Tabu“ lautet eine Fortbildungsmaßnahme für Multiplikator(inn)en aus Regionen südlich der Sahara („Subsahara“) und für Aids-Fachkräfte, welche die AIDS-Hilfe Bielefeld e.V. im Rahmen dieser Förderungsform entwickelt und erprobt hat. Ihr Titel umreißt denn auch das Spannungsfeld, in dem sich die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. bei der interkulturellen Öffnung des Verbandes und der Entwicklung von Angeboten im Feld „Aids und Migration“ bewegt. Unverzichtbar dabei ist die Einbeziehung und aktive Beteiligung von Menschen aus jenen Gruppen, die es zu erreichen gilt, sowie die Vernetzung und Zusammenarbeit mit verschiedenen Einrichtungen, die (auch) Aids-Beratung anbieten – und genau darauf zielte die Bielefelder AIDS-Hilfe e.V. mit ihrer Fortbildung. Über das Konzept, die Durchführung und die Auswertung des Projekts informiert die vorliegende Dokumentation.

Wir möchten der AIDS-Hilfe Bielefeld e.V. für die gute, engagierte Zusammenarbeit recht herzlich danken. Zugleich wünschen wir uns, dass die Dokumentation dazu einlädt, ähnliche Projekte auch in anderen Städten durchzuführen.

*Dirk Hetzel*  
*Referent für Menschen mit HIV/Aids*

*Berlin im Oktober 2003*

## PROBLEMLAGEN UND BEDARF

Nach Angaben des Robert Koch-Instituts stieg der Anteil der HIV-positiven und an Aids erkrankten Migrant(inn)en in Deutschland in den letzten Jahren kontinuierlich an. So beträgt der Anteil der nicht aus Deutschland stammenden Neuinfizierten im Jahr 2002 um etwa 30–40 %. Besonders stark betroffen sind Frauen und Männer aus den Regionen südlich der Sahara (Subsahara). Aber auch der Anteil der Menschen aus Südost- und Osteuropa wächst.

Das Thema „interkulturelle Öffnung“ ist für die AIDS-Hilfe Bielefeld e.V. nicht neu. Schon immer standen unsere Angebote Migrant(inn)en offen – und wurden von ihnen auch genutzt. Dennoch gilt es selbstkritisch festzustellen, dass der Zugang zur Beratung und zu den Selbsthilfeangeboten aus unterschiedlichen Gründen für sie schwieriger ist. Darüber hinaus sind Inhalte und Methoden unserer Prävention notwendigerweise kulturspezifisch geprägt und deshalb für Menschen aus anderen Kulturkreisen nur bedingt tauglich.

Eine Befragung der Deutschen AIDS-Hilfe zur „*Versorgung von Migrantinnen und Migranten in AIDS-Hilfen*“ zeigt auf, in welcher Form AIDS-Hilfen in Deutschland bislang mit dem Thema konfrontiert wurden. Im Vordergrund der Beratung stehen vor allem folgende Problemlagen:

- finanzielle Probleme und sozialrechtliche Fragen
- Schwierigkeiten mit Behörden, insbesondere aufenthaltsrechtlicher Art
- gesundheitliche Probleme, z. B. positives Testergebnis und Angst vor Erkrankung
- Angst vor Diskriminierung oder erlebte Diskriminierung.

Die Migrant(inn)en stammen aus

- afrikanischen Ländern, vor allem aus Subsahara, z. B. Südafrika, Zaire, Kenia, Togo und Ghana
- europäischen Ländern (EU), vor allem Italien, Spanien, Portugal
- europäischen Ländern (nicht EU), insbesondere Türkei, Polen, Russland
- asiatischen Ländern
- mittel- und südamerikanischen Ländern.

Die Angebote der AIDS-Hilfe für Migrant(inn)en mit HIV und Aids umfassen:

- Unterstützung bei finanziellen Problemen
- Vermittlung von Anwalt(inn)en und Unterstützung bei aufenthaltsrechtlichen Problemen
- Verteilen von Printmedien in verschiedenen Sprachen
- Beratung in bestimmten Sprachen und Beratung mit Dolmetscher(inne)n
- Betreuung in der Justizvollzugsanstalt
- Qualifizierung und Beschäftigung.

Besondere Problemlagen von Migrant(inn)en:

- ungenügende Kenntnis der Angebote psychosozialer, medizinischer und pflegerischer Versorgung vor Ort und Schwellenängste, die Angebote zu nutzen
- Verständigungsschwierigkeiten und ungenügende Informationen zum Thema Aids
- Angst vor Diskriminierung, doppelte Stigmatisierung als Fremde *und* als Menschen mit HIV/Aids
- besonders starke Tabuisierung innerhalb einzelner Migrantengruppen, z. B. Türk(inn)en
- unsicherer Aufenthaltsstatus und Armut.

Migrant(inn)en sind keine homogene Zielgruppe, sondern haben, je nach Herkunftsregion, einen speziellen kulturellen Hintergrund. Wir haben uns deshalb dafür entschieden, uns in dieser Fortbildungsreihe auf Migrant(inn)en aus Subsahara-Afrika zu konzentrieren.

Wir haben das Projekt im Jahr 2002 gemeinsam mit einem Kollegen aus Togo und einer Kollegin aus Kamerun, die beide seit einigen Jahren in Bielefeld leben, unter dem Titel „Aids, Kultur und Tabu“ konzipiert und durchgeführt. Die Fortbildungsreihe richtete sich an Multiplikator(inn)en aus Subsahara-Afrika und an Aids-Fachkräfte aus Ostwestfalen-Lippe. Es handelte sich um ein Kooperationsprojekt mit der Aids-Beratung im Gesundheitsamt, dem Interkulturellen Büro der Stadt und dem Internationalen Begegnungszentrum (IBZ).

Die Umsetzung der Maßnahme wurde durch finanzielle Unterstützung der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. im Rahmen der Förderung von Projekten ihrer Mitgliedsorganisationen zum Thema „Interkulturelle Öffnung“ und durch den Förderverein der AIDS-Hilfe Bielefeld e.V. ermöglicht.

Die Inhalte und Methoden der Seminarreihe wurden in zwei Durchläufen erprobt und reflektiert. Damit auch andere soziale Einrichtungen und Gruppen von den dabei gemachten Erfahrungen profitieren können, haben wir die Ergebnisse der Seminarreihe zusammen mit den Inhalten und Methoden der einzelnen Module dokumentiert. Der modulare Aufbau der Multiplikatorenfortbildung ermöglicht es, sowohl das ganze Programm als auch – je nach Bedarf vor Ort – einzelne Bausteine zu verwenden.

## **ZIELE DER SEMINARREIHE**

Das Projekt verfolgt folgenden Ziele:

- Migrant(inn)en mit Basisinformationen zum Thema HIV/Aids, insbesondere zu Ansteckungswegen und Schutzmöglichkeiten zu versorgen, damit sie in ihrer Community als Multiplikator(inn)en primärpräventiv wirksam werden können
- Migrant(inn)en mit Basisinformationen zum Krankheitsverlauf und zu Behandlungsmöglichkeiten zu versorgen, damit sie dieses Wissen in ihrer Community weitergeben
- Migrant(inn)en über Angebote der psychosozialen Beratung und der medizinischen Versorgung in der Region zu informieren, damit sie in ihrer Community zum Abbau von Zugangsbarrieren beitragen können
- Mitarbeiter(inn)en von Aids-Beratungsstellen und Präventionsprojekten den Zugang zu Menschen aus Subsahara-Afrika zu erleichtern
- die Auseinandersetzung mit Tabuthemen zu fördern (Drogenkonsum, Sex zwischen Männern/Homosexualität, Prostitution/Beschaffungsprostitution, Stigmatisierung und Ausgrenzung), um die Teilnehmer/innen für kulturelle Unterschiede im Hinblick auf Moral- und Wertvorstellungen zwischen Herkunftsland und Deutschland zu sensibilisieren und gemeinsam Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln
- die Auseinandersetzung mit kultureller Differenz zu fördern (z. B. westliche Medizin versus traditionelle afrikanische Medizin, monotheistische Religionen versus Naturreligionen), um gegenseitiges Verstehen zu ermöglichen und Handlungskompetenzen zu erweitern
- den Blick für die rechtlichen und psychosozialen Probleme von Migrant(inn)en zu schärfen, um sie in der Beratung besser berücksichtigen zu können
- das Voneinander-Lernen anzustoßen, die Vernetzung zu fördern und Kooperationsmöglichkeiten auszuloten, um angemessene Angebote in Prävention und Beratung von Migrant(inn)en entwickeln zu können
- die Teilnehmer/innen zu motivieren, die erworbenen Kenntnisse und Erfahrungen in ihren Einrichtungen, Netzwerken und Communities weiterzugeben.

## ENTWICKLUNG DER SEMINARREIHE

Diese Phase umfasste die Planung der Inhalte und Methoden, die Abstimmung mit den Kooperationspartnern, das Gewinnen von Teilnehmer(inne)n und die Entwicklung eines Dokumentationssystems (Fragebögen und Tonbandmitschnitt).

In der Planung wurden folgende Zielgruppen definiert:

- Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen für Migrant(inn)en
- Migrant(inn)en aus Subsahara-Afrika als Multiplikator(inn)en in privaten Netzwerken
- Mitglieder von Migrantenorganisationen und -initiativen
- ehrenamtliche und hauptamtliche Mitarbeiter/innen der AIDS-Hilfe
- Aids-Fachkräfte in den Gesundheitsämtern, bei der Arbeiterwohlfahrt (AWO) und beim Diakonischen Werk.

## Gewinnung von Teilnehmer(inne)n

Die Gewinnung afrikanischer Teilnehmer/innen wies einige Besonderheiten auf. Für das erste Seminar wurde mit den „klassischen“ Methoden Plakat, Flugblatt und Information der „Schaltstellen“ (Interkulturelles Büro, Afrika-Shop, Internationales Begegnungszentrum usw.) geworben – mit recht mäßigem Erfolg. Deshalb wurde für die weiteren Seminare die Werbungsstrategie erweitert.

- Wir verteilten zwar weiterhin Flugblätter und hängten auch Plakate auf, zusätzlich aber führten die beiden afrikanischen Kollegen viele Einzelgespräche mit potenziell Interessierten in ihrer Community und in ihrem Bekanntenkreis. Einige wurden sogar mit dem Auto zum Seminar abgeholt.
- Die „Mundpropaganda“ wurde in Form von kleinen Diskussionen über HIV/Aids außerhalb der Seminare verstärkt. So konnte Interesse für die Teilnahme an den nächsten Modulen geweckt werden.

Insbesondere die persönliche Ansprache und die Platzierung des Themas in den Communities zeitigten gute Erfolge bei der Gewinnung der Teilnehmer/innen. Ohne die Aktivitäten der beiden afrikanischen Kollegen in ihrer Community und ihrem Bekanntenkreis hätten nur sehr wenige Menschen aus dieser Zielgruppe zu einer Teilnahme motiviert werden können.

Die Gewinnung der deutschen Teilnehmer/innen für den 1. Durchlauf erwies sich als recht einfach. Die Vernetzung der Aids-Fachkräfte in der Region ist durch einen regelmäßig stattfindenden Arbeitskreis gut ausgebaut, und der Informationsfluss ist rege. Die Kolleg(inn)en aus den Gesundheitsämtern, der AWO und dem Diakonischen Werk zeigten lebhaftes Interesse. Für den 2. Durchlauf (2 Monate später) konnten außer den ehrenamtlichen Mitarbeiter(inne)n der AIDS-Hilfe leider keine weiteren Multiplikator(inn)en gewonnen werden.

Auf wenig Resonanz stieß das Angebot bei den Mitarbeiter(inne)n von Beratungsstellen für Migrant(inn)en. Für diese Zielgruppe sind spezifische Werbung und persönliche Gespräche mit den wichtigsten Einrichtungen notwendig. In vielen Einrichtungen muss erst mal ein Bewusstsein für die Bedeutung des Themas HIV/Aids in ihrem Arbeitsalltag geschaffen werden.

## UMSETZUNG DER SEMINARREIHE

### Die Teilnehmer/innen

Die Module wurden in der Regel von beiden Zielgruppen gut besucht. Nur wenige Teilnehmer/-innen waren bei allen Modulen anwesend, die meisten haben ein bis zwei Module für sich genutzt.

Die Teilnehmer/innen afrikanischer Herkunft entsprachen sicherlich nicht dem repräsentativen Querschnitt der in Bielefeld lebenden Afrikaner/innen aus Subsahara. Student(inn)en waren überrepräsentiert, während z. B. Bürgerkriegsflüchtlinge gänzlich fehlten.

Die Zusammensetzung der Teilnehmer/innen wirkte sich auch auf die Gewichtung der Inhalte aus. So waren für die meisten Afrikaner/innen Fragen des Ausländer- und Asylrechts von untergeordneter Bedeutung; sie wurden deshalb auch nur am Rande erörtert.

### Anzahl und Zusammensetzung der Teilnehmer/innen des 1. Durchlaufs

<b>Modul 1</b>	<b>Herkunft</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>	<b>Geschlecht</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
	Deutschland	1	9,1	weiblich	6	54,5
	Frankreich	1	9,1	männlich	5	45,5
	Kamerun	5	45,5	gesamt	11	100
	Kongo	2	18,2			
	Nigeria	1	9,1			
	Togo	1	9,1			
	gesamt	11	100*			

<b>Modul 2</b>	<b>Herkunft</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>	<b>Geschlecht</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
	Deutschland	6	35,5	weiblich	10	58,9
	Kamerun	7	41,2	männlich	7	41,2
	Kongo	1	5,9	gesamt	17	100*
	Marokko	1	5,9			
	Togo	1	5,9			
	Uganda	1	5,9			
	gesamt	17	100*			

<b>Modul 3</b>	<b>Herkunft</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>	<b>Geschlecht</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
	Deutschland	8	47,1	weiblich	11	64,7
	Elfenbeinküste	1	5,9	männlich	6	35,3
	Kamerun	4	23,5	gesamt	17	100
	Kongo	1	5,9			
	Russland	1	5,9			
	Togo	1	5,9			
	Uganda	1	5,9			
	gesamt	17	100*			

<b>Modul 4</b>	<b>Herkunft</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>	<b>Geschlecht</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
	Deutschland	2	50	weiblich	3	75
	Kamerun	1	25	männlich	1	25
	Türkei	1	25	gesamt	4	100
	gesamt	4	100			

*Anzahl und Zusammensetzung der Teilnehmer/innen des 2. Durchlaufs*

<b>Modul 1</b>	<b>Herkunft</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>	<b>Geschlecht</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
	Deutschland	6	31,6	weiblich	11	57,9
	Kenia	3	15,8	männlich	8	42,1
	Kamerun	4	21,1	gesamt	19	100
	Tansania	2	10,5			
	Ghana	1	5,2			
	Nigeria	3	15,8			
	gesamt	19	100			

<b>Modul 2</b>	<b>Herkunft</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>	<b>Geschlecht</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
	Deutschland	3	30	weiblich	5	50
	Kamerun	4	40	männlich	5	50
	Kongo	0	0	gesamt	10	100
	Tansania	2	20			
	Zaire	1	10			
	Uganda	0	0			
	gesamt	10	100			

<b>Modul 3</b>	<b>Herkunft</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>	<b>Geschlecht</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
	Deutschland	4	22,3	weiblich	11	61,1
	Zaire	1	5,5	männlich	7	38,9
	Kamerun	7	39,0	gesamt	18	100
	Nigeria	3	16,7			
	Tansania	1	5,5			
	Ghana	1	5,5			
	Uganda	1	5,5			
	gesamt	18	100			

*\* Dass die Angaben etwas mehr als 100% ergeben, liegt am verwendeten Programm.*

## Erprobung der Seminarreihe

### 1. Durchlauf

#### 1. Modul: Heutiger Wissensstand

- Vermittlung aktueller Informationen über Ansteckungswege, Schutzmöglichkeiten, Krankheitsverlauf, HIV-Antikörper-Test, Behandlungsmöglichkeiten usw.
- Auseinandersetzung mit traditioneller afrikanischer Medizin und naturwissenschaftlicher Medizin

#### 2. Modul: Kultur und Tabu

- Auseinandersetzung mit den Themen (Hetero- und Homo-)Sexualität, Familie, Drogenkonsum, Prostitution, Tod und Sterben

#### 3. Modul: Leben mit HIV und Aids

- Diskussion mit HIV-positiven afrikanischen Migrant(inn)en über HIV/Aids in den Herkunftsländern, Ausgrenzung und Diskriminierung Betroffener, Unterstützung und Solidarität

#### 4. Modul: Regionale Angebote für Migrant(inn)en

- Vermittlung von Informationen über Aids-Beratungsstellen, Angebote der medizinischen und pflegerischen Versorgung, Beratungsstellen für Migrant(inn)en, Vorstellen von Info-Materialien

Die Fragebögen zum Seminarverlauf (modularer Aufbau, Inhalte, Methoden) und das Tonbandprotokoll wurden ausgewertet und einzelne Module inhaltlich und methodisch überarbeitet. Das Ergebnis wurde anschließend mit den Kooperationspartner(inne)n abgestimmt.

### 2. Durchlauf

#### 1. Modul: Heutiger Wissensstand

- Vermittlung aktueller Informationen über Ansteckungswege, Schutzmöglichkeiten, Krankheitsverlauf, HIV-Antikörper-Test, Behandlungsmöglichkeiten usw.
- Auseinandersetzung mit traditioneller afrikanischer Medizin und naturwissenschaftlicher Medizin
- Darstellung der örtlichen Angebote zur Beratung sowie medizinischen und pflegerischen Versorgung für Menschen mit HIV und Aids

#### 2. Modul: Kultur und Tabu

- Auseinandersetzung mit den Themen (Hetero- und Homo-)Sexualität, Familie, Drogenkonsum, Prostitution, Tod und Sterben, Religion, Philosophie, Tradition und Mystik

#### 3. Modul: Leben mit HIV und Aids

- Diskussion mit HIV-positiven afrikanischen Migrant(inn)en über HIV/Aids in den Herkunftsländern, Ausgrenzung und Diskriminierung sowie soziale Lage von Betroffenen, Unterstützung und Solidarität

Die Fragebögen zum Seminarverlauf (modularer Aufbau, Inhalte, Methoden) und das Tonbandprotokoll wurden ausgewertet und die einzelnen Module inhaltlich und methodisch überarbeitet. Auf einem Abschlusstreffen wurde die Fortbildungsreihe von den Kooperationspartner(inne)n noch einmal insgesamt bewertet.

# ENDFASSUNG DER SEMINARREIHE

## 1. Modul: Heutiger Wissensstand

- Vermittlung aktueller Informationen über Ansteckungswege, Schutzmöglichkeiten, Krankheitsverlauf, HIV-Antikörper-Test, Behandlungsmöglichkeiten usw.
- Auseinandersetzung mit traditioneller afrikanischer Medizin und naturwissenschaftlicher Medizin
- Darstellung der örtlichen Angebote zur Beratung sowie medizinischen und pflegerischen Versorgung für Menschen mit HIV und Aids.

Verlauf	Dauer
Vorstellungsrunde: Teilnehmer/innen und Seminarleitung stellen sich kurz vor (Namen, Alter, Beruf/Tätigkeit und Herkunftsland).	10 Min.
Das Quiz: Auseinandersetzung mit den zentralen Themen des Moduls anhand von Leitfragen.	30 Min.
„Schweitzer Bildchen“: Wissenserwerb zu Übertragungswegen, Schutzmöglichkeiten und Risikomanagement	60 Min.
Diskussion über noch offene Fragen	20 Min.
Blitzlicht: Was hat euch gut gefallen? Was hat euch nicht gefallen?	10 Min.
Verteilen, Ausfüllen und Einsammeln der Evaluationsbögen	5 Min.

Zeit: 19.15–21.30 Uhr

Ort: Internationales Begegnungszentrum (IBZ)

## 2. Modul: Kultur und Tabu

Auseinandersetzung mit den Themen (Hetero- und Homo-(Sexualität, Familie, Drogenkonsum, Prostitution, Tod und Sterben, Religion, Philosophie, Tradition und Mystik).

Verlauf	Dauer
Vorstellungsrunde: Teilnehmer/innen und Seminarleitung stellen sich kurz vor (Namen, Alter, Beruf/Tätigkeit und Herkunftsland).	10 Min.
Das Quiz: Auseinandersetzung mit den zentralen Themen des Moduls anhand von Leitfragen.	20 Min.
Grabbelsack: Auseinandersetzung mit den Themen Risikomanagement, Eigenverantwortung, Behandlungsmöglichkeiten, traditionelle afrikanische Medizin, Solidarität und Ausgrenzung, lesbische und schwule Lebensweisen usw.	70 Min.
Diskussion über noch offene Fragen	10 Min.
Blitzlicht: Was hat euch gut gefallen? Was hat euch nicht gefallen?	10 Min.
Verteilen, Ausfüllen und Einsammeln der Evaluationsbögen.	5 Min.

Zeit: 19.15–21.30 Uhr

Ort: Internationales Begegnungszentrum (IBZ)

### 3. Modul: Leben mit HIV und Aids

Diskussion mit HIV-positiven afrikanischen Migrant(inn)en über HIV/Aids in den Herkunftsländern, Ausgrenzung und Diskriminierung sowie soziale Lage von Menschen mit HIV/Aids, Unterstützung und Solidarität

Verlauf	Dauer
Vorstellungsrunde: Teilnehmer/innen und Seminarleitung stellen sich kurz vor (Namen, Alter, Beruf/Tätigkeit, Herkunftsland).	10 Min.
Das Quiz: Auseinandersetzung mit den wesentlichen Inhalten des Moduls anhand von Leitfragen.	10 Min.
Diskussion mit zwei HIV-positiven Afrikanern (Frau und Mann)	80 Min.
Diskussion über noch offene Fragen	10 Min.
Blitzlicht: Was hat euch gut gefallen? Was hat euch nicht gefallen?	10 Min.
Verteilen, Ausfüllen und Einsammeln der Evaluationsbögen.	5 Min.

Zeit: 19.15–21.30 Uhr

Ort: AIDS-Hilfe Bielefeld e.V.

#### Anmerkungen zu beiden Modulen

Die ersten beiden Module wurden im Internationalen Begegnungszentrum (IBZ) durchgeführt, da viele Afrikaner/innen die Einrichtung kennen und dadurch die Teilnahme erleichtert wurde. Das letzte Modul boten wir in der AIDS-Hilfe an, da uns daran lag, dass insbesondere die afrikanischen Teilnehmer/innen unsere Beratungsstelle kennen lernen und deren Angebote in ihrer Community publik machen. Die Seminare waren sowohl im IBZ als auch in der AIDS-Hilfe in der Regel gut besucht.

Als ideale Gruppengröße hat sich Teilnehmerzahl zwischen 10 und 18 Personen erwiesen. Die Pausen wurden flexibel gestaltet (durchschnittlich zwei 10-minütige Pausen). Am Ende eines jeden Moduls erhielten die Teilnehmer/innen eine Teilnahmebescheinigung.

## METHODEN

Unsere Auswahl der Methoden und Materialien erfolgte nach folgenden Gesichtspunkten:

- Sie sollten plastisch und anschaulich sein, sodass auch ohne große sprachliche Erklärungen Assoziationen und Neugier geweckt werden.
- Sie sollten der Vielschichtigkeit des Themas angemessen sein.
- Sie sollten zur gemeinsamen Diskussion anregen, in der sowohl Informationen als auch Einstellungen und Erfahrungen der Teilnehmer/innen genügend Raum finden.
- Sie sollten den Austausch zwischen den Kulturen und das gegenseitige Verstehen fördern und nicht von vornherein einen „Kulturschock“ provozieren.
- Sie sollten eine ernsthafte Beschäftigung mit den Themen ermöglichen, aber auch Gelegenheit bieten, sich mit Spaß und Humor komplexen Fragen zu nähern.

Zum Glück mussten wir das Rad nicht neu erfinden, sondern konnten auf Erfahrungen zurückgreifen, die wir im Laufe der Jahre insbesondere in der Aids-Prävention gewonnen haben. Wir entschieden uns, folgende Methoden, die wir häufig im Rahmen der Aids-Aufklärung und Sexualpädagogik für Jugendliche verwenden, auf ihre Tauglichkeit für die geplante Seminarreihe zu überprüfen:

## „Grabbelsack“

In einem Beutel befinden sich verschiedene Gegenstände, die mit dem Thema HIV/Aids zu tun haben. Manchmal ist der Bezug eindeutig, manchmal eher assoziativ zu erschließen. Die Teilnehmer/innen werden gebeten, nacheinander „blind“ einen Gegenstand aus dem Grabbelsack zu fischen, zu erklären, um welchen Gegenstand es sich handelt, und zu erläutern, was er mit HIV/Aids zu tun hat. Anschließend vervollständigen die anderen Teilnehmer/innen und die Seminarleitung das Ausgeführte und diskutieren offene Fragen. Danach geht es weiter in der Runde, bis alle Teilnehmer/innen mindestens einmal in den Grabbelsack gegriffen haben oder bis alle Gegenstände ans Tageslicht befördert wurden. Die Auswahl der Gegenstände ermöglicht es, inhaltliche Schwerpunkte zu setzen. So haben wir z. B. im zweiten Durchlauf Gegenstände u.a. aus der traditionellen afrikanischen Medizin hinzugefügt.

Im Folgenden holen wir beispielhaft einige Gegenstände aus dem Grabbelsack und stellen damit verbundene mögliche Fragen und Assoziationen kurz vor:

### *Mundschutz*

- für Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Besucher/innen, um Patient(inn)en mit schwacher Immunabwehr vor Krankheitserregern zu schützen
- HIV kann nicht über Luft übertragen werden / Hysterie, Aids-Phobie

### *Blutprobenröhrchen*

- „HIV-Antikörpertest“ – nicht „Aids-Test“
- HIV-Antikörpertest im Gesundheitsamt: ab 18 Jahre, kostenlos, anonym, Beratung, eigene Entscheidung
- diagnostisches Fenster

### *Zahnbürste*

- Viruskonzentration im Speichel
- Zahnfleischbluten, Mundschleimhaut
- Risikoeinschätzung

### *Pflaster*

- offene Wunden
- getrocknetes Blut = Virus „tot“ / Wundschorf = Schutz

### *Medikamente*

- Heilung? Impfung?
- antiretrovirale Medikamente = hemmen Virus, sich in den Wirtszellen zu vermehren
- verschiedene Medikamente in Kombination – viele Pillen, Nebenwirkungen, strenges Einnahmeregime, Resistenzbildung
- teuer / Aids-Epidemie z. B. in Afrika oder USA auch ein finanzielles Problem
- Lebensverlängerung / Verbesserung der Lebensqualität

### *Holz dildo/Kondom*

- Wie wendet man das Kondom an?
- Kondom-Gebrauchsanweisung, Gleitmittel, Kauf, Fun-Kondome, Mythen über Kondome, „Wenn es soweit ist: wer macht’s drauf?“

### *Oral Dam oder Dental Dam*

- Latex-Vorlage („Lecktuch“) zum Safer Sex bei Cunnilingus/Lecken der Scheide
- fettfreies Gleitgel auf Klitoris und Schamlippen
- Virus in Scheidenflüssigkeit / Menstruationsblut
- Safer Sex für Heteros und Lesben / Infektionsrisiko für Lesben?
- erhältlich in manchen Apotheken, AIDS-Hilfen; Alternative: aufgeschnittenes Kondom

### *Femidom (Kondom für die Frau)*

- Wie wird das Femidom angewendet (vergleiche Diaphragma)?
- Vorteile: Frau hat die Anwendung selbst in der Hand, Schutzmöglichkeit für Prostituierte bei Kondom-unwilligen Kunden usw.
- Nachteile: keine TÜV-Zulassung in Deutschland wegen Schweißnähten, teuer, wie Kondom nur einmal verwendbar

### *Cruising Pack (für schwule Männer)*

- Warum extra starkes Kondom für Analverkehr?
- Gleitmittel fettfrei und wasserlöslich
- „Cruising“ = „Umherstreifen“, Synonym für anonymen Sex ohne Beziehungsabsicht (Parks, Klappen, Saunen)
- Hauptbetroffenengruppe schwule Männer

### *Coming-out-Broschüre für schwule & lesbische Jugendliche*

- Infektionsrisiko von jungen Schwulen/Lesben?
- Vorurteile / Ausgrenzung / kulturelle Unterschiede

### *Postkarte schwangere Frau / alternativ: Schnuller*

- Risiko Mutter-Kind-Übertragung (Geburt, Stillen)
- geplanter Kaiserschnitt, HIV-Medikamente im letzten Schwangerschaftsdrittel / während der Geburt / für das Neugeborene
- „Rabemütter – Rabenväter“?
- Unterschiede Europa – Afrika

### *Red Ribbon und „Aids-Teddy“*

- Solidarität
- Welt-Aids-Tag / Daten und Fakten weltweit
- Spenden sammeln / Aids heute noch ein Thema?

### *Daumenkino (ein Penis richtet sich auf, und ein Kondom rollt sich über)*

- Kondomwerbung = Kondombenutzung?
- Verhaltensänderung, Eigenverantwortlichkeit / intime, partnerschaftliche Kommunikation möglich?
- massenmediale Aufklärung sinnvoll?

### *Polamidon/Methadon-Flasche*

- Heroin-Ersatzstoff: „warmer“ Entzug, kein Kick, mildert körperliche Entzugssymptome
- abhängig machendes, verschreibungspflichtiges Medikament
- Entkriminalisierung durch Aufhebung des Beschaffungsdrucks, „normales“ Leben?

### *Spritzbesteck (für intravenös Drogen gebrauchende Menschen)*

- gemeinsames Benutzen von Spritzbesteck: hohes Infektionsrisiko
- Spritzenautomat auch nachts sowie Sonn-/Feiertags
- „Förderung von Drogenkonsum“?

### *Pflegeset (für intravenös Drogen gebrauchende Menschen)*

- „sauberer“ Schuss
- in Spritzenautomaten
- Förderung von Gesundheitsbewusstsein auch bei Junkies / Drogeninjektion unter unhygienischen Bedingungen
- NaCl = Kochsalzlösung, zum Aufkochen von Heroin
- Alkoholtupfer, zum Desinfizieren der Einstichstelle
- Ascorbinsäure (= Vitamin C), um Heroin aufzulösen
- Venensalbe, um Verhärtung der Venen vorbeugen

### *Strapshalter*

- Macht Männer an? Macht Frauen schön? Killt Aids die Lust?
- Erotik – paradoxe Situation: einerseits Wunsch nach Intimität/Verschmelzung, andererseits „Ansteckungsgefahr“ durch Partner/in; schwierige Kommunikation Prostitution: angeblich „viele Prostituierte infiziert“ / Beschaffungsprostitution
- Freier / Verantwortung / Macht

### *Holzfigur „drei Affen“*

- nichts hören, nichts sehen, nichts sagen
- Tabuisierung / Ignoranz
- Ursprung des Virus (durch Affen übertragbar?)

### *Bibel / Kreuz*

- religiöse Vorstellungen und Werte
- Spiritualität und Mystik

### *Kalebasse mit Kräutern*

- traditionelle afrikanische Medizin, Naturheilkunde, westliche Medizin

### *Muscheln*

- traditionelle afrikanische Medizin (dienen Medizinmännern/Heiler[inne]n zur Vorhersage von Erkrankungen und Krankheitsverlauf)
- Spiritualität und Mystik

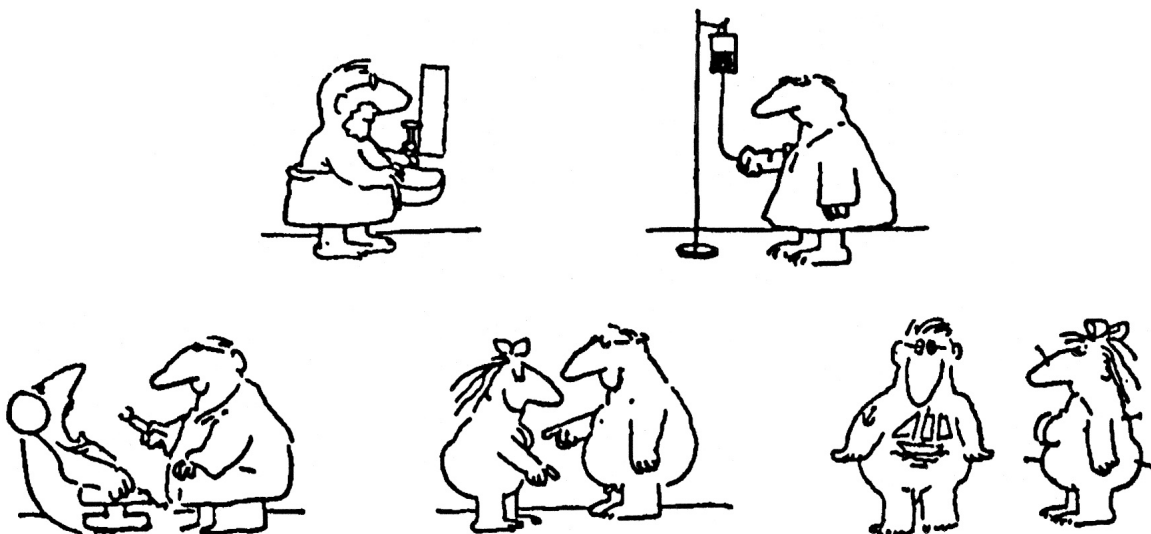
Der Einsatz des Grabbelsacks hat sich in beiden Durchgängen bewährt. Die zahlreich präsentierten Gegenstände regten die Fantasie der Teilnehmer/innen an und führten zu lebhaften Diskussionen. Ein Vorteil der Methode ist, dass neben Sachinformationen vor allem Einstellungen und Bewertungen zur Sprache kommen können. Kontroverse Diskussionen entzündeten sich z. B. am Thema Ursprungstheorien zu HIV (siehe S. 23) oder Homosexualität (siehe S. 22).

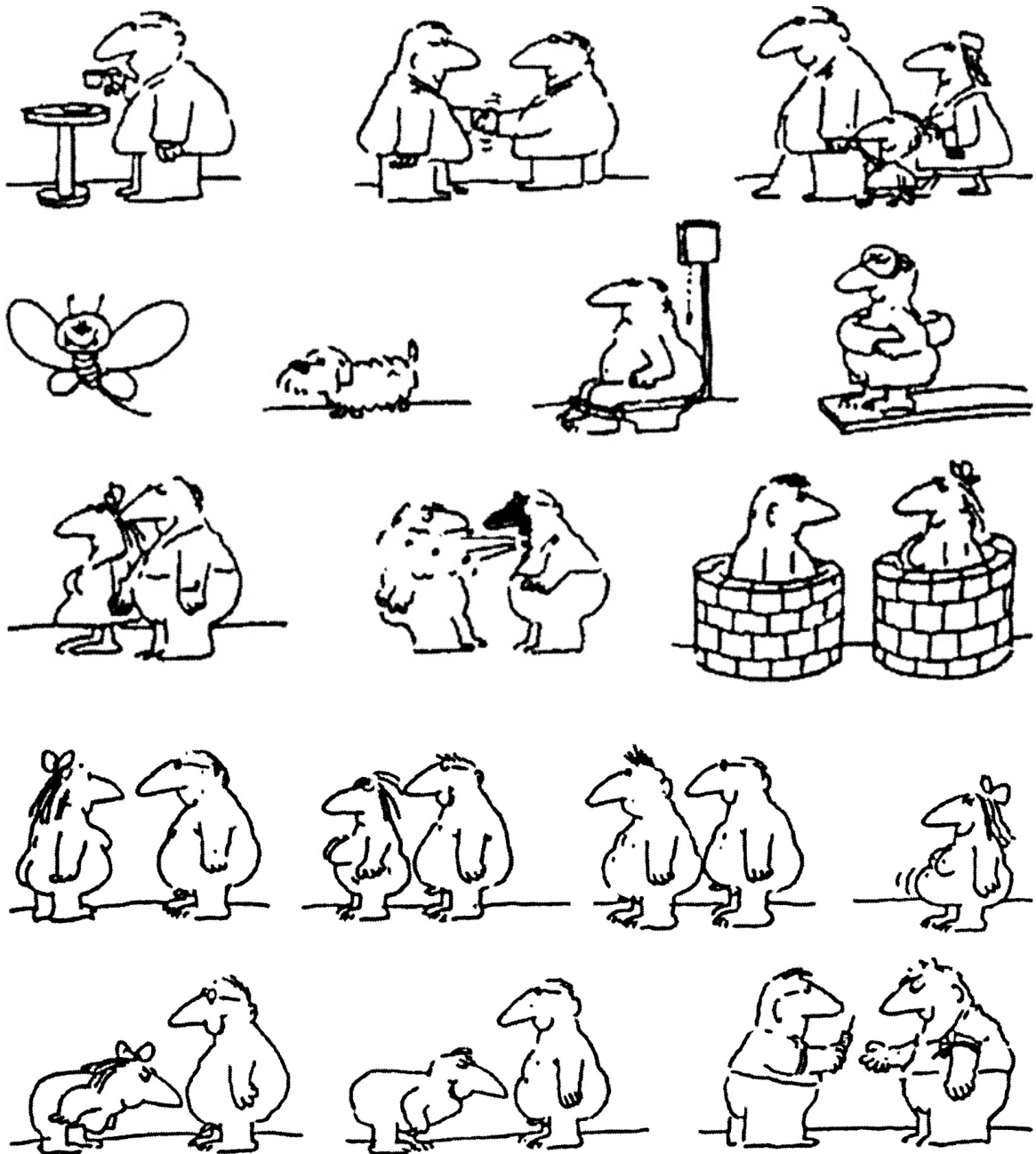
Kulturelle Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung traten oft hervor, und das bot Gelegenheit, sie auch zu benennen, zu erklären und oftmals sogar zu verstehen. Um die Auseinandersetzung zwischen den Kulturen zu vertiefen, haben wir nach dem ersten Durchgang neue Gegenstände hinzugefügt, die in der traditionellen afrikanischen Medizin eine Rolle spielen oder spirituelle Fragen aufwerfen.

## **Schweitzer Bildchen / Nasenmännchen**

Die Schweitzer Bildchen eignen sich gut zur Auseinandersetzung mit dem Thema „Ansteckungswege und Risikomanagement“.

Die Teilnehmer/innen erhalten Kärtchen, auf denen typische Risikosituationen abgebildet sind. Sie werden gebeten, die Risikosituationen zu benennen und zu bewerten, indem sie ihre Kärtchen den Rubriken „hohes Risiko“, „geringes Risiko“ oder „kein Risiko“ zuordnen und ihre Entscheidung begründen. Anschließend erhalten die anderen Teilnehmer/innen und die Seminarleitung Gelegenheit, sich dazu zu äußern. Wenn eine Karte besprochen ist, geht man zur nächsten über.





(Die Kärtchen zu Krankenpflege, Prostitution, Cunnilingus und Küssen sind hier nicht abgebildet.)

Die Abbildungen wirken vielleicht etwas brav und hausbacken, es zeigte sich aber, dass gerade diese Art der Darstellung die Auseinandersetzung mit sexuellen Risikosituationen erleichtert hat. Besonders die afrikanischen Teilnehmer/innen kostete es nämlich einige Überwindung, in der Gruppe über Oral- oder Analverkehr zu sprechen. Andererseits wurde gerade bei dieser spielerischen Methode viel gelacht und gescherzt.

Bei der Planung wurde befürchtet, es könnte problematisch sein, dass die Figuren weiß sind, weil dies möglicherweise eine Identifikation erschwere. Dem war allerdings nicht so. Deutlich wurde jedoch, wie viel Unsicherheit bei der Risikoeinschätzung immer noch herrscht, sodass es sich lohnt, dieses Thema inklusive Risikomanagement ausführlich zu behandeln.

## Diskussion mit HIV-positiven Afrikaner(inne)n

Um die beiden großen Themen „Leben mit HIV und Aids“ und „soziale Ausgrenzung von Betroffenen“ möglichst lebendig und wirklichkeitsnah bearbeiten zu können, haben wir im ersten Durchlauf eine HIV-positive Afrikanerin aus Berlin als Gesprächspartnerin eingeladen. Zur Strukturierung der offenen Diskussion hatte die Seminarleitung Leitfragen formuliert, welche unser Gast mit großer Offenheit beantwortete.

Die afrikanischen Teilnehmer/innen reagierten sehr unterschiedlich auf die HIV-positive Frau. Einige bezweifelten, dass die Frau überhaupt HIV-positiv ist, weil sie putzmunter und wohlgenährt in unserer Runde saß. Diese Teilnehmer/innen assoziieren mit Aids Auszehrung und körperlichen Verfall. Manche hatten sichtlich mit eigenen Vorurteilen und Abwehrreaktionen zu kämpfen, während andere sehr einfühlsam und mitfühlend waren und die Frau zum Abschied herzlich umarmten. Alle jedoch bewunderten den Mut dieser Frau, und es entwickelte sich eine sehr lebhaft und engagierte Diskussion. Auch die deutschen Teilnehmer/innen profitierten von den differenziert und anschaulich präsentierten Erfahrungen, die diese Frau mit ihrer HIV-Infektion in ihrer Familie in Afrika, in ihrer Community in Deutschland und mit Deutschen gemacht hat.

Für den zweiten Probelauf haben wir uns entschieden, auch einen HIV-positiven Afrikaner einzuladen. Im ersten Durchgang kreiste die Diskussion nämlich lange Zeit um geschlechtsspezifisches Rollenverhalten und Schuld. Die Meinung, der Mann sei stets Täter und die Frau immer Opfer, dominierte. Uns schien es deshalb wichtig, im zweiten Probelauf sowohl die weibliche als auch die männliche Perspektive zur Diskussion zu stellen. Tatsächlich war die Diskussion dann differenzierter.

## Quiz / Fragebogen

Die Seminarleitung hatte zu den wichtigsten Themen eines jeden Moduls einen Fragebogen erstellt, den die Teilnehmer/innen zu Beginn des Moduls ausfüllen sollten. Ein Vorteil dieser Methode ist, dass sich jede/r zu den Fragen eigene Gedanken machen kann und in der anschließenden Diskussion eigene Kenntnisse und Einstellungen einbringen und überprüfen kann. Es empfiehlt sich, höchstens fünf Fragen zu zentralen Themen zu stellen. Außerdem sollte die Diskussion kurz gehalten werden, weil sonst die Gefahr besteht, dass Auseinandersetzungen vorweggenommen werden, die man mit anderen Methoden differenzierter führen kann.

Wider Erwarten hat es kaum sprachliche Probleme gegeben. Die Grundsprache in der Seminarreihe war Deutsch. In vielen Situationen, besonders bei komplizierten Sachverhalten, wurde französisch gesprochen, manchmal auch englisch. Das erforderte von allen Teilnehmer(inne)n Geduld. Den Verlauf und die Atmosphäre der Fortbildung hat das Sprachenwirrwarr erstaunlicherweise kaum gestört.

### Fragebogen 1. Modul: Heutiger Wissensstand

1. Was ist Aids?
2. Wo kommt das Virus HIV her?
3. Was bedeutet für Sie „Risikoverhalten“?
4. Wie kann HIV übertragen werden?
5. An welchen Symptomen erkennen Sie, dass jemand mit HIV infiziert ist?
6. Wenn jemand auf HIV getestet wird und der Test positiv ausfällt:
  - Hat sie/er Aids?
  - In wie viel Jahren wird sie/er sterben?
  - Kann sie/er andere Personen anstecken?

### Fragebogen 2. Modul: Kultur und Tabu

1. Ist es in Ihrer Kultur akzeptiert, wenn ein Mann sexuelle Kontakte mit verschiedenen Partnerinnen hat?
2. Ist es in Ihrer Kultur akzeptiert, wenn eine Frau sexuelle Kontakte mit verschiedenen Partnern hat?
3. Wie wird in Ihrer Kultur über Sexualität geredet?
4. Wie wichtig ist Petting beim Sex?
5. Ist Homosexualität in Ihrer Kultur akzeptiert?
6. Welche Drogen sind in Ihrer Kultur erlaubt?
7. Welche Heilverfahren für Krankheiten gibt es in Ihrer Kultur neben der westlichen Schulmedizin?

### Fragebogen 3. Modul: Leben mit HIV und Aids

1. Welche Reaktionen gibt es in Ihrem Herkunftsland gegenüber Menschen mit HIV und Aids ?
2. Wie würde Ihre Familie / Ihr Freundeskreis reagieren, wenn Sie an Aids erkrankten?
3. Sind Menschen mit HIV und Aids selbst Schuld an ihrer Situation?
4. Werden HIV-positive Frauen stärker diskriminiert als HIV-positive Männer?
5. Wenn Sie HIV-positiv wären: Welchen Personen würden Sie Ihre HIV-Infektion mitteilen?
6. Glauben Sie, dass HIV-positive Migrant(inn)en in Deutschland stärker diskriminiert sind als HIV-positive Deutsche?

### Traditionelle afrikanische Medizin / naturwissenschaftliche Medizin

In zahlreichen Diskussionen spielte die Auseinandersetzung mit der westlichen (naturwissenschaftlichen) Medizin und der traditionellen afrikanischen Medizin eine wichtige Rolle. Die meisten afrikanischen Teilnehmer/innen fühlen sich beiden Systemen verbunden, die meisten deutschen indes nur der naturwissenschaftlichen Medizin, auch wenn sie dieser gelegentlich kritisch begegnen und für alternative Heilverfahren aufgeschlossen sind.

Dr. Solange Nzimegne-Gölz beschreibt in der Broschüre „HIV und Aids – Umgang mit Patienten aus Schwarzafrika“ (siehe Literaturliste) sehr eindrucksvoll die westlichen und afrikanischen Konstruktionen von Wirklichkeit und deren Auswirkungen auf das Verständnis von Gesundheit und Krankheit. In der westlichen Medizin werde der Mensch als ein isoliertes Individuum gesehen, und „Krankheit ist eine Folge von endogenen und exogenen Schädigungen, die auf Körper und Seele einwirken und Funktionszusammenhänge stören. Die krankmachenden Ursachen sind prinzipiell mit naturwissenschaftlichen Methoden aufzuklären und zu beschreiben. Die Therapie findet in einem naturwissenschaftlichen Rahmen von Ursache und Wirkung statt. [...] Die therapeutischen Eingriffe sind gestützt auf den Nachweis ihrer Wirksamkeit in wissenschaftlichen Studien und haben überindividuelle Geltung.“ Die traditionelle afrikanische Medizin stütze sich dagegen „auf naturreligiöse Vorstellungen, dass der einzelne Mensch unlösbar in einen kosmologischen Zusammenhang eingebettet ist. [...] In dieser anthropologischen Deutung ist Krankheit eine Minderung der Lebenskraft. Sie resultiert aus gestörten Beziehungen zu den kosmischen Mächten und den Menschen seiner Umgebung.“

Die traditionelle afrikanische Medizin sieht die Ursache von Krankheit in Handlungen und Gedanken, die gegen Regeln verstoßen, z.B. gegen ein Tabu, gegen die Forderungen der Ahnen oder gegen Stammesregeln. In der Therapie soll mit Hilfe von Magie und Ritualen die gestörte soziale Balance wiederhergestellt werden. So werden Ahnen, Geister und Götter etwa durch Opfer und Gebete besänftigt. In dieser Vorstellungswelt gibt es weder durch Viren übertragbare noch unheilbare Krankheiten.

Da die afrikanischen Teilnehmer/innen sowohl die westliche Medizin als auch die traditionelle Heilkunst verinnerlicht haben, kam es beim ersten Durchlauf immer wieder zu Missverständnissen. Wir entschlossen uns daher, diesem Thema im zweiten Durchlauf einen höheren Stellenwert beizumessen und eine andere Herangehensweise zu wählen. Zum Beispiel ergänzten wir den „Grabbelsack“ um einige weitere Gegenstände, wie etwa Muscheln (sie symbolisieren die Prophezeiung von Krankheiten und deren Verlauf) und eine Kalebasse mit Kräutern (sie symbolisiert die Therapie in der traditionellen Medizin).

Die deutschen Teilnehmer/innen wussten in der Regel sehr wenig über traditionelle afrikanische Medizin, erhielten in der Fortbildung jedoch einen differenzierten Einblick in diese für sie fremde Welt. In der Beratung von Afrikaner(inne)n ist es wichtig, kulturelle Hintergründe zu kennen und gegebenenfalls in das Gespräch einzubeziehen. Das Gleiche gilt für die Primärprävention: Jemandem, der Krankheit z.B. als eine von den Ahnen verhängte Strafe aufgrund einer Tabuverletzung begreift, erscheint es wenig plausibel, sich mit einem Kondom vor Ansteckung zu schützen. Die Erfahrungswelt der subsaharischen Afrikaner/innen muss deshalb in Präventionsangeboten für diese Zielgruppe entsprechend berücksichtigt werden.

## Religion / Spiritualität

Mehr als  $\frac{3}{4}$  der Afrikaner/innen gehören einer monotheistischen Religion an (Islam oder Christentum). Im Alltagsleben gelten meist jedoch zugleich die Grundüberzeugungen der Naturreligionen aus vorislamischer und vorchristlicher Zeit. Dazu gehört für viele der Glaube an die spirituelle Heilung, an die schützende Kraft der Ahnen und ihre Macht, bei Fehlverhalten zu strafen.

Dr. Solange Nzimegne-Gözl legt dar, dass sich afrikanische Rituale in drei Hauptelemente gliedern: Trennung der Person von ihrer gewohnten Umgebung, Wiedergutmachung in sozialem und moralischem Sinne und Reintegration in die Gesellschaft. Solche Riten ermöglichen es den Menschen, in Einklang mit den etablierten Normen ihrer Tradition zu leben. Sie formen das Bewusstsein, die moralischen Werte und das Sozialverhalten. Wo es Riten gibt, muss es auch Opfer geben, vor allem Tieropfer, um die Götter zu besänftigen. Krankheit, Unfruchtbarkeit, Zwillingsgeburten, Beilegung von Streitigkeiten und viele andere problematische Lebenssituationen sind Gründe, ein Opfer zu bringen. Viele Opferriten werden vollzogen, um Unheil vorzubeugen, insbesondere bei moralischen oder spirituellen Krisen.

Aber nicht nur Naturreligionen, sondern auch Christentum und Islam prägten die Diskussion in unserer Fortbildung. Manche ethnischen Gruppen sehen in Krankheit eine Strafe Gottes. Dies gilt ganz besonders für Aids und hat Auswirkungen auf die Aids-Prävention, die medizinische Versorgung und den sozialen Umgang mit den Betroffenen. Wenn Menschen glauben, dass Gott Krankheiten schickt, erscheint ihnen das eigene Risikoverhalten wenig bedeutsam. Und wo Gott auch für die Heilung zuständig ist, wendet man eher religiöse Rituale an, um eine Heilung zu erreichen, statt ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen (die in vielen Regionen Afrikas ohnehin kaum verfügbar ist). Die folgenden Zitate von afrikanischen Teilnehmer(inne)n belegen den starken Einfluss der christlichen Religionen beim Thema HIV/Aids:

- „Aids ist eine von Gott gesandte Katastrophe, wie sie schon in der Heiligen Schrift prophezeit wird.“
- „Aids ist eine Strafe, weil viele Menschen andere sexuelle Neigungen haben, genauso wie in der Geschichte von „Sodom und Gomorrha.“
- „Nur der Glaube und die Treue können vor Aids schützen, dafür braucht man keine Kondome.“

Obwohl diese Argumente keineswegs typisch afrikanisch sind – wir kennen sie aus zahlreichen Debatten mit deutschem Publikum –, fiel doch auf, dass sie von den afrikanischen Teilnehmer(inne)n häufiger und selbstverständlicher ins Feld geführt wurden als von den anderen.

## Sexualität / Rollenverhalten / Familie

Vielen afrikanischen Teilnehmer(inne)n fiel es schwer, in der Gruppe über Sexpraktiken zu reden. Es war ihnen peinlich, Begriffe wie Oral- oder Analverkehr zu verwenden. Trotzdem zeigten sie sich sexuellen Themen gegenüber aufgeschlossen und interessiert. So entwickelte sich im Laufe der Diskussion eine gemeinsame „Sprache“ zur Sexualität. Die Gespräche wurden lebhafter und teilweise sehr amüsant, etwa beim Thema sexuelle Mythen. Die Afrikaner/innen berichteten, dass Sexualität in Afrika – besonders in den ländlichen Regionen – noch weitgehend tabuisiert ist. Die meisten Kinder werden weder in der Schule noch von ihren Eltern über Sexualität und sexuell übertragbare Krankheiten aufgeklärt. Ein entsprechend geringes Wissen und eine große Scham, über dieses Thema zu sprechen, sind die Folge.

Bei der Auswahl der Methoden und der Präsentation der Inhalte haben wir die unterschiedlichen Schamgrenzen berücksichtigt. In erster Linie wollten wir das Interesse für die Beschäftigung mit dem Thema wecken und Lernprozesse unterstützen.

Während in den westlichen Industrienationen die Familie immer mehr an Bedeutung verliert und die Individualisierung fortschreitet, ist in Afrika der Einfluss der traditionellen Familie auf das Leben ihrer Mitglieder oft ungebrochen. Die „klassischen“ Geschlechterrollen und die daran geknüpften Erwartungen werden – besonders in ländlichen Gebieten – selten in Frage gestellt. In der traditionellen afrikanischen Familie ist der Mann der allein Bestimmende. In vielen Ländern ist die Polygamie erlaubt und üblich. Auch verheiratete Männer nehmen sich ganz selbstverständlich weitere Frauen, und die Ehefrau hat keine Möglichkeit, dagegen vorzugehen.

Patriarchalisch geprägtes Denken zeigte sich z. B., als die HIV-positive Afrikanerin das polygame Verhalten ihres Mannes schilderte, das zu ihrer HIV-Infektion geführt habe. Ein afrikanischer Teilnehmer reagierte darauf mit der Frage, woher sie denn wisse, dass ihr Mann HIV-infiziert sei. Er vermutete nämlich, dass sie sich beim Sex mit anderen Männern infiziert hat. Ihm passte es offensichtlich nicht, dass ihre HIV-Infektion auf das polygame Verhalten ihres Ehemannes zurückgeführt wurde. Er suchte die Ursache lieber in einem vermuteten Fehlverhalten der Frau.

Teilnehmerinnen berichteten, dass Mütter ihren Töchtern vor der Ehe raten, ihrem Ehemann gegenüber stets gehorsam zu sein. Die Frau gilt als das Vorbild für die ganze Familie. Ein Mann kann mehrere Frauen haben, aber eine Frau nicht mehrere Männer. Über Sex außerhalb der Ehe wird nicht gesprochen. Die Benutzung von Kondomen ist in der Ehe unüblich. Die afrikanische Frau hat also kaum Möglichkeiten, sich gegen eine Ansteckung wirksam zu schützen.

Die afrikanischen Teilnehmer/innen fühlten sich zwar ihren Traditionen verbunden, zeigten sich aber gegenüber dem europäischen Diskurs zur Sexualität aufgeschlossen, was die Diskussion belebte. Kondome erfreuten sich z. B. hoher Akzeptanz und wurden – ebenso wie das nur zu Demonstrationszwecken mitgebrachte Femidom – am Seminarende gerne mitgenommen.

Außerdem zeigten viele großes Interesse, Methoden der Informationsvermittlung kennen zu lernen, um sie gegebenenfalls in ihren Herkunftsländern in der Aids-Aufklärung einsetzen zu können.

## **Homosexualität**

Leidenschaftliche Diskussionen entzündeten sich beim Thema Homosexualität. Bei vielen afrikanischen Teilnehmer(inne)n stießen lesbische und schwule Lebensweisen auf Befremden, Abwehr oder Ablehnung. Einige brachten extrem ablehnende Positionen zum Ausdruck: Homosexualität sei eine Schande, eine Krankheit oder eine Folgeerscheinung westlicher Dekadenz. In Afrika gebe es keine Homosexuellen. „Wenn ich erfahre, dass mein Sohn oder meine Tochter homosexuell ist, bringe ich sie/ihn um“, erklärte der Vater einer kamerunischen Studentin, der zu Besuch in Bielefeld war.

Bei diesem Thema prallten die unterschiedlichen Kulturen recht unvermittelt aufeinander. Diskriminierung und Homophobie sind zwar auch in Deutschland keineswegs unbekannt, in den letzten Jahren sind Toleranz und Akzeptanz gegenüber homosexuellen Männern und Frauen

jedoch deutlich gewachsen. Die Akzeptanz lesbischer und schwuler Lebensformen gehört hierzulande zum professionellen Selbstverständnis vieler Berater/innen. Daher kann es in der Diskussion recht schnell zu einer Polarisierung und Zuspitzung kommen. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, für das Thema Homosexualität genügend Zeit einzuplanen und Methoden einzusetzen, die das Interesse an Informationen und Standpunkten fördern. Bewährt hat sich die offene Diskussion mit Lesben und Schwulen.

### **Ausgrenzung von Menschen mit HIV und Aids**

Wie bereits erwähnt, war die Auseinandersetzung zum Thema Ausgrenzung von Menschen mit HIV/Aids sehr kontrovers. Einige Afrikaner/innen zeigten eine sehr ablehnende Haltung gegenüber HIV-Positiven. So äußerte ein Mann aus der Elfenbeinküste: „Es wäre eine gute Lösung, alle Infizierten aus dem Verkehr zu ziehen, weil sie die Gesundheit anderer Menschen gefährden.“ Außerdem berichteten viele über Diskriminierung von Menschen mit HIV/Aids in ihren Herkunftsländern. Eine Teilnehmerin sagte: „Aids ist ein Tabu, eine Schande, welche die gesamte Familie trifft und den Ruf des Gemeindemitglieds zerstört.“

Die beiden afrikanischen Kollegen wurden z.B. bei der Teilnehmergebung besorgt gefragt, ob sie denn keine Angst hätten, sich zu infizieren, wenn sie bei der Aids-Hilfe arbeiten. Außerdem wurden sie mit diskriminierenden Äußerungen konfrontiert wie etwa: „Die Betroffenen sind doch meist selbst schuld und außerdem schmutzig.“

Andererseits berichteten viele afrikanische Teilnehmer/innen von guten Hilfsangeboten für Menschen mit HIV/Aids und engagierten freiwilligen Helfer(inne)n in ihren Herkunftsländern. Auch im Seminar zeigten viele tiefes Mitgefühl und große Anteilnahme im Gespräch mit den HIV-positiven afrikanischen Gästen. Gerade das Gespräch mit diesen Betroffenen hat eine differenzierte Auseinandersetzung gefördert.

Die deutschen Teilnehmer/innen fühlten sich bei vielen kontroversen Themen (z. B. Ausgrenzung Betroffener, Krankheit als Strafe für Fehlverhalten, Diskriminierung schwuler Männer) an die hitzigen Debatten in Deutschland Mitte bis Ende der 80er Jahre erinnert, als öffentlich gefordert wurde, HIV-Positive zu tätowieren oder „Uneinsichtige“ auf Helgoland zu internieren. Auch wurde die Frage aufgeworfen, ob die Mehrheit der deutschen Bevölkerung diese Menschen tatsächlich akzeptiert oder ihnen einfach nur gleichgültig gegenüberstehe. Eine weitere Frage war, ob Toleranz oder Gleichgültigkeit auch dann noch Bestand hätten, wenn es in Deutschland ähnlich hohe Infektionsraten gäbe wie in manchen afrikanischen Staaten und Krankheit, Sterben und Tod infolge von Aids im persönlichen Umfeld eher die Regel als eine Ausnahme wäre.

### **Ursprungstheorien zu HIV**

Tiefes Misstrauen der Afrikaner/innen gegenüber „den Weißen“ offenbarte sich in der Auseinandersetzung mit der Entstehungsgeschichte von Aids. Theorien, die den Ursprung der Krankheit in Afrika ansiedeln, haben viele als gezielte Diffamierung, als ein Instrument der Unterdrückung und als Fortsetzung von Sklaverei und Kolonialismus mit anderen Mitteln bewertet. Einige teilten die Auffassung, bestimmte Ursprungstheorien seien eine Verschwörung

gegen das afrikanische Volk. Zwei Teilnehmer berichteten, dass in ihren Herkunftsländern die Behauptung kursiere, Kondome aus Europa und den USA seien mit HIV präpariert, damit sich Afrikaner/innen infizieren, wenn sie Kondome benutzen. Unterstützung fanden ebenso Theorien, wonach das Virus aus US-amerikanischen Genlaboren stamme. Ein Teilnehmer fragte: „Seid ihr sicher, dass es Aids überhaupt gibt?“ und berichtet, dass in Kamerun SIDA (Aids auf französisch) mit „Syndrome Invente pour Decourager les Amoureux (= erfundenes Syndrom zur Entmutigung der Liebenden) übersetzt wird.

Die Auseinandersetzung wurde sehr emotional geführt, mit geradezu missionarischem Eifer. Irgendwann fragte ein afrikanischer Teilnehmer gar, warum die anwesenden Afrikaner/innen überhaupt mit „den Weißen“ über Aids redeten, sich vor ihnen eine Blöße gäben. An dieser Stelle zeigte sich der Zwiespalt, in dem sich viele Afrikaner/innen befinden. Einerseits sind sie interessiert und aufgeschlossen gegenüber westlichen Präventionsansätzen, Beratungskonzepten und Versorgungsmodellen. Sie möchten sie kennen lernen und gegebenenfalls in ihrer Community oder in ihren Herkunftsländern ähnliche Projekte organisieren. Andererseits befürchten sie, dass ihr kulturelles Erbe und die tatsächlichen Lebensbedingungen in Afrika von „den Weißen“ (wieder einmal) bewusst ausgeblendet werden.

## EVALUATION DER SEMINARREIHE

### Fragebogen

Am Ende eines jeden Moduls händigten wir den Teilnehmer(inne)n einen Fragebogen aus mit der Bitte, ihn auszufüllen. Auf diese Weise erhielten wir ein gezieltes Feedback. In den folgenden Tabellen sind pro Modul die Daten der beiden Durchläufe addiert worden, da sich keine relevanten Abweichungen in der Einzelbewertung feststellen ließen. Das vierte Modul des ersten Erprobungslaufs haben wir aufgrund der geringen Teilnehmerzahl nicht ausgewertet.

#### Fragebogen zum 1. Modul

Fragen	ja	nein	keine Angaben
Haben Sie wichtige Informationen bekommen?	30	0	0
Haben Sie neue Informationen kennen gelernt?	23	7	0
Wurden Ihnen die Informationen gut vermittelt?	29	1	0
Sind Sie in der Lage, Ihr Wissen an andere weiterzugeben?	27	3	0
Haben Ihnen wichtige Themen gefehlt?	10	19	1
Haben Sie neue Sichtweisen und Meinungen kennen gelernt?	28	2	0
Sind Sie mit der Moderation zufrieden?	27	0	3

### Fragebogen zum 2. Modul

<b>Fragen</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>keine Angaben</b>
Haben Sie wichtige Informationen bekommen?	27	0	0
Haben Sie neue Informationen kennen gelernt?	22	3	2
Wurden Ihnen die Informationen gut vermittelt?	26	1	0
Sind Sie in der Lage, Ihr Wissen an andere weiterzugeben?	25	2	0
Haben Ihnen wichtige Themen gefehlt?	7	19	1
Haben Sie neue Sichtweisen und Meinungen kennen gelernt?	26	1	0
Sind Sie mit der Moderation zufrieden?	25	2	0

### Fragebogen zum 3. Modul

<b>Fragen</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>keine Angaben</b>
Haben Sie wichtige Informationen bekommen?	31	4	0
Haben Sie neue Informationen kennen gelernt?	22	11	2
Wurden Ihnen die Informationen gut vermittelt?	30	2	3
Sind Sie in der Lage, Ihr Wissen an andere weiterzugeben?	24	9	2
Haben Ihnen wichtige Themen gefehlt?	6	29	0
Haben Sie neue Sichtweisen und Meinungen kennen gelernt?	30	4	1
Sind Sie mit der Moderation zufrieden?	27	5	3

### Eindrücke von Teilnehmerinnen

#### **Astrid Schweppe, Aids-Beraterin im Gesundheitsamt Bielefeld (Teilnehmerin und Kooperationspartnerin):**

Ich habe am ersten Durchgang der Fortbildung teilgenommen und dabei interessante Eindrücke erhalten und neue Dinge dazugelernt. Da ich selber häufig Präventionsveranstaltungen und Multiplikatorenschulungen durchführe, ist mir besonders die so ganz andere Atmosphäre in den Workshops aufgefallen. Sie war geprägt von großem Interesse an der Sicht- und Denkweise der anderen Teilnehmer/innen. Es herrschte eine gelöste und oft mit Humor gewürzte Arbeitsweise.

In den Diskussionen wurden häufig sehr ausführliche Beiträge eingebracht, wobei manchmal auf Bilder und Geschichten zurückgegriffen wurde. Auffällig stark beschäftigten sich die anwesenden Afrikaner/innen mit Ursprungstheorien zu HIV, an die deutlich eine Schuldfrage gekoppelt war. Beispielsweise wurde diskutiert, ob die Amerikaner das Virus absichtlich in Afrika verbreitet hätten oder ob HIV durch das Verspeisen von Affen auf den Menschen übertragen worden sei. Auffällig war für mich die Emotionalität, mit der dieses Thema diskutiert wurde.

Bei den Übertragungswegen wurde deutlich, dass bei den Migrant(inn)en ein starkes Tabu besteht, über bestimmte Sexualpraktiken wie z. B. Oralverkehr zu sprechen. Ein ebenfalls stark tabuisiertes Thema ist Homosexualität, was zu Aussagen führte wie: „So etwas gibt es in meinem Heimatland nicht.“ Die Afrikaner/innen machten eine Aids-Erkrankung sehr am Aussehen der betroffenen Person fest. Manchen fiel es schwer, der in einer Sitzung anwesenden HIV-positiven Frau ihre Infektion abzunehmen, weil sie so gesund aussah. Erstaunt hat mich, dass es keine Gespräche über die rechtliche Situation von Migrant(inn)en gegeben hat, was ich eigentlich erwartet hatte. Dies mag daran liegen, dass die meisten Anwesenden Student(inn)en bzw. Menschen mit geklärtem Aufenthaltsstatus waren.

In den Diskussionen schimmerte immer wieder das bei Afrikaner(inne)n und Deutschen jeweils andere Medizinverständnis durch. Bei etlichen afrikanischen Teilnehmer(inne)n, die mit der westlichen Sichtweise durchaus vertraut sind, wurde diese zunächst akzeptiert und bekräftigt. Im weiteren Gespräch kam jedoch häufig die traditionelle Sichtweise zum Tragen.

Sehr deutlich war für mich, dass das Gespräch mit den afrikanischen Teilnehmer(inne)n nur über die beiden Seminarleiter zustande kommen konnte. Diese befragten mich wiederholt als „Expertin“, und ich fühlte mich dabei auch von den Teilnehmer(inne)n akzeptiert. In den Gesprächen musste immer wieder übersetzt werden, und ich war mir manchmal nicht sicher, ob ich die Teilnehmer/innen richtig verstanden habe und umgekehrt.

#### **Dr. Ifeyinawa Uzuegbu (Teilnehmerin an mehreren Modulen):**

Bis Ende der 90er Jahre wurden in Nigeria nicht viele Kampagnen gegen Aids geführt. Auch Informationsquellen waren nicht leicht zugänglich, sodass viele Nigerianer/innen heute wenig über die HIV-Infektion wissen. Ich persönlich habe mich auch nicht sehr darum bemüht, mich gründlich zu informieren, was ich im Nachhinein als sehr gefährlich betrachte. Wie ich höre, engagiert sich die Regierung neuerdings sehr stark in Aufklärungskampagnen.

Vor diesem Hintergrund ist es verständlich, dass ich mich sehr auf die Seminarreihe gefreut habe, denn sie bot mir die Gelegenheit, von Experten aus meinem Kulturkreis wichtige Informationen über das Basiswissen hinaus zu bekommen. Das Wissen, das ich mir in der Seminarreihe angeeignet habe, wende ich nun an. Auch einige Familienmitglieder konnte ich bereits aufklären.

Die verschiedenen Themen sind anhand sehr anschaulicher Materialien verständlich gemacht worden. Die Atmosphäre empfand ich immer als angenehm, auch wenn manche Seminarteilnehmer/innen uns meiner Meinung nach manchmal unnötig aufgehalten haben. Für die nächste Fortbildung würde ich es begrüßen, wenn die beiden Seminarleiter sich besser absprächen, wer welchen Abschnitt behandelt, sodass kein Durcheinander entsteht, das die Teilnehmer/innen verwirrt. Insgesamt bin ich froh darüber, dass die AIDS-Hilfe die Seminarreihe ins Leben gerufen hat, und hoffe, dass sie fortgesetzt wird.

## KOOPERATION

Die AIDS-Hilfe Bielefeld e.V. kooperierte in diesem Projekt mit der Aids-Beratung des Bielefelder Gesundheitsamtes, dem Internationalen Begegnungszentrum (IBZ) und dem Interkulturellen Büro der Stadt Bielefeld.

Die Kollegin der Aids-Beratung im Gesundheitsamt beteiligte sich an der Durchführung und Reflexion der Seminare sowie an der Erstellung der Dokumentation. Die Zusammenarbeit verlief unkompliziert und effizient – nicht zuletzt deshalb, weil bewährte Kooperationsstrukturen bereits in anderen Arbeitsbereichen bestehen, auf die man ohne große Vorbereitung zurückgreifen konnte. Außerdem hatten beide Einrichtungen großes Interesse an der Fortbildung und deren Dokumentation. Das IBZ stellte seine Räumlichkeiten zur Verfügung und nahm die Seminarreihe in das eigene Veranstaltungsprogramm auf. Das Interkulturelle Büro beteiligte sich an inhaltlichen Diskussionen und an der Werbung.

Das Projekt profitierte von den Erfahrungen des IBZ und des Interkulturellen Büros und von deren Vernetzung mit afrikanischen Communities. Im Nachhinein zeigte sich jedoch, dass wir für den Aufbau der Kooperation und die inhaltliche Diskussion zu wenig Zeit eingeplant hatten. Bei einem großzügigeren Zeitbudget hätte der für alle Partner gewinnbringende Erfahrungs- und Wissenstransfer noch effektiver genutzt werden können.

## ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN PROJEKTERGEBNISSE

- Interkulturelles Lernen kann nur gelingen, wenn die Fortbildung nicht nur für, sondern mit Afrikaner(inne)n geplant und durchgeführt wird.
- Das Voneinander-Lernen beginnt bereits in der Planungsphase. Es ist deshalb notwendig, in diese Phase genügend Zeit zu investieren, um sich mit den z.T. sehr unterschiedlichen Arbeits- und Kommunikationsformen vertraut zu machen und die für beide Kulturen geeigneten inhaltlichen Schwerpunkte und Methoden ausloten zu können. Genügend Zeit sollte auch für die Nachbereitung der Seminare zur Verfügung stehen.
- Bei der Gewinnung afrikanischer Teilnehmer/innen zeigte sich, dass die „klassischen“ Methoden (Plakat, Info-Faltblatt usw.) nicht ausreichen, um Menschen aus der Zielgruppe zum Kommen zu motivieren. Bewährt haben sich das persönliche Gespräch und die Mundpropaganda durch Projekt-Mitarbeiter/innen, die selbst afrikanischen Communities angehören. Hier sind insbesondere private Netzwerke von Bedeutung, denn sie haben oft auch den Charakter von Selbsthilfegruppen.
- Der modulare Aufbau der Seminarreihe hat sich bewährt: Man kann an allen Modulen teilnehmen und sich umfassend fortbilden, oder man nutzt nur ein oder zwei Module, um sich mit einem bestimmten Thema auseinander zu setzen, was die Zugangsschwelle herabsetzt.
- Bei der inhaltlichen Gestaltung der Module ist es wichtig, „kontroverse Themen“ einzuplanen und für sie genügend Zeit einzuräumen.
- Bei der Auswahl der Methoden hat sich insbesondere der Einsatz von „Materialien zum Anfassen und Anschauen“ bewährt, welche die Fantasie anregen und vielfältige Assoziationen wecken.
- Projekte zur interkulturellen Öffnung erfordern ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen. Vernetzung und Kooperation sowie die Planung und Durchführung spezifischer Angebote für je unterschiedliche Migrantengruppen sind allein auf ehrenamtlicher Basis oder „schnell mal nebenbei“ nicht leistbar.

## AUSBLICK

Interkulturelle Öffnung sehen wir als einen Prozess, der sich nicht in der Planung und Durchführung einer Seminarreihe und deren Dokumentation erschöpfen kann. Wir haben aus den Seminaren viele Anregungen zur Fortsetzung unserer Zusammenarbeit mit Migrant(inn)en bekommen. Hier eine Übersicht über weitere Aktivitäten in diesem Feld:

- Im Herbst 2003 wollen wir die Seminarreihe erneut anbieten, und zwar einmal für Frauen und einmal für Männer, um geschlechtsspezifische Fragen intensiver bearbeiten zu können.
- Im Rahmen der nordrhein-westfälischen Kampagne „Herzenslust“ konnten wir gute Erfahrungen sammeln mit Aufmerksamkeit erregenden Aktionen, die darauf zielten, Schwule und Bisexuelle zur Auseinandersetzung mit unseren Präventionsbotschaften und zu Gesprächen mit dem Herzenslust-Team zu motivieren. Gemeinsam mit Afrikaner(inne)n aus Subsahara wollen wir ähnliche Aktionen für diese Zielgruppe entwickeln und auf den Partys in ihren Communities umsetzen. Zum anderen planen wir zusammen mit jungen Türk(inn)en Aufklärungsaktionen im Stil von Herzenslust, um sie in Diskos auszuprobieren, die überwiegend von türkischen Jugendlichen besucht werden.
- In Kooperation mit der Präventionsfachstelle der Bielefelder Drogenberatung wollen wir eine Fortbildung für Multiplikator(inn)en aus Russland und der Ukraine entwickeln. Dabei können wir sicherlich viele der in dieser Fortbildungsreihe gemachten Erfahrungen nutzen.
- In der hier dokumentierten Seminarreihe haben wir wiederholt überlegt, wie ein Wissenstransfer und eine Zusammenarbeit zwischen uns und Einrichtungen in Afrika organisiert werden könnte. Um einen ersten Schritt in diese Richtung zu tun, wollen wir zusammen mit dem Bielefelder Zimbabwe-Netzwerk im Sommer 2003 einen Erfahrungsaustausch und eine Veranstaltung mit Mitarbeiter(inne)n von Batanai, einer Selbsthilfegruppe für Menschen mit HIV/Aids in Masvingo (Zimbabwe), durchführen.
- Die Kooperation mit der Aids-Beratungsstelle im Gesundheitsamt und mit Beratungsstellen für Migrant(inn)en soll weiterentwickelt werden.

## LITERATURAUSWAHL

An dieser Stelle möchten wir auf einige Broschüren und Dokumentationen hinweisen, die uns bei der Planung und Durchführung dieser Fortbildungsreihe geholfen haben:

- Dr. Solange Nzimegne-Gözl: HIV und Aids – Umgang mit Patienten aus Schwarzafrika (Broschüre). Berlin (o.J.)
- Stadt Duisburg/Oberbürgermeisterin, Gesundheitsamt, Aids-Beratung (Hrsg.): Interkulturelle Aspekte der HIV-Prävention und Versorgung für Menschen aus Afrika. Dokumentation der Fachtagung vom 14.11.2001
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Interkulturelle Öffnung von Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen. Expertise von VIA Berlin/Brandenburg e.V., erstellt im Auftrag des Landesverbandes der Berliner Aids-Selbsthilfegruppen e.V. (LaBAS). Berlin 2002
- Freie Hansestadt Bremen, Gesundheitsamt (Hrsg.): Aids in der Fremde – Interkulturelle Aspekte in der Arbeit mit MigrantInnen. Dokumentation der Fachtagung in Bremen 30.11.2000
- Migrants-Aids-Prevention-Team: Projektbericht „Kulturspezifische Aids/HIV-Prävention für Migranten und ethnisch-kulturelle Minderheiten in Niedersachsen“. Hannover: Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. 1993
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Aids und Migration (AIDS-FORUM DAH, Bd. 41). Berlin 2000
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): MigrantInnenarbeit in AIDS-Hilfe – Grenzen und Möglichkeiten. Dokumentation des Seminars vom 14.–16.10.1998. Berlin 1998
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Strategieworkshop Interkulturelle Öffnung. Dokumentation des Workshops vom 13.–25.06.2002. Berlin 2002
- Weltfriedensdienst e.V. (Hrsg.): HIV und AIDS. In: Querbrief, (2) 2002