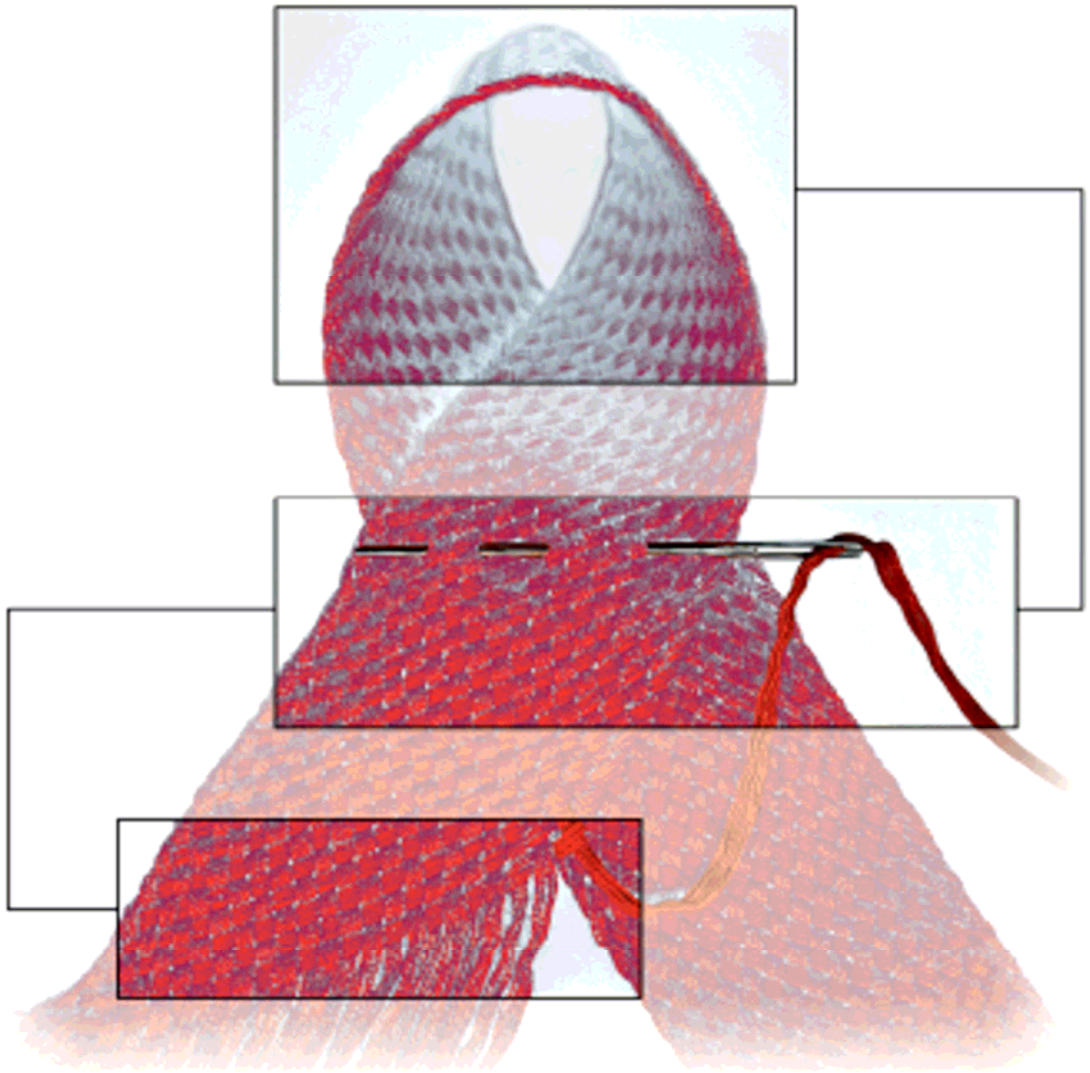


Gesundheitsdolmetscher/innen

„Peer-Involvement“ in der Primär- und Sekundärprävention



Ein Projekt der AIDS-Hilfe Kassel
in Zusammenarbeit mit der Deutschen AIDS-Hilfe



Gesundheitsdolmetscher/innen: ‚Peer-Involvement‘ in der Primär- und Sekundärprävention

Dokumentation des 2004/2005 in Kassel durchgeführten Projekts



Ein Projekt der AIDS-Hilfe Kassel e.V. in Kooperation mit dem Kulturzentrum Schlachthof Kassel und in Zusammenarbeit mit der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Projektleitung und Mitarbeit:

Birgit Brockmann, Rainer Schultz, Mirjam Tomse; AIDS-Hilfe Kassel
Ayse Gülec; Kulturzentrum Schlachthof

Dokumentation und Evaluation: Muthoni Mathai

Informationen zum Projekt: AIDS-Hilfe Kassel e.V., Motzstraße 4, 34117 Kassel,
Tel. 0561/108515, E-Mail: info@kassel.aidshilfe.de

Titel: Carmen Janiesch

DAH-Bestellnummer: 110035

1	Vorwort.....	5
2	Einführung.....	6
3	Hintergrund und Problemstellung.....	6
4	Konzept und Projektplan.....	8
4.1	Zielrichtung.....	8
4.2	Inhalte und Methoden.....	8
5	Phase 1: Vorbereitung der Gesundheitsdolmetscherinnen.....	10
5.1	Konkrete Planung des Projektes.....	10
5.2	Werbung von Teilnehmer(inne)n.....	10
5.3	Kurzvorstellung der Teilnehmerinnen.....	11
5.4	Vorbereitungskurs.....	11
5.4.1	Erster Trainingstag: Informationen zu HIV und Aids sowie zur Arbeit der AIDS-Hilfe Kassel.....	12
5.4.1.1	Motivation und Vorkenntnisse.....	12
5.4.1.2	HIV/Aids: Fakten.....	12
5.4.1.3	Kondomübung.....	12
5.4.1.4	Vorstellung der AIDS-Hilfe Kassel.....	13
5.4.2	Evaluation der ersten Trainingseinheit.....	13
5.4.2.1	Pausengespräche: Wie wird in deiner Community über Aids gesprochen?.....	13
5.4.2.2	Reaktionen der Teilnehmerinnen auf Vortrag und Informationen 15	
5.4.2.3	Blitzlicht.....	16
5.4.2.4	Methodische Überlegungen.....	16
5.4.3	Zweiter Trainingstag: Gesundheitsbegriff und HIV/Aids im multikulturellen Kontext; Erarbeitung von Präventionsveranstaltungen.....	17
5.4.3.1	Meine Community.....	17
5.4.3.2	Umgang mit Begriffen und Bildern.....	20
5.4.3.3	Vorbereitung einer Veranstaltung: Allgemeine Überlegungen.....	21
5.4.3.4	Umgang mit Scham.....	22
5.4.3.5	Wie kann ich in meiner Community Aufklärung betreiben?.....	23
5.4.3.6	Rollenspiele.....	24
6	Phase 2: Einsatz in der Primär- und Sekundärprävention.....	25
6.1	Überblick.....	25
6.1.1	Darstellung einzelner Diskussionspunkte.....	26
6.1.2	Rückmeldungen zur Veranstaltung.....	28

7	Phase 3: Evaluation	28
7.1	Die Gesundheitsdolmetscherinnen berichten über ihre Einsätze	28
7.2	Reflexion: Was würdest du anders machen?	31
8	Zusammenfassung und Schlussfolgerung	33
8.1	Kulturelle Herkunft und Community	33
8.2	Umgang mit Sexualität und Zielgruppenorientierung.....	35
8.3	Methodische Aspekte.....	36
8.4	Erreichte Zielgruppen	38
8.5	Jugendliche als Zielgruppe	39
8.6	Ausblick.....	40
	<i>Annex 1: Werbe-Flyer</i>	<i>41</i>
	<i>Annex 2: Risikomännchen-Karten.....</i>	<i>42</i>

Zur Stärkung der HIV - Prävention für Migrant(inn)en führte die Aids-Hilfe Kassel 2004/2005 ein modellhaftes Projekt durch, bei dem im Rahmen des Peer-Involvement Migrant(inn)en als so genannte Gesundheitsdolmetscher/innen geschult wurden und im Anschluss in ihren eigenen Communities Präventionsveranstaltungen durchgeführt haben. Die Gesundheitsdolmetscher/innen vermitteln im Bereich der Primär- und Sekundärprävention zu HIV/Aids kulturell unterschiedlich geprägte Sichtweisen, Erfahrungen und Einstellungen und sind Mediator(inn)en und Multiplikator(inn)en zugleich.

Aus der alltäglichen Arbeit einer mittelgroßen Aidshilfe kennen wir die Schwierigkeiten, eine Beratungsstelle, die aus einer gesellschaftlichen Diskussion mit spezifisch „westlichem“ Kontext hervorgegangen ist, für die Belange von Betroffenen und Klient(inn)en mit Migrationshintergrund zu öffnen. Die „Sprachlosigkeit“ zwischen den Kulturen zu überwinden, ist ein langer und zuweilen auch beschwerlicher Weg.

Wer die 11. Bundespositivenversammlung 2004 im Kasseler Kulturbahnhof erlebt hat, bekam eine lebendige Vorstellung davon, dass dieser Prozess ein gutes Stück vorangekommen ist. Aber das „Andere“ ruft auch Widerstände hervor, bestehende Strukturen werden verteidigt. Und die Frage, wie eine Beratungsstelle aussehen muss, damit sie auch für Migrant(inn)en einladend wirkt, ist für manchen abschreckend.

Mit dem Projekt *Gesundheitsdolmetscher/innen* konnte die Aidshilfe Kassel im zurückliegenden Jahr ihre Arbeitsformen ein Stück ausbauen und insbesondere präventive Ansätze in der Arbeit mit Migrant(inn)en vertiefen und damit Erfahrungen mit einem Projekt sammeln, die bundesweit genutzt werden können.

Ayse Gülec, Kooperationspartnerin in dem Projekt, merkt in der Evaluation an: „In einer Gesellschaft, in der jeder 5. Einwohner einen Migrationshintergrund hat, sind längst Konzepte, Methoden und Wege gefragt, die sich an den unterschiedlichen Lebenswelten und Bedürfnissen orientieren. Und der Umgang mit der Vielfalt muss gelernt werden.“

Die vorliegende Dokumentation von Muthoni Mathai bietet neben der kritischen Reflexion der geleisteten Arbeit auch eine kleine Schatztruhe. Wir möchten alle Leser/innen einladen, diese für sich zu öffnen: Die O-Töne der beteiligten Migrant(inn)en bieten einen nuancierten Einblick in kulturell bedingte, unterschiedliche Sichtweisen auf Sexualität, HIV/Aids und das Thema Gesundheit generell. Das Projekt Gesundheitsdolmetscher/innen ist ein kleiner Baustein, um mit solchen Einblicken die Sprachlosigkeit zu überwinden. Das Training der acht Gesundheitsdolmetscherinnen und die Präventionsveranstaltungen haben gezeigt, dass ein Zugang zu anderen Kulturkreisen möglich ist und die Sprachlosigkeit aufgrund kultureller Barrieren mit zielgruppenorientierter Primärpräventionsarbeit überwunden werden kann.

Wir möchten uns bei allen Beteiligten in der AIDS-Hilfe Kassel, dem Kulturzentrum Schlachthof sowie der Deutschen AIDS-Hilfe für die spannende und produktive Kooperation in diesem Projekt bedanken und natürlich bei den beteiligten Migrantinnen für die Bereitschaft, sich auf dieses Projekt einzulassen und uns als Aidshilfe „Türen zu öffnen“.

Wir wünschen uns, dass wir als Aidshilfen den Mut aufbringen, durch diese Türen zu schreiten, neugierig, was auf der anderen Seite liegt.

Berlin und Kassel im Dezember 2005

Silke Klumb
Deutsche AIDS-Hilfe

Rainer Schultz
Geschäftsführer AIDS-Hilfe Kassel

2 Einführung

Das Projekt Gesundheitsdolmetscher/innen dient der Stärkung der Primär- und Sekundärprävention für MigrantInnen und wurde von der AIDS-Hilfe Kassel in enger Kooperation mit dem Kulturzentrum Schlachthof, einem Träger der Migrationsarbeit in Kassel, durchgeführt. Konzeptionelle Grundidee war, einzelne Migrant(inn)en mit der Präventions- und Beratungsarbeit der Aidshilfe vertraut zu machen und dahingehend zu schulen, dass sie innerhalb ihrer Communities als Gesundheitsdolmetscher/innen wirken können. Die Gesundheitsdolmetscher/innen sollen in die Arbeit der AIDS-Hilfe miteingebunden werden und als Multiplikator(inn)en Informations- bzw. Aufklärungsveranstaltungen in Form von Peer-Involvement anbieten sowie sekundärpräventiv mit von HIV betroffenen Migrant(inn)en zusammenarbeiten.

Zielsetzung war dabei, mit Hilfe des Engagements von Gesundheitsdolmetscher(inne)n bereits vorhandene Angebote der AIDS-Hilfe Kassel zu ergänzen und auf der Basis gegenseitiger Unterstützung die interkulturelle Kompetenz der Einrichtung zu stärken.

Dieser Bericht dokumentiert das Pilotprojekt, bei dem acht Frauen an dem Training teilnahmen und verschiedene Präventionsveranstaltungen organisierten, und evaluiert kritisch, in wieweit hierdurch die Kommunikation zwischen Aidshilfen und Klient(inn)en mit Migrationshintergrund exemplarisch weiterentwickelt werden konnte.

3 Hintergrund und Problemstellung

Die Präventionsarbeit im Bereich von HIV und Aids sieht sich mit neuen Herausforderungen im Bereich Migration konfrontiert.

Epidemiologische Zahlen belegen, dass Migrant(inn)en mittlerweile die zweitgrößte von HIV und Aids betroffene Gruppe bilden. So lag unter den 2004 festgestellten HIV-Neudiagnosen der Anteil der heterosexuellen Personen aus den so genannten Hochprävalenzgebieten (Subsahara-Afrika, Südostasien, Karibik) bei 16%¹ (Abb. 1***). Überdies hat sich der Anteil der Frauen, die aus Hochprävalenzgebieten emigriert sind, unter neu positiv getesteten Frauen mehr als verdreifacht hat, von 14% im Jahr 1993 auf 48% im Jahr 2004.²

Dem gegenüber besteht weitgehend Konsens darüber, dass die bislang entwickelten Instrumentarien und Konzepte zur HIV-Prävention vor dem Hintergrund kultureller Unterschiede nur bedingt wirksam sind³ und einer dringenden Weiterentwicklung bedürfen.

¹ Epidemiologisches Bulletin: 12. April 2005 / Sonderausgabe A. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und public health.

HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland: Aktuelle epidemiologische Daten (Stand: 31.12.2004)

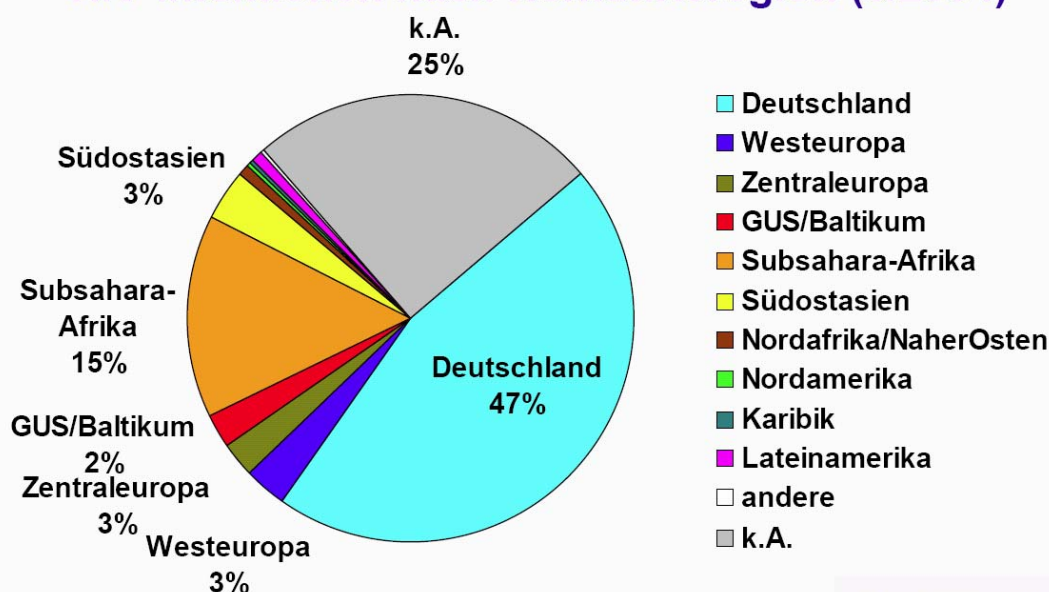
Halbjahresbericht II/2004 des Robert Koch-Instituts

² Epidemiologisches Bulletin: 19 November 2004 / Nr. 47. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health (Hg. zum Welt-AIDS-Tag 2004). Allerdings muss im Kontext dieser Zahlen auch die verbesserte Datenerfassung mitberücksichtigt werden. Der Trend hat sich im Jahr 2005 zum Glück offensichtlich nicht fortgesetzt.

³ S. auch Narami, P. „Zur Notwendigkeit kulturspezifischer Angebote in der HIV/AIDS-Primärprävention“ im Handbuch Migration, 2. Auflage, DAH, 1999

Abb. 1

In den Jahren 2001-2004 neu diagnostizierte HIV-Infektionen nach Herkunftsregion (6/2004)



ROBERT KOCH INSTITUT

Die AIDS-Hilfe Kassel ist seit einigen Jahren in der täglichen Praxis mit dieser Entwicklung konfrontiert. Dabei bietet sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten ein breit gefächertes Angebot in den Bereichen Beratung, Betreuung, Selbsthilfe, Prävention und Fortbildung an. Dieses wird von derzeit fünf Mitarbeiter(inne)n im pädagogischen Bereich, einer Verwaltungskraft und etwa 20 ehrenamtlichen Mitarbeiter(inne)n umgesetzt.

Auf die oben beschriebenen Veränderungen hat die AIDS-Hilfe Kassel seit 2000 mit einer Reihe konkreter Schritte reagiert. Zentral war hierbei ein Konzept zur Stärkung der interkulturellen Kompetenz der gesamten Organisation. Aufgrund der eingeschränkten personellen Kapazitäten entschied man sich allerdings bewusst dagegen, ausschließlich eine/n einzelne/n Mitarbeiter/in projektbezogen an der Thematik arbeiten zu lassen. Durch den Aufbau eines Netzwerks von Kontakten zu Beratungs- und Kultureinrichtungen, die in der Region zum Thema Migration arbeiten, wurden wichtige Impulse gewonnen.

Diese haben sich u.a. in einer zweitägigen Fortbildung des hauptamtlichen Teams zum Thema interkulturelle Kommunikation konkretisiert, durchgeführt von Mitarbeiter(inne)n eines Migrantenzentrums. Zudem wurden in Kooperation mit einem bundesweit einmaligen Frauenprojekt zur 'Interkulturellen Mediation' Informationsveranstaltungen für Frauen unterschiedlicher Nationalitäten durchgeführt.

Der Anteil von Migrant(inn)en unter den Klient(inn)en mit HIV und Aids ist innerhalb von drei Jahren von unter 10% auf 20% gestiegen. Die Tatsache, dass immer mehr Migrant(inn)en dazu bereit sind, die Angebote der AIDS-Hilfe Kassel in Anspruch zu nehmen, stellt eine ermutigende Entwicklung dar. Trotzdem sind nach wie vor Schwierigkeiten in der Praxis zu beobachten. Diese manifestieren sich in einem sehr unterschiedlichen Verständnis des Gesundheitsbegriffs. Sowohl in der Primär- als auch in der Sekundärprävention ist hier eine Sprachlosigkeit zwischen den Kulturen zu beobachten. Ünal beschreibt dieses für nicht-europäische Migrant(inn)en als Konflikt zwischen volksmedizinischem und (westlichem) schulmedizinischem Verständnis.⁴

⁴ Ünal, A.: „Gesundheitsversorgung von MigrantInnen und Chancen einer interkulturellen Öffnung der Regeldienste“ in Handbuch Migration, 2. Auflage, DAH, 1999

Aber auch unter den europäischen Migrant(inn)en gibt es Missverständnisse, die auf bestimmte kulturelle Unterschiede zurückzuführen sind. So hat sich beispielsweise eine Gruppe junger osteuropäischer Männer über eine Veranstaltung der Aidshilfe massiv empört, da diese von einem homosexuellen Mann durchgeführt wurde.

Die Migrationserfahrung mit ihrer Realität starker Diskriminierung erzeugt Erwartungshaltungen, die bereits den Zugang zu den Regeldiensten der medizinischen Versorgung ganz erheblich negativ beeinflusst. Der Ansatz der Aidshilfe, die Realitäten von Betroffenen in den Mittelpunkt ihres Handelns zu stellen, bietet hier einen ersten Ansatzpunkt zur Schaffung einer Kommunikationsebene. Dennoch verhindern die kulturellen Unterschiede oftmals ein ganzheitliches Verständnis.

4 Konzept und Projektplan

4.1 Zielrichtung

Ziel des Projektes war

- durch einen interkulturellen Dialog den Zugang zu Migrant(inn)en und deren Umgang mit dem Gesundheitsbegriff durch Aidshilfen zu verbessern,
- die Primär- und Sekundärprävention für Migrant(inn)en zu stärken
- sowie allgemein verwertbare Aussagen zur Arbeit mit einem interkulturellen Gesundheitsbegriff zu entwickeln.

4.2 Inhalte und Methoden

Das Projekt war in drei Phasen gegliedert: Die erste Phase umfasste die Vorbereitung und das Training von Gesundheitsdolmetscher(inne)n, die zweite Phase sah deren Einsatz in der Primär- und Sekundär-Präventionsarbeit vor und in einer dritten Phase wurde die Projektevaluation durchgeführt. Sie wurden im Projektplan wie folgt beschrieben:

Phase 1: Vorbereitung der Gesundheitsdolmetscherinnen

Ausgangspunkt des Projektes ist eine Vorbereitung der Gesundheitsdolmetscher/innen.

- In einer Werbephase werden etwa acht Teilnehmer/innen für das Projekt geworben. Zielgruppe sind Migrant(inn)en, die über eine zumindest teilweise soziale und sprachliche Integration in Deutschland verfügen. Angesprochen werden sollen Migrant(inn)en aus unterschiedlichen Kulturen, um hier den Multiplikatoreneffekt zu optimieren. Die Werbung wird über Multiplikator(inn)en aus Einrichtungen von und für Migrant(inn)en verteilt.
- Um der zumeist schwierigen sozialen Situation möglicher Interessent(inn)en Rechnung zu tragen, erhalten die Gesundheitsdolmetscher/innen für ihre Tätigkeit im Rahmen des Projektes ein Honorar.
- Die Vorbereitung wird in Kooperation mit einer Einrichtung für Migrant(inn)en (Kulturzentrum Schlachthof) durchgeführt. Im Mittelpunkt wird dabei die bewusste Auseinandersetzung mit der Vielschichtigkeit des Gesundheitsbegriffs in einem multikulturellen Kontext stehen. Fachliche Inputs durch die Aidshilfe zum Thema HIV und Aids und zu Mechanismen von Diskriminierung werden hierfür die Basis bilden.
- Der Vorbereitungsprozess geschieht in dialogischer Form, aufgebaut auf den konkreten Erfahrungen der Teilnehmer/innen. Hierdurch soll ein ganzheitliches Verständnis der Situation von Migrant(inn)en hinsichtlich ihrer Gesundheitsversorgung ermöglicht werden.
- Am Ende der Vorbereitung (insgesamt 10 Zeitstunden) sollen die Teilnehmer/innen in Zusammenarbeit mit der Aidshilfe mögliche Tätigkeiten eines/einer Gesundheitsdolmetschers/ Gesundheitsdolmetscherin festlegen.

Phase 2: Einsatz in der Primär- und Sekundärprävention

Aidshilfen handeln nach dem Prinzip der Einheit unterschiedlicher Präventionsebenen. Dieses Projekt wird deshalb bewusst die Arbeit der Gesundheitsdolmetscher/innen sowohl in der Primär- als auch in der Sekundärprävention nutzen.

Eine weitere konzeptionelle Basis bildet der Gedanke des ‚Peer-Involvement‘. Hierunter sind solche Programmaktivitäten zu verstehen, die Peers (Gleiche) als Träger personal-kommunikativer Botschaften einsetzen. Gerade im Bereich der Sexualberatung und hier wieder stark im Feld von HIV und Aids hat dieser Ansatz eine lange Tradition.⁵ Die Einsatzfelder der Gesundheitsdolmetscher/innen werden sich daher auf ihren eigenen Kulturkreis konzentrieren, eine Beteiligung von HIV-positiven Gesundheitsdolmetscher/innen ist erwünscht.

- In der Sekundärprävention werden Klient/innen von den Beratungskräften und ggf. über örtliche Schwerpunktpraxen identifiziert, die im besonderen Maße Schwierigkeiten im Gesundheitsbereich aufgrund ihrer kulturellen Herkunft erfahren. Kulturelle Unterschiede wahrzunehmen und diesen aufmerksam zu begegnen ist eine unabdingbare Notwendigkeit für erfolgreiche Präventionsarbeit. Unter dieser Prämisse sollen in enger Kooperation zwischen Betreuer/in, Gesundheitsdolmetscher/in und Migrant/in konkrete Schritte abgesprochen werden, die den Zugang zum deutschen Gesundheitssystem erleichtern. Konkret sind etwa Informationsgespräche zu medizinischen Fragen oder eine Begleitung bei Behörden- oder Arztbesuchen vorstellbar. Hierdurch werden keine parallelen Versorgungsstrukturen geschaffen, sondern bereits bestehende Strukturen klientenzentriert gestärkt. Es soll in aller Regel lediglich zu einer kurzen Intervention kommen, die mit der Aidshilfe vor- und nachbereitet werden soll.
- In der Primärprävention betreuen die Gesundheitsdolmetscher/innen exemplarische Veranstaltungen. Sie sind an der Initiierung und Vorbereitung der betreffenden Veranstaltungen wesentlich beteiligt und übernehmen zentrale Moderationsteile. Für die Teilnehmer/innen der Veranstaltungen soll eine kulturell adäquate Ansprache geschaffen werden. Eine gemeinsame Durchführung von Veranstaltungen ermöglicht den Mitarbeiter/innen der Aidshilfe ihre Kompetenzen zu erweitern. Auf diese Weise erfahren erprobte Konzepte der Aidshilfe zur Primärprävention einen neuen Kontext und können weiterentwickelt werden.

Phase 3: Evaluation

Die Evaluation erfolgt auf unterschiedlichen Ebenen:

- Individuell werden die Ansprechpartner/innen der Gesundheitsdolmetscher/innen die einzelnen Aktivitäten auswerten und somit wertvolle Anregungen für eine Verbesserung bestehender Angebote erhalten.
- Die Gruppe der Gesundheitsdolmetscher/innen wird sich im Anschluss an ihren Einsatzes zu einer dreistündigen Auswertung treffen und ihre Tätigkeiten reflektieren.
- Auf der Grundlage dieser Reflexion sowie anhand von Beobachtungs- und Gesprächsprotokollen wird eine Projektdokumentation im Rahmen eines Werkvertrags erstellt.

⁵ Appel, E.: „Auswirkungen eines Peer-Education-Programms auf Multiplikatoren und Adressaten. Eine Evaluationsstudie“, Berlin, 2002

5 Phase 1: Vorbereitung der Gesundheitsdolmetscherinnen

5.1 Konkrete Planung des Projektes

Das Projekt wurde in enger Zusammenarbeit mit dem Kulturzentrum Schlachthof im Herbst 2004 praktisch vorbereitet.

Das Kulturzentrum Schlachthof, das sich räumlich in der Kasseler Nordstadt befindet, ist seit 25 Jahren ein Zentrum der interkulturellen Arbeit und ein interkultureller Treffpunkt. Seit seiner Begründung 1978 leistet der gemeinnützige Verein einen wesentlichen Beitrag zur Integration und Kommunikation zwischen Gruppen unterschiedlicher sozialer und ethnischer Herkunft, nicht nur in der Kasseler Nordstadt, sondern weit über die Grenzen der Stadt Kassel hinaus. Der Arbeit des Kulturzentrums Schlachthof umfasst hauptsächlich die drei Bereiche interkulturelle Veranstaltungen, interkulturelle Bildung und Beratungsarbeit.⁶

Die Zusammenarbeit zwischen der Aidshilfe und dem Kulturzentrum Schlachthof ist nicht neu. Auf Grund der stetig steigenden Kontakte der Aidshilfe mit Menschen mit Migrationsgeschichte entwickelte diese Konzepte zur Stärkung der eigenen interkulturellen Kompetenz. Diese haben sich u. a. 2002 in einer zweitägigen Fortbildung des hauptamtlichen Teams zum Thema interkulturelle Kommunikation konkretisiert. Diese Fortbildung wurde vom Team des Kulturzentrum-Projektes „interkulturelle Mediation“ durchgeführt.

5.2 Werbung von Teilnehmer(inne)n

Um acht Personen für die Vorbereitung als Gesundheitsdolmetscher/innen zu gewinnen, wurde ein ‚Flyer‘ sowie ein Poster im Herbst 2004 an mehrere Institutionen und Laufstellen für zugewanderte Menschen in Kassel geschickt. Der ‚Flyer‘ beschreibt das Ziel des Projektes: Die Arbeit der AIDS-Hilfe Kassel für Migrantinnen und Migranten zu verbessern. Die Voraussetzungen zur Anmeldung waren: Gute Kenntnisse der deutschen als auch der Muttersprache sowie Offenheit und Bereitschaft sich mit dem Thema HIV und Aids auseinander zu setzen. (*siehe auch Annex 1*)

Das Kulturzentrum, das viel Erfahrung in diesem Bereich besitzt und mit vielen Migrant(inn)engruppen vernetzt ist, setzte neben der schriftlichen Werbung auf verbale Kommunikation und direkte persönliche Kontakte. Es wurden sowohl verschiedene Organisationen und Vereine als auch Einzelpersonen angesprochen. Gezielt wurden besonders Frauen aus den türkischen, russischen, arabischen und eritreischen Kultur- und Sprachkreisen angesprochen. Es ist hervorzuheben, dass die Teilnehmer/innen letztlich durch die persönliche Ansprache gewonnen werden konnten. Bemerkenswert ist auch, dass sich keine Männer für das Projekt beworben haben.

Frauen, die sich für den Vorbereitungskurs als Gesundheitsdolmetscherin angemeldet hatten, wurden zu einem persönlichen Vorstellungsgespräch eingeladen. Ziele des Gesprächs waren, die interessierten Frauen im Voraus kennen zu lernen, um einzuschätzen, welche tatsächlich für die Teilnahme am Projekt geeignet waren und folgende Aspekte zu überprüfen: Die Bereitschaft mit der Thematik Aids umzugehen und Sensibilität gegenüber Betroffenen, allgemeines Selbstbewusstsein, Sprachkenntnisse und die Fähigkeit, sich in einem öffentlichen oder semi-öffentlichen Rahmen auszudrücken, Motivation und ein generelles Verständnis für das Projekt.

Zwölf Frauen haben an Vorstellungsgesprächen teilgenommen: 3 Frauen aus dem türkischen, 2 aus dem russischen, 2 aus dem polnischen, 1 aus dem eritreischen, 1 aus dem afghanischen, 1 aus dem mazedonischen / Sinti, 1 aus dem serbischen und 1 aus dem ma-

⁶ Jahresbericht Kulturzentrum Schlachthof 2003, Kassel, 2004

rokanischen Sprach- und Kulturkreis.

Von diesen zwölf Frauen wurden schließlich acht für das Training ausgewählt.

5.3 Kurzvorstellung der Teilnehmerinnen

- TN 1 ist eine 36jährige türkisch sprechende Migrantin, die seit ihrer Kindheit in Deutschland lebt. Sie studiert Sozialwesen an der Universität Kassel.
- TN 2 ist eine 35jährige türkisch sprechende Migrantin. Sie ist Sozialarbeiterin und arbeitet in einem Projekt zur Betreuung von Migrant(inn)en an einer Berufsschule.
- TN 3 ist eine 38jährige russisch sprechende Migrantin. Sie betreut Spätaussiedler aus der ehemaligen SU im Rahmen einer berufsvorbereitenden Schulung. Sie lebt seit 1991 in Deutschland und ist im Erstberuf Fotografin.
- TN 4 ist eine 26jährige russisch sprechende Migrantin aus dem Kaukasus. Sie lebt seit 15 Jahren in Deutschland und arbeitet als Deutschlehrerin für russisch sprechende Männer in der JVA und an einer Sprachschule.
- TN 5 ist eine 52jährige Frau aus Eritrea. Sie spricht sowohl Tigrinya als auch Amharisch. In ihrer Heimat Eritrea arbeitete sie als Lehrerin. Seit sie vor drei Jahren an einer Schulung zur interkulturellen Vermittlung teilgenommen hat, engagiert sie sich ehrenamtlich und auf Honorarbasis in diesem Bereich.
- TN 6 ist eine 28jährige polnisch sprechende Migrantin, die seit ihrem vierzehnten Lebensjahr in Deutschland lebt. Sie studiert Sozialwesen an der Universität Kassel.
- TN 7 ist eine 31jährige Migrantin aus Afghanistan. Sie hat in ihrer Heimat eine Ausbildung als Meteorologin abgeschlossen. Anschließend arbeitete sie für einige Zeit in einem Flüchtlingslager an der Grenze zu Pakistan. Seit vier Jahren lebt sie in Deutschland.
- TN 8 ist eine 29jährige Sinti aus Mazedonien. Von Beruf ist sie Friseurin und lebt seit 3 Jahren in Deutschland. Sie ist erst vor kurzem nach Kassel gezogen und noch ungeschlüssig über ihre Verweildauer. Dennoch mochte sie am Training teilnehmen, um sich selber zu informieren.

Fast alle Frauen waren bereits formell oder informell in sozialen Bereichen tätig. Keine von ihnen hat sich jedoch zuvor eingehend mit dem Thema Aids beschäftigt. Sie waren alle motiviert Neues zu lernen und daran interessiert Aufklärungsarbeit zu leisten.

5.4 Vorbereitungskurs

Der Vorbereitungskurs wurde am 09. und 10.12.2004 jeweils von 09.00-15.00 Uhr in den Räumen der AIDS-Hilfe Kassel veranstaltet. Der Kurs wurde von zwei Mitarbeiterinnen der AIDS-Hilfe und einer Mitarbeiterin des Kulturzentrums Schlachthof durchgeführt.

Der Vorbereitungskurs beinhaltete zwei zentrale Themenkreise:

1. Fakten zu HIV/Aids und eine Darstellung der Arbeit der AIDS-Hilfe Kassel
2. Eine Auseinandersetzung mit der Vielschichtigkeit des Gesundheitsbegriffes, insbesondere der HIV-Infektion/Aidserkrankung in einem multikulturellen Kontext, und die Erarbeitung möglicher Ansatzpunkte für die primäre Präventionsarbeit.

5.4.1 Erster Trainingstag: Informationen zu HIV und Aids sowie zur Arbeit der AIDS-Hilfe Kassel

Am ersten Trainingstag wurden Elemente einer „herkömmlichen“ Präventionsveranstaltung, wie sie die AIDS-Hilfe Kassel an Schulen nutzt, vorgestellt, um den Teilnehmerinnen zum einen Informationen zu vermitteln, zum anderen aber auch eine Diskussion darüber anzustoßen, inwieweit Methodik und Inhalte interkulturell angeglichen werden müssen.

5.4.1.1 Motivation und Vorkenntnisse

Als Einführung in die Thematik und um die Vorkenntnisse der Frauen in Bezug auf HIV/Aids einschätzen zu können, wurden zwei Übungen durchgeführt.

Übung 1: ‚Warum bin ich hierher gekommen?‘

Die Teilnehmerinnen sollten ihre Motivation bzw. das, was sie über das Training wissen wollten, auf Karten schreiben. Anschließend wurden die Karten eingesammelt. Eine Besprechung der Karten wurde zunächst zurückgestellt, da diese am Ende der Einheit dazu dienen sollten, offen gebliebene Fragen anzusprechen.

Übung 2: Risikomännchen

Im Mittelpunkt dieser Übung stand die Fragestellung nach den Übertragungsmöglichkeiten von HIV. Hierzu wurden Karten mit Cartoon-Bildern unterschiedlicher Verhaltensweisen bzw. Risikosituationen (*siehe auch Annex 2*) an die Teilnehmerinnen verteilt.

Diese sollten im Anschluss den Kategorien „Kein Risiko“, „Geringeres Risiko“ und „Hohes Risiko“ zugeordnet werden. Die Karten wurden auf einer Tafel befestigt, an der sie zunächst verblieben.

Eine Revision der Einordnung der Risikomännchen-Karten fand am Ende der ersten Trainingseinheit statt.

5.4.1.2 HIV/Aids: Fakten

Grundlegende biomedizinische Fakten über HIV und AIDS wurden den Teilnehmerinnen mit Hilfe von Overhead-Folien vorgetragen. Hierzu zählten insbesondere Informationen zu

- dem HI-Virus,
- der Verbreitung des Virus innerhalb des Körpers,
- dem Verlauf des Infektionsprozesses von der Ansteckung bis zum Krankheitsausbruch,
- der Ursprungstheorie von Aids,
- dem globalen Verbreitungsgrad,
- der Verbreitung in Deutschland und der Verteilung auf verschiedene Bevölkerungsgruppen,
- Übertragungswegen,
- Schutzmöglichkeiten,
- dem HIV-Antikörpertest sowie
- zu Therapiemöglichkeiten und dem Infektionsverlauf ohne Therapie.

5.4.1.3 Kondomübung

Zusätzlich zu den verbalen Informationen über Schutzmöglichkeiten wurde die korrekte Anwendung eines Kondoms für den Mann demonstriert. In Form einer praktischen Übung wurden die Teilnehmerinnen aufgefordert, Kondome zu öffnen und diese über Zeige- und Mittelfinger ihrer Sitznachbarin abzurollen.

5.4.1.4 Vorstellung der AIDS-Hilfe Kassel

Die Arbeit der Kasseler AIDS Hilfe wurde in Form eines Kurzreferates vorgestellt. Darüber hinaus wurde während des gesamten Trainingsprozesses die Praxis der Präventionsarbeit dargestellt und erläutert.

5.4.2 Evaluation der ersten Trainingseinheit

Im Folgenden werden einzelne Aspekte der Auseinandersetzung der Teilnehmerinnen mit dem Thema HIV und Aids näher beleuchtet. Dabei wird auch der in den jeweiligen Kulturkreisen und Communities geführte Diskurs zur angesprochenen Problematik dargestellt.

5.4.2.1 Pausengespräche: Wie wird in deiner Community über Aids gesprochen?

Die Gespräche wurden als individuelle Pausengespräche geführt und einzeln protokolliert.⁷

TN 5 (Herkunftsland Eritrea)

„Unter uns Leuten aus Eritrea wird kaum über Aids gesprochen. Aids wird als sehr schreckliches Ereignis betrachtet, als etwas das mit Sünde zu tun hat und das nur bösen Menschen passiert. Immer häufiger hören wir, dass in Eritrea mehr und mehr Menschen an Aids erkrankt sind. Aber weder hier noch dort habe ich je erlebt, dass jemand öffentlich gesagt hat, dass er Aids habe oder HIV positiv sei. Die Leute sagen, sie hätten Tuberkulose, Krebs oder Lungenzündung, aber niemals Aids. Später hört man dann Gerüchte, dass es doch Aids gewesen sei.

Da war vor etwa vier Jahren ein Mann, der gestorben ist. Die Familienmitglieder sagten, es war Krebs. Aber dann haben wir doch gehört, dass er Aids hatte. Die Leute haben dann gedacht, dass die Frau und das letzte Kind auch krank werden, aber die beiden sind noch gesund. Also wird erzählt, dass es vielleicht doch Krebs war. Aber wir wissen es nicht.

Niemand will mit den Leuten zu tun haben, wenn ein Verdacht von Aids besteht. Auch von dieser Frau und ihren Kindern haben sich die Leute fern gehalten. Die Leute haben Angst sich anzustecken. Es wird gesagt, dass sich auch hier viele Ärzte und Krankenschwestern bei der Versorgung von Menschen mit Aids angesteckt haben. Die Leute haben viel Angst.

Auch in der eritreischen Gemeinde hier in Deutschland wollen die Leute nicht, dass andere wissen, wenn es ihnen schlecht geht. Sie verstecken alles. Sie wollen nicht, dass andere dies wissen, besonders nicht, wenn sie HIV positiv oder an Aids erkrankt sind. Auch wenn ein unverheiratetes Mädchen schwanger wird, verstecken sie das.

Die Leute verheimlichen sehr viel und es werden sehr viele Geschichten über Aids erzählt. In unserer kleinen Gemeinde wollen alle zeigen, dass es ihnen gut geht. Ein bestimmtes Auftreten in der Öffentlichkeit wird sehr geschätzt. Eltern schämen sich, wenn ein Kind sich nicht so wie erwartet benimmt. Vor allem, wenn ein Mädchen nicht dem Bild eines gut erzogenen eritreischen Mädchens entspricht, wird viel geredet und die Eltern erleben einen Gesichtverlust. Mädchen, die vor der Ehe schwanger werden, werden versteckt oder zu Verwandten in eine andere Stadt geschickt.“

⁷ Es handelt sich um subjektive Einschätzungen und Sichtweisen der Teilnehmerinnen.

TN 7 (Herkunftsland Afghanistan)

„Bei uns in Afghanistan wird nicht über Aids gesprochen. Ich habe aber von Aids gehört als ich noch in der Heimat war und zusammen mit einer NGO an der Grenze zu Pakistan in einem Flüchtlingslager tätig war. Die Menschen denken, es habe nichts mit uns als muslimische Frauen zu tun, weil muslimische Frauen keinen Sex außerhalb der Ehe haben. Aber ich habe gehört, dass die Männer fremdgehen und auch zu Prostituierten gehen. Da sehe ich ein Problem für die Frauen. Frauen können aber nichts machen. Sie können nicht verlangen, dass die Männer Kondome benutzen. In unseren Gemeinden haben die Männer die Macht. Sie entscheiden alles. Die Frauen müssen gehorchen.“

Unter den Muslimen sind Sexualbeziehungen sehr begrenzt. Trotzdem haben besonders jüngere Männer Sexualbeziehungen vor der Ehe und besuchen auch Prostituierte. Dabei wird aber über Sexualität erst recht in der Altersgruppe unter 18 Jahren nicht gesprochen. Die Frauen wissen zu wenig. Ich wusste nicht, was man macht, bis ich 21 Jahre alt war. Ich hatte keine Ahnung. Ich habe es hier gelernt. Hier habe ich Fernsehen geguckt und Bücher gelesen. Vorher dachte ich, dass schlafen lediglich schlafen sei. Wenn eine Frau nicht verheiratet ist hat sie keine Ahnung von Sex. Frauen würden es auch unverschämt finden, über Aids zu sprechen.“

TN 1 (Herkunftsland Türkei)

„In den türkischen Kulturkreisen wird nicht viel über Aids gesprochen. Ich glaube die Türken denken, dass sie nicht betroffen sein können. Sowieso wird in geschlechtsgemischten Gruppen nicht über Sexualität gesprochen. Demgegenüber reden Frauen unter sich sehr offen miteinander über Sexualität. Allerdings ist mir nicht klar, ob innerhalb von Ehe und Familie über Aids gesprochen wird.“

Man kann ja sowieso nichts generalisieren. Es hängt davon ab, aus welchen Teilen der Türkei die Leute stammen, wie lange sie hier in Deutschland leben und ob sie in erster oder zweiter Generation hier sind.“

TN 4 (Herkunftsland Russland/Kaukasus)

„Es wird viel über Aids gesprochen. Früher, bevor ich nach Deutschland gekommen bin, wurde Aufklärung erst an den Universitäten betrieben. Vielleicht ist es jetzt anders. Hier schauen die Leute sehr viel Fernsehen, besonderes die älteren Leute. Sie gucken den ganz Tag Fernsehen, weil sie nicht viel anderes zu tun haben. Und da wird viel über Aids gesprochen. In den Familien wird auch über Sexualität gesprochen, aber das ist sehr unterschiedlich. Die Leute aus dem Kaukasus sind sehr konservativ, mehr als in anderen Teilen von Russland. Von Aids kann man schon reden, das ist kein Problem. Aber wenn man über Homosexualität redet, wird es schwierig. Viele russische Männer wollen nichts von Homosexualität hören. Sie meinen, homosexuelle Männer seien keine richtigen Männer. Zudem war früher in der Sowjetunion Homosexualität strafbar.“

TN 6 (Herkunftsland Polen)

„Unter Polen in Deutschland wird schon über Aids gesprochen und ich glaube, die Leute sind gut informiert. Über Sexualität zu sprechen ist kein besonderes Thema. Es gibt viel Offenheit. Meine Mutter hat mich schon lange aufgeklärt.“

5.4.2.2 Reaktionen der Teilnehmerinnen auf Vortrag und Informationen

Während des gesamten Verlaufs der ersten Trainingseinheit hatten die Teilnehmerinnen die Möglichkeit, Fragen an die Mitarbeiterin der Aidshilfe zu richten, verschiedene Aspekte zu vertiefen und miteinander zu diskutieren.

Im Folgenden seien einige Reaktionen und Kommentare der Teilnehmerinnen in ihrer Auseinandersetzung mit den neu erworbenen Informationen kurz dargestellt.

Verbreitung: Viele Teilnehmerinnen zeigten sich schockiert über das Ausmaß der Verbreitung von Aids besonders in Subsahara-Afrika.

Ansteckungswege: Die sexuellen Übertragungswege von Aids wurden kaum diskutiert, aber es gab große Unklarheit über andere mögliche Ansteckungswege. Während der Diskussion wurde deutlich, dass bei den meisten Teilnehmerinnen die Annahme bestand, dass jeglicher Kontakt mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten von einer HIV infizierten Person zur Ansteckung führen könnte. Es wurde diskutiert, ob Kontakte mit kleinen Blutmengen bei Erster Hilfe, durch Insektenstiche, im Schwimmbad, in der Sauna, oder auf der Toilette nicht auch ein (wenn auch ein geringes) Übertragungsrisiko darstellen könnten.

Obwohl die meisten Teilnehmerinnen das Übertragungsrisiko durch Küssen als riskolos einschätzten, äußerten sie Zweifel darüber, ob Verletzungen der Mundschleimhaut dieses nicht ändern könnten. In diesem Zusammenhang wurde Oralsex ebenfalls problematisch betrachtet (Gefährdung durch Verschlucken von Samenflüssigkeit möglich?).

Eine Teilnehmerin zeigte sich schockiert über die Ansteckungsmöglichkeit durch Muttermilch beim Stillen. Es wurde berichtet, dass in einigen Ländern Neugeborene, die von ihren eigenen Müttern nicht gestillt werden können, mit fremder Muttermilch ernährt werden. Im Verlauf der Diskussion wurde jedoch klar, dass die Frauen von einer ihnen aus der Vergangenheit bekannten Praxis berichteten, die inzwischen überholt sein dürfte.

Ansteckungsgefahr durch medizinische Behandlung: Besondere Aufmerksamkeit kam der Frage nach der Sicherheit beim Arztbesuch zu (Sterilität der Instrumente). Die Teilnehmerin aus Eritrea berichtete von einer eritreischen Frau, die während eines Besuches beim Zahnarzt Blut eines vorherigen Patienten an den Instrumenten wahrgenommen hätte. Diese Geschichte hätte innerhalb der eritreischen Community sehr große Verunsicherung hervorgerufen.

Therapiemöglichkeiten: Die Teilnehmerinnen zeigten sich sehr interessiert. Ihnen waren Therapiemöglichkeiten weitgehend unbekannt.

Die Arbeit der AIDS-Hilfe Kassel: Im Mittelpunkt des Interesses der Teilnehmerinnen stand der HIV-Antikörper-Test. Sie wollten wissen, aufgrund welcher Motivation sich Personen einem HIV-Test unterziehen und welche Altersgruppen und Sozialschichten hierbei am stärksten repräsentiert seien. In Bezug auf die Form der Mitteilung der Testergebnisse wurde viel über Fragen der Vertraulichkeit und Anonymität diskutiert. Eine Frau wollte wissen, ob es Ärzt(inn)en erlaubt sei, Tests ohne Einverständnis des Patienten durchzuführen: *„Hausärzte nehmen sowieso so viel Blut ab. Vielleicht machen sie die Tests, ohne es einem mitzuteilen oder zu ihrer eigenen Sicherheit?“*

Weitere Fragen bezogen sich ebenfalls auf gesetzliche Regelungen. Zum Beispiel darauf, ob eine HIV-positiv getestete Person gegenüber ihrem Partner, ihrem Arbeitgeber oder gegenüber Versicherungen mitteilungspflichtig sei. Darüber hinaus wurde gefragt, ob es ein Gesetz gegen 'absichtliche Ansteckung' gäbe.

Für die meisten Teilnehmerinnen stellte das Training den ersten Kontakt mit der Kasseler AIDS-Hilfe dar. Insgesamt entstand der Eindruck, dass die Aidshilfe als

Beratungsstelle unter Migrant(inn)en kaum bekannt ist. Dieses spiegelte sich u.a. in der Frage wieder, ob es überhaupt Migrant(inn)en gäbe, die das Beratungsangebot der Aidshilfe annähmen.

5.4.2.3 Blitzlicht

Der erste Trainingstag schloss mit einem „Blitzlicht“, einer ersten allgemeinen Gruppenevaluation ab. Unter der Leitfrage *„Wie geht es mir, was hat mir gefallen, was hat mir nicht gefallen?“* hatten die Teilnehmerinnen die Möglichkeit Kritik zu äußern.

Einige Kommentare seien hier wiedergegeben.

TN 3 (Herkunftsland Russland): *„Ich dachte ich wüsste viel über Aids und ich sei gut informiert, aber ich habe drei Karten falsch eingeordnet. Ich muss sagen, ich habe viel Neues gelernt.“*

TN 6 (Herkunftsland Polen): *„Ich wusste nicht, dass man so lange mit der Krankheit leben kann. Ich dachte alle sterben nach ein paar Jahren oder so.“*

Bemerkenswert war, dass das Themenfeld Homosexualität zeitweise die Problematik AIDS zu dominieren schien.

TN 7 (Herkunftsland Afghanistan): *„Oralsex war mir neu und ich wusste vorher nicht, was schwule oder homosexuelle Paare zusammen machen.“*

TN 8 (Herkunftsland Mazedonien): *„Früher fand ich das Thema sehr abstoßend. Erst seit ein paar Monaten interessiere ich mich für das Thema. Ich wollte vorher nichts über Homosexualität und Bisexualität wissen.“*

Negativkritik wurde zu diesem Zeitpunkt von keiner der Frauen geäußert. Man bekam den Eindruck, dass sie sich nicht weit genug vorwagten und daher eher höflich zurückhaltend reagierten. Insgesamt wurde die erste Trainingseinheit sehr gelobt und als äußerst informativ und gut strukturiert bewertet.

5.4.2.4 Methodische Überlegungen

Obwohl alle Teilnehmerinnen sich zunächst durchweg positiv über den Verlauf der ersten Trainingsphase geäußert hatten (s.o.), hielten sie im Hinblick auf ihre eigene Tätigkeit als Gesundheitsdolmetscherinnen einige methodische Vorgehensweisen für unangemessen und lehnten diese für die Aufklärungsarbeit in ihren Communities ab.

Zunächst zurückgehaltene Kritik wurde nun, wenn auch indirekt, deutlich.⁸

Nach Meinung der meisten Teilnehmerinnen sollte auf die im Training verwendeten Risikomännchenkarten nach Möglichkeit verzichtet werden. Allerdings bliebe dann die Problematik, dass den meisten Teilnehmerinnen für bestimmte Sexualpraktiken (im wahrsten Sinne) die Worte fehlen, weiter ungelöst.

Die Partnerübung, bei der sich die Teilnehmerinnen gegenseitig Kondome über die Finger streifen sollten, wurde von allen Frauen als mögliche Methode für ihre eigenen Veranstaltungen abgelehnt.

⁸ Die im Folgenden dokumentierten Aspekte und Kritikpunkte erwachsen Diskussionen, die dem realen Verlaufsplan des Trainings folgend, erst in der zweiten Trainingseinheit geführt wurden. Da diese sich inhaltlich jedoch weitgehend auf die erste Trainingseinheit bezogen, erschien es der Autorin sinnvoll, diese bereits an dieser Stelle anzuführen.

TN 4 (Herkunftsland Russland/Kaukasus): „Man kann mit Männern nicht mit Kondomen üben. Die russischen Männer würden lachen. Sie würden es nicht ernst nehmen und auch nicht mitmachen.“

Trotzdem könne man die Verwendung von Kondomen ggf. anhand eines Modells demonstrieren und darüber hinaus Kondome für zuhause verteilen, so der Vorschlag einiger Teilnehmerinnen. Grundsätzlich sollte man jedoch immer einzuschätzen versuchen, wieweit man gehen könne, ohne dabei das Schamgefühl seines Gegenübers zu verletzen.

Die zellbiologischen Aspekte des Vortrags wurden einhellig als zu abstrakt empfunden. Daher entschieden die Frauen, dass im Einzelnen überlegt werden müsse, welche Art detaillierter Informationen für ihre jeweilige Zielgruppe tatsächlich notwendig und angemessen sei.

Ferner wurde darüber diskutiert, ob die vorgestellte Ursprungstheorie ein wichtiger Aspekt des eigenen Vortrags sein sollte.

Birgit Brockmann, eine der deutschen Trainerinnen, merkte an: „Wichtig war, einen Raum für eigene Bezüge zum Thema herzustellen. Es ist gut gelungen, eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, in der auch Ängste angesprochen werden konnten. Für mich ist aber die Frage, ob dies auch in einer gemischtgeschlechtlichen Gruppe möglich gewesen wäre. Viele Frauen sagten, in männlicher Umgebung nicht über das Thema Sexualität sprechen zu können.“

5.4.3 Zweiter Trainingstag: Gesundheitsbegriff und HIV/Aids im multikulturellen Kontext; Erarbeitung von Präventionsveranstaltungen

Der zweite Trainingstag wurde von einer Mitarbeiterin des Kulturzentrums Schlachthof moderiert und konzentrierte sich auf die Frage, wie Präventionsarbeit kulturspezifisch adaptiert werden kann.

5.4.3.1 Meine Community

Der Begriff Community, so wie er hier verwendet wird, bezieht sich auf das Bestehen eines eigenständigen soziokulturellen und ökonomischen Netzwerks von Migrant(inn)en. In Abgrenzung zum Begriff des 'Ghettos' ist die Community nicht auf ein segregiertes Wohnviertel zu lokalisieren.⁹

Zu Beginn des zweiten Trainingstages wurden die Teilnehmerinnen aufgefordert, ihre Kasseler Community zu beschreiben. Dabei sollten verschiedene Aspekte berücksichtigt werden: Größe der Community, bevorzugte Wohnbezirke und Stadtteile, beliebte Einrichtungen und Treffpunkte sowie genutzte Medien, Differenzierungen und Gruppenbildungen innerhalb der Community, vorherrschende Sprache/n und Religion/en.

Die Beschreibung der eigenen Community diente den Teilnehmerinnen zur gegenseitigen Information und als Übung der eigenen Reflexion. Die Teilnehmerinnen sollten ihre Zielgruppe konkret vor Augen haben.

Im Folgenden stellen sieben der acht Teilnehmerinnen ihre Communities vor.¹⁰

⁹ Vgl. Heckmann, Friedrich: Einwanderung als Prozess in: Blaschke, Jochen; Greussing, Kurt. „Dritte Welt in Europa“: Probleme der Arbeitsmigration, Frankfurt am Main: Syndikat, 1980

¹⁰ Es handelt sich um subjektive Darstellungen. Die vorliegenden Beschreibungen wurden von den Teilnehmerinnen entweder schriftlich eingereicht oder von der Autorin während des Vortrags mitprotokolliert. (TN 8 war neu in Kassel und gehörte keiner Community im genann-

Die türkisch sprechende Community (TN 1 und TN 2)

Es gibt ungefähr 30 bis 35-tausend türkisch sprechende Migrant/innen in Kassel.^{11 12} Sie leben überall in Kassel, ihre bevorzugten Wohnviertel sind allerdings die Kasseler Nordstadt, Waldau, Bettenhausen und Oberzwehren.

Die Männer treffen sich hauptsächlich in Moscheen. Es gibt 6-7 Moscheen als eingetragene Vereine. Es gibt auch viele verschiedene Vereine, in denen sich türkisch sprechende Männer treffen. Männer treffen sich auch häufig in türkischen Cafés und Teehäusern, die in bestimmten Stadtteilen zu finden sind.

Es gibt verschiedene geschlechtsspezifische Vereine, die sich besonders mit türkisch sprechenden Migrant(inn)en beschäftigen, wie z.B. Bengi oder die türkische Mädchen- und Frauen-Beratungsstelle. Hier werden verschiedene Kurse wie z.B. Sprach- und Nähkurse angeboten, aber auch ein Frauenfrühstück veranstaltet.

Für Männer gibt es auch Sportvereine, z.B. Türk-Gucu und Bosphorus.

Unterschiede innerhalb der türkisch sprechenden Community in Kassel sind hauptsächlich generationsbedingt: Die Männer der ersten Generation treffen sich häufiger in den Moscheen und Teehäusern und die Frauen treffen sich untereinander in den Nachbarschaften. Die erste Generation ist strenger religiös und stärker mit der Heimat und den alten Traditionen verbunden.

Die zweiten und dritten Generationen, die hier die Schule besucht haben und ausgebildet wurden, sprechen sowohl Deutsch als auch Türkisch. Weil viele von ihnen berufstätig sind, mischen sie sich mit den Deutschen und gehören gemäß ihren Interessen unterschiedlichen Gruppen an.

Die russisch sprechende Community (TN 3 und TN 4)

Die russisch sprechenden Migrant(inn)en in Kassel lassen sich in drei Gruppen unterteilen: Spätaussiedler (ca. 12.000), Kontingent-Flüchtlinge¹³ (ca. 800), sowie Student(inn)en und Au-pair-Mädchen (ca. 200)

Für die Spätaussiedler/innen gibt es ein Büro und eine Aussiedlerbeauftragte im Rathaus, die sich mit Fragen der Integration der Spätaussiedler/innen beschäftigt.

Dazu gibt es noch den Verein der Landsmannschaft. Dieser Verein bemüht sich, alte Bindungen und Werte aufrecht zu erhalten und versucht sich gegen neue Werte zu wehren, z.B. gegen Homosexualität. Viele Spätaussiedler/innen fühlen sich von der deutschen Gesellschaft ausgegrenzt und schlecht behandelt, weil die Deutschen sie als Ausländer/innen und als Russ(inn)en bezeichnen und so behandeln. Die Spätaussiedler/innen wurden auch in Russland ausgegrenzt und verfolgt. Sie haben gedacht, dass sie in Deutschland endlich dazugehören würden und als Deutsche Anerkennung finden und nicht als Ausländer/innen bezeichnet werden.

Die bevorzugten Wohngebiete der russisch sprechende Community innerhalb der Stadt sind Waldau, Brückenhof, Helleböhn, Mattenberg und im Landkreis Baunatal,

ten Sinne an.)

¹¹ Die im Folgenden angegebenen ungefähren Zahlen wurden von den Teilnehmerinnen selbst genannt. Vergleichbare offizielle Daten gibt es hierzu nicht. Eine Orientierung am Ausländerzentralregister erscheint nicht in jedem Fall sinnvoll, da hier nach deutschem Recht eingebürgerte Migrant(inn)en ebenso wenig erfasst werden wie Migrant(inn)en ohne rechtlichen Status.

¹² Offizielle Zahlenangabe des Ausländerzentralregisters der Stadt Kassel für 2004: 9,809

¹³ Analog zum Kontingentflüchtlingengesetz erfolgte in den letzten Jahren die Aufnahme von jüdischen Emigranten aus Staaten der ehemaligen SU.

Vellmar, Helsa und Hofgeismar.

Die russisch sprechenden Spätaussiedler/innen treffen sich im Rathaus, im Vereinshaus der Landsmannschaft und in der Brüderkirche, in der einmal im Monat ein russischer Gottesdienst gefeiert wird. Viele Einrichtungen arbeiten mit der Community zusammen, z.B. die Caritas, die Otto-Beneck-Stiftung und das Dialog Institut, von dem Deutschkurse und Sozialberatung angeboten werden.

Die zweite Gruppe von russisch sprechenden Migrant(inn)en, die Kontingent-Flüchtlinge, treffen sich in der Synagoge ihrer jüdischen Gemeinde. Hier werden unter anderem Sprachkurse, Malkurse, Tanzkurse, Kinderbetreuung und Beratung angeboten. Auch sie sind mit der Otto-Beneck-Stiftung verbunden.

Die Dritte Gruppe, die Student(inn)en, sind mit dem Leben an der Universität Kassel verbunden und leben auch in der Nähe der Universität.

Die meisten russisch sprechenden Migrant(inn)en gehören entweder der orthodoxen, katholischen, evangelischen oder der jüdischen Religion an.

Es gibt einen russischen Supermarkt an der Holländischen Straße, in dem man Lebensmittel aus Russland kaufen und auch mal Landsleute treffen kann.

In Deutschland gibt es zudem russische Zeitschriften, die auch in Kassel erhältlich sind.

Die eritreische Community (TN 5)

Die eritreische Community in Kassel besteht aus etwa 600 Mitgliedern, die hauptsächlich in der Kasseler Nordstadt, in Waldau und in Brückenhof leben.

Man kann drei Generationen eritreischer Migrant(inn)en in Deutschland unterscheiden. Die erste Gruppe kam in den sechziger und siebziger Jahren nach Deutschland (einige von ihnen sind schon etwa 75 Jahre alt). Dann gibt es noch jüngere Leute, die erst seit ein paar Jahren hier sind. Viele von der ersten Generation haben keine Möglichkeit gehabt die deutsche Sprache zu erlernen und viele, die während des Krieges in der Heimat aufgewachsen sind, sind zudem Analphabeten.

Man zählt die hier Geborenen oder die, die als Kleinkinder hierher gekommenen sind, zur zweiten Generation. Die meisten von ihnen sprechen sowohl die Muttersprache Tigrinya als auch Deutsch. Es gibt noch dazu einige Kinder, die noch klein sind und die man zu der dritten Generation zählen kann.

In Kassel gibt es derzeit drei aktive Vereine: Die Eritrean Liberation Front (ELF), die People's Liberation Front (PLF), die beide mit den gleichnamigen politischen Parteien in Eritrea verbunden sind und seit ein paar Jahren außerdem noch den Eritreischen-Einheits-Verein, der keine politischen Verbindungen hat.

Die meisten Eritreer sind Christen, aber es gibt auch eine kleine muslimische Minderheit.

Außerhalb der Vereine treffen sich die Eritreer/innen häufig zu verschiedenen Familienfeiern und Festen. Der Eritreische-Einheits-Verein bietet Räume zur Nutzung für Freizeit und Familienfeiern an. Geplant ist auch Tigrinyaunterricht für Kinder in diesen Räumen anzubieten.

Jede zweite Woche bietet die evangelische Zions-Kirche einen Gottesdienst für die eritreische Community an.

Die afghanische Community (TN 7)

In Kassel leben ungefähr 2.000 Menschen aus Afghanistan. Ihre bevorzugten Wohnviertel sind Brückenhof und Waldau.

Die Menschen aus Afghanistan sind hauptsächlich auf zwei Religionsgruppen verteilt: Muslime und Hindus.

Frauen treffen sich häufig in Brückenhof und bei I-Punkt. Das sind Treffpunkte, die nicht speziell für Frauen aus Afghanistan sind. Die Männer haben keine besonderen Treffpunkte. Vielleicht treffen sie sich in den Moscheen oder in bestimmten Cafés. Bis jetzt gibt es keinen Verein.

Die polnisch sprechende Community (TN 6)

Noch vor 10 Jahren konzentrierte sich die polnisch sprechende Community auf die drei Stadtteile Brückenhof, Hellebön, und Waldau. In den letzten Jahren sind viele aus diesen Stadtteilen weggezogen. Mittlerweile haben sie sich auf die verschiedensten Stadtteile verteilt.¹⁴

Ein wichtiger Treffpunkt ist die polnische Kirchengemeinde an der Druseltalstraße. Hier wird Religionsunterricht für polnisch sprechende Kinder, Musik und Tanz angeboten. Für die 30-50 Jährigen gibt es einen Chor und einen Gesprächszirkel.

Die Jugendlichen und jüngere Leute haben keine gemeinsamen Treffpunkte. Sie treffen sich eher privat in kleinen Kreisen, die nicht unbedingt heimat- oder sprachbezogen sind. Die meisten Kinder und Jugendlichen sprechen gut deutsch und werden gut in die deutsche Gesellschaft integriert.

An bestimmten Tagen werden polnische Lebensmittel von einem mobilen Verkaufswagen in Brückenhof angeboten.

Es gibt einen Fernseh-Satellitenanschluss zu TV Polonia, der besonders bei den älteren Leuten beliebt ist.

5.4.3.2 Umgang mit Begriffen und Bildern

Anschließend sollten die Teilnehmerinnen überlegen, inwieweit die im Verlauf des bisherigen Trainings verwendeten Begriffe und Bilder für Aufklärungsveranstaltungen innerhalb der eigenen Communities hilfreich sein könnten.

Dabei wurde deutlich, dass die aus der ersten Trainingseinheit bekannten Methoden und Materialien nicht ohne weiteres auf jeden Kulturkreis und jede Altersgruppe übertragbar sind.

Einige Teilnehmerinnen konnten sich zunächst nicht vorstellen, bestimmte Worte und Bezeichnungen in ihre Muttersprache zu übersetzen und diese wie selbstverständlich zu benutzen, geschweige denn Abbildungen, auf denen Geschlechtsverkehr dargestellt wird, zu zeigen.

¹⁴ Der Teilnehmerin war nicht bekannt, wie viele polnisch sprechende MigrantInnen derzeit in Kassel leben. Laut offiziellem Eintrag im Ausländerzentralregister der Stadt hielten sich 2004 1.179 gemeldete Personen mit polnischem Pass in Kassel auf. Darüber hinaus gibt es eine Gruppe polnisch sprechender Migrant(inn)en mit Aussiedlerhintergrund und dementsprechend deutscher Staatsangehörigkeit.

Hierzu einige Kommentare:

TN 5 (Herkunftsland Eritrea): *„Es ist nicht leicht in der Muttersprache bestimmte Sachen zu erzählen. Es ist vielleicht einfacher in der deutschen Sprache. Aber diese Dinge und Wörter zu übersetzen und in der eigenen Muttersprache zu nennen, das ist schwierig. Man kann vielleicht eine solche Sprache unter gleichaltrigen Frauen benutzen, aber mit Männern oder Kindern kann man nicht so reden. Wir erzählen unseren Kindern solche Dinge nicht. So offen reden wir nicht über Sexualität mit unseren Kindern.“*

TN 3 (Herkunftsland Russland): *„Mit jungen Leuten ist es vielleicht kein Problem. Aber mit den älteren Leuten sollte man vielleicht nicht so detailliert über bestimmte Themen, wie Analverkehr oder Lecken, reden.“*

TN 1 (Herkunftsland Türkei): *„Die Bilder sind schwierig. Diese Bilder kann man vielleicht bei jüngeren Männern verwenden, besonders bei solchen, die hier aufgewachsen sind. Aber weil bei jungen Frauen viel Wert auf Jungfräulichkeit gelegt wird, kann man schlecht solche Bilder zeigen, ohne dass einem vorgeworfen wird, dass man den Mädchen zu viel von Dingen erzählt, die sie nicht unbedingt wissen müssen. Vielleicht kann man bestimmte Sachen beschreiben, ohne diese konkret zu benennen und ohne solche Bilder zu zeigen. Für Türken, die nicht hier aufgewachsen sind, ist es besonders schwierig.“*

Die fünf Risikomännchen-Karten, auf denen explizit sexuelle Praktiken abgebildet werden (s. auch Annex 2), scheinen für einige kulturelle Gruppen nicht akzeptabel zu sein. Sie wurden von den Teilnehmerinnen zunächst als sehr beschämend empfunden. Entsprechend wurde darüber diskutiert, ob man auf die Verwendung dieses Bildmaterials nicht besser verzichten sollte.

5.4.3.3 Vorbereitung einer Veranstaltung: Allgemeine Überlegungen

Die Bedenken die aufkamen, als sich Teilnehmerinnen mit den Begriffen und Bildern zum Sexualverhalten beschäftigt hatten, begleiteten den Diskussionsprozess weiterhin.

Im nächsten Schritt sollten die Teilnehmerinnen eine konkrete Zielgruppe aus ihrer Community vorstellen und versuchen, für diese eine adäquate Aufklärungsmethode zu entwickeln. Nach wie vor schien jedoch, dass die Risikomännchen-Karten - insbesondere die fünf, die von einer der Teilnehmerinnen „die gefährlichen Karten“ genannt wurden - Unbehagen bereiteten.

TN 3 (Herkunftsland Russland): *„Wir aus Europa denken, wir hätten kein Problem über Sexualität zu reden, wir seien emanzipiert. Man denkt immer, dass nur die muslimischen Frauen so begrenzt seien, wenn es um Sexualität geht. Aber eigentlich sind wir Frauen alle etwas gehemmt. Ich bin heute morgen aufgewacht und bekam einen Schock bei der Vorstellung, dass ich vor einer Gruppe stehe und diese Karten zeige.“*

TN 4 (Herkunftsland Russland/Kaukasus): *„Man muss vorher sehr gut überlegen, wie man mit Sexualität als Thema umgeht. Vielleicht ist es besser, sich mehr auf die Krankheit zu konzentrieren und dabei nicht so explizit auf das Sexualverhalten einzugehen. Ich weiß nicht wie die Leute reagieren werden, wenn ich Homosexualität anspreche. Wenn man mit Russen über Schwule spricht, sagen die Männer, dass Schwule keine Männer sind und dass man sie erschießen soll.“*

TN 7 (Herkunftsland Afghanistan): *„Eine gemeinsame Veranstaltung für Männer und Frauen der afghanischen Community geht nicht. Ich kann nur eine Veranstaltung für Frauen machen und da auch nur für erwachsene Frauen über achtzehn. Für Männer muss man Männer trainieren, damit die dann Kon-*

takte mit anderen Männern aufnehmen und eine Veranstaltung für Männer organisieren.“

TN 5 (Herkunftsland Eritrea): *„Ich habe darüber nachgedacht, wie ich das machen kann, nicht wegen der Religion, aber wegen der Kultur. Ich habe Angst, was alleine zu machen. Ich habe letzte Nacht mit meinem Mann darüber gesprochen und er fand das sehr gut. Aber ich habe trotzdem Angst. Vielleicht kann ich eine Veranstaltung mit Freundinnen oder mit mir bekannten Frauen machen, aber nicht mit Kindern. Meinen eigenen Kindern kann ich so etwas auch nicht erzählen.“*

TN 2 (Herkunftsland Türkei): *„Ich habe auch von den Bildern und Karten geträumt. Ich werde zwei Gruppen nehmen, die ich betreue. Das sind Altenpflegeschüler und Schülerinnen. Aber ich werde nur Frauen nehmen, erwachsene Frauen, die auch Erfahrung mit Sexualität haben.“*

TN 1 (Herkunftsland Türkei): *„Ich habe gestern Abend mit einer Freundin gesprochen. Ich denke, ich werde mit türkischen Frauen der ersten Generation, der Generation meiner Mutter, sprechen, so dass sie sich Gedanken über ihre Kinder machen können.“*

Insgesamt wurde deutlich, wie komplex sich die Frage nach der geeigneten Zielgruppe in Realität gestaltet. Innerhalb der Communities müssen die unterschiedlichsten Differenzierungen und Strukturen mitbeachtet werden; dort spielen Alter, Geschlecht und tradiertes Verhalten eine große Rolle.

Darüber hinaus ist bemerkenswert, wie intensiv sich die Frauen auch noch nach Ende des ersten Trainingstages mit dem Diskutierten beschäftigt hatten (erste Gedanken beim Aufwachen, Träume, Gespräche mit Partnern und Freundinnen).

5.4.3.4 Umgang mit Scham

Der bisherige Verlauf des Vorbereitungskurses hat gezeigt, dass der Umgang mit Schamgefühlen ein wichtiger Aspekt für die Teilnehmerinnen ist. Es ist aber wichtig, sein eigenes Schamgefühl zu reflektieren. Daher sollten sich die Teilnehmerinnen in Partnergesprächen mit der Fragestellung: *„Wann und in welchen Situationen schäme ich mich?“* auseinander setzen.

TN1 (Herkunftsland Türkei): *„Scham hat was mit Erziehung zu tun. Es ist ein Teil der Sozialisation. Es ist Teil der Kultur und der Religion. Ich lebe jetzt in einem anderen Land, mit einer anderen Kultur und merke, wie unterschiedlich das ist. Scham hat mit Sexualität zu tun. Aber es geht auch um Respekt gegenüber seinen Eltern und gegenüber älteren Leuten, die zur Generation der Eltern gehören. Ich habe erst hier die Erfahrung gemacht, dass man über Sexualität genau wie über andere Themen, wie z.B. Politik, sprechen kann. Ich erfahre immer wieder, wie unterschiedlich Sexualität in verschiedenen Gruppen thematisiert oder interpretiert wird, in Gesprächen mit meinen Landesleuten oder mit Deutschen. Es gibt einen Unterschied zwischen deutschen und türkischen Männern, wenn es um das Thema Sexualität geht. Ich habe weniger Hemmung mit deutschen Männern über Sexualität zu sprechen.“*

TN 5 (Herkunftsland Eritrea): *„Es ist schwierig über Sexualität zu sprechen. Ich schäme mich, besonders in gemischtgeschlechtlichen Gruppen. Ich befürchte, als schamlose Frau bezeichnet zu werden und dabei meinem Status in der Community zu schaden. Vor meinen Kindern würde ich mich auch schämen. Wir reden nicht über Sexualität. Ich kann mir das nicht vorstellen. Genau wie ich es mir nicht vorstellen kann, mit meinen Eltern über Sexualität zu reden.“*

TN 4 (Herkunftsland Russland/Kaukasus): *„Scham ist sehr situations-*

abhängig. Es ist die Angst, einen Fehler zu machen. Es ist Angst, sich beim Klavierspielen zu blamieren. Aber es hat auch etwas damit zu tun, dass man als respektlos bezeichnet werden könnte, beispielsweise, wenn ich vor meinem Vater rauchen würde. Aber auch Sexualität, die Erziehung im Kaukasus, wo ich herkomme, ist etwas anders als in anderen Teilen von Russland, sie ist etwas strenger auch im Sexualverhalten.“

TN 6 (Herkunftsland Polen): *„Ich würde es schwierig finden, in einer gemischtgeschlechtlichen Gruppe mit Kondomen zu üben. Ich schäme mich auch, wenn ich denke, dass ich etwas Falsches gemacht habe. Als ich nach Deutschland kam, habe ich mich oft geschämt, weil ich dachte, ich könnte nicht mehr so gute Leistungen wie vorher erbringen. Ich schämte mich von mir selbst. Aber Sexualität war nie ein heikles Thema mit meinen Eltern. Meine Mutter hat mir vieles erzählt. Ich würde meine Eltern auch zu einer Veranstaltung einladen. Trotzdem ist es für mich schwierig einzuschätzen, wie viel man mit ihnen reden kann, ohne ihr Schamgefühl zu verletzen.“*

TN 3 (Herkunftsland Russland): *„Ich empfinde keine Scham im Bezug auf Aids. Es ist eine Krankheit. Ich könnte mir vorstellen, Jugendliche aufzuklären, aber ohne diese Bilder. Die Bilder finde ich gefährlich. Vor Gruppen älterer Menschen könnte ich auch sprechen. Aber es ist kein Thema für die Generation meiner Eltern. Die sind nicht gefährdet. Ich würde aber nicht die Bilder mit den Sexpositionen benutzen.“*

TN 7 (Herkunftsland Afghanistan): *„Ich bin selbstbewusst und ich habe keine Hemmungen zu reden. Ich kann über vieles reden, aber in differenzierten Gruppen. So würde ich mich wohler im Umgang mit dem Thema fühlen. Meine Landsleute sind sehr von ihrer Kultur und Religion geprägt und man muss sich richtig vorbereiten. Die Leute könnten schon sagen, dass ich mich schamlos verhalte, aber das Thema ist wichtig, und irgendjemand muss doch darüber sprechen.“*

Alle Teilnehmerinnen waren sich am Ende der Diskussion darüber einig, dass Fragestellungen nach möglichen Grenzen des Schamgefühls stets beachtet und von der Gesundheitsdolmetscherin überdacht werden müssen. Allen Beteiligten der Veranstaltung muss die Möglichkeit zur Wahrung ihres Gesichts gelassen werden. Die Gesundheitsdolmetscherin soll sich nicht als ‚schamlose Frau‘ definieren müssen, sie braucht jedoch ein starkes individuelles Selbstbewusstsein. Allen Teilnehmerinnen war klar, dass das Tabu, über Sexualität zu reden, durchbrochen werden muss. Die Frage nach dem ‚Wie?‘ blieb zunächst offen, sollte jedoch im weiteren Verlauf des Trainings konkretisiert werden.

5.4.3.5 Wie kann ich in meiner Community Aufklärung betreiben?

Im nächsten Schritt entwarfen die Teilnehmerinnen erste Pläne zur Realisierung einer eigenen Aufklärungsmethode.

TN 1 (Herkunftsland Türkei) plante eine Aufklärungsveranstaltung mit Frauen aus der ersten Einwanderergeneration durchzuführen. Sie wollte ungefähr 10 Frauen, Freundinnen und ihre Mutter, persönlich einladen, zuvor jedoch ein Gespräch mit ihrer Mutter führen. Als Methode beabsichtigte sie, Bilder und Folien aus dem Training zu benutzen, auf die Risikomännchenkarten aber lieber zu verzichten.

„Für mich ist es wichtig, dass ich bei dem was ich tue, Selbstvertrauen habe und meine Grenzen richtig einschätze.“

Die andere türkisch sprechende Frau (TN 2) wollte eine Veranstaltung als zusätzliches Angebot im Rahmen der Gesundheitsaufklärung an der Altenpflegeschule, in der sie arbeitet, anbieten. Sie beabsichtigte die Veranstaltung zweisprachig, auf türkisch und auf deutsch, anzubieten. Jedoch wollte sie ihre Veranstaltung aus-

schließlich mit weiblichen Pflegeschülerinnen durchführen. Die (beiden) Männer aus ihren Klassen sollten nicht eingeladen werden. Genau wie TN 1 wollte sie methodisch auf Bilder und Folien aus dem Training zurückgreifen, die Risikomännchenkarten jedoch möglichst aussparen.

TN 6 aus Polen wollte eine sowohl gemischtgeschlechtliche als auch altersgemischte Gruppe zusammenstellen. Entsprechend plante sie 15 bis 20 Frauen und Männer aus ihrem Bekanntenkreis im Alter von 20 bis 30 Jahren und etwa 10 Personen aus der Altersgruppe ihrer Eltern im Alter von 50 bis 60 Jahren zu ihrer Veranstaltung einzuladen. Sie beabsichtigte alle Medien, die sie im Training kennen gelernt hatte, einzusetzen. Ihre einzige Einschränkung war, dass sie die Praxisübung mit den Kondomen lediglich mit den jüngeren Teilnehmer(inne)n durchzuführen plante.

TN 5 (Herkunftsland Eritrea) dachte über drei verschiedene Möglichkeiten nach. Sie wollte entweder eine Veranstaltung mit eritreischen Jugendlichen einer Asylunterkunft durchführen, eine Veranstaltung mit Frauen aus ihrem Bekanntenkreis oder eine Veranstaltung für Mitglieder des eritreischen Vereins. Letztere vielleicht auch mit männlichen Teilnehmern. In jedem Fall beabsichtigte sie lediglich mit einer Auswahl des bekannten Aufklärungsmaterials und ohne Risikomännchenkarten zu arbeiten.

TN 7 (Herkunftsland Afghanistan) hatte sich dazu entschlossen, eine Veranstaltung für 20-25jährige verheiratete Frauen anzubieten. Sie plante Frauen über I-Punkt zu kontaktieren. Als geplante Methoden nannte sie Gruppendiskussionen, Verwendung von Bildern und Folien sowie eine Demonstration zur richtigen Anwendung von Kondomen. Auch sie wollte die Risikomännchenkarten nicht verwenden.

Die russisch sprechende TN 4 plante die Durchführung von drei unterschiedlichen Veranstaltungen. Ihre erste Zielgruppe sollten russisch sprechende Männer aus der JVA sein. Ihre zweite Veranstaltung sollte sich aus einer gemischtgeschlechtlichen Gruppe Erwachsener zusammensetzen, die ihr aus dem Unterricht an der Sprachschule bekannt war. Die jeweils dritten und vierten Veranstaltungen sollten sich aus Personen ihres Bekanntenkreises (verheiratete und unverheiratete Paare) zusammensetzen.

Die andere russisch sprechende TN 3 beabsichtigte ebenfalls mehrere Veranstaltungen für unterschiedliche Gruppen ihrer Community anzubieten. Alle Veranstaltungen sollten über die Schulleitung der Sprach- und Berufsschule (ihrem Arbeitsplatz) organisiert werden. Als Methode beabsichtigten beide (TN 3 und TN 4), die Bilder und Folien aus dem Training zu benutzen, die richtige Anwendung eines Kondoms frontal zu demonstrieren und auf eine Verwendung der Risikomännchenkarten komplett zu verzichten.

5.4.3.6 Rollenspiele

Bei dieser Übung wurden verschiedene Aspekte der geplanten Veranstaltungen in Form von Rollenspielen simuliert, auf Video aufgenommen und im Anschluss miteinander diskutiert.

TN 1 versuchte beispielsweise mit ihrer Mutter über Aids zu sprechen. Sie bittet ihre Mutter, ihre Freundinnen zu einer Aufklärungsveranstaltung einzuladen.

TN 5 probierte Frauen und Männer aus ihrem eritreischen Verein anzusprechen. Ihr Rollenspiel verdeutlichte, wie schwierig sich bereits das Ansprechen von Personen gestalten kann.

In einer anschließenden Diskussion wurde vorgeschlagen, Kleingruppen nach Hause einzuladen bzw. das eigene Konzept zur Aufklärung neu zu überdenken, wenn ein öffentliches Projekt am Anfang nicht realisierbar erscheint.

6 Phase 2: Einsatz in der Primär- und Sekundärprävention

6.1 Überblick

Von den acht Frauen, die am Training zur Gesundheitsdolmetscherin teilgenommen haben, konnten fünf Frauen zwischen Januar und Juli 2005 eigene Aufklärungsveranstaltungen organisieren und durchführen. Eine Teilnehmerin organisierte zwei Veranstaltungen. Zwei der Frauen sind kurzfristig aus Kassel weggezogen (TN 7 und TN 8), eine andere Frau (TN 2) musste aufgrund beruflicher Veränderungen absagen.

Trotz großer Bemühungen gelang es nicht, Gesundheitsdolmetscherinnen in der Sekundärprävention einzusetzen. Als entscheidende Hürde erwies sich die Identifizierung möglicher Klient(inn)en der Aidshilfe. In der relativ kurzen Phase der praktischen Durchführung (fünf Monate), bestand aus Sicht der Mitarbeiter/innen der Beratungsstelle bei keinem der Klient(inn)en mit Migrationshintergrund der Bedarf oder die Möglichkeit, dieses erweiterte Angebot zu nutzen. Diese Problemstellung wurde auch durch die beschränkte Anzahl von Kulturräumen verstärkt, aus denen die Gesundheitsdolmetscherinnen stammten.

Allerdings stellt die AIDS-Hilfe Kassel inzwischen die Vernetzung mit den Gesundheitsdolmetscherinnen bewusst nach außen dar, um auf die erhöhte Kultur- und Sprachkompetenz hinzuweisen. Migrant(inn)en aus entsprechenden Kulturräumen wird angeboten, Kontakt zu den Gesundheitsdolmetscherinnen aktiv im Beratungsprozess zu nutzen. Daher ist mittelfristig davon auszugehen, dass ein Einsatz der Gesundheitsdolmetscherinnen auch im Bereich der Sekundärprävention geschehen wird.

Exemplarische Dokumentation einer Aufklärungsveranstaltung

Beispielhaft folgt hier die Dokumentation einer Veranstaltung, die von einer Gesundheitsdolmetscherin aus Eritrea (TN 5) mit Unterstützung der Kasseler AIDS-Hilfe organisiert und realisiert worden ist.

Die Veranstaltung wurde in Tigrinya, eine der Hauptsprachen Eritreas, durchgeführt. Die Veranstaltungsplanung wurde im Vorfeld mit einer Mitarbeiterin der Kasseler AIDS-Hilfe durchgesprochen und notwendige Unterlagen der Gesundheitsdolmetscherin zur Verfügung gestellt.

Die Gesundheitsdolmetscherin hatte acht Frauen aus ihrem Bekanntenkreis zu einer nachmittäglichen Veranstaltung in die Räume des Büros für interkulturelle Vermittlung eingeladen. Dieser Ort wurde gewählt, da die Frau dort als interkulturelle Vermittlerin tätig ist. Das Büro befindet sich in einem Stadtteil, in dem viele Migrant(inn)en aus Eritrea leben.

Sieben der acht eingeladenen Frauen waren gekommen. Alle Frauen kannten sich untereinander, wobei die jüngste Teilnehmerin 37 Jahre und die älteste 52 Jahre alt war. Sie alle waren verheiratet und hatten sowohl minderjährige als auch erwachsene Kinder. Eine Frau hatte ihren kleinen, etwa sechs-jährigen Sohn mitgebracht.

Mit anwesend waren eine Mitarbeiterin der Kasseler AIDS-Hilfe und die Autorin der Evaluation.

Die Gesundheitsdolmetscherin vermittelte die Fakten über Aids mit Hilfe von Bildern und Folien. Die Übung mit den bekannten Risikomännchenkarten wurde bewusst vermieden. Auf die korrekte Anwendung eines Kondoms wurde eingegangen, indem ein Kondom präsentiert, ausgepackt, entrollt und kurz erläutert wurde. Anschließend

wurden Kondome an die Teilnehmerinnen ausgegeben, die diese dann mit nach Hause nehmen konnten.

6.1.1 Darstellung einzelner Diskussionspunkte

Die Frauen zeigten sich schockiert über die Prävalenz von Aids im südlichen Afrika. Um diese besser darstellen zu können, wurde die gesamte Bevölkerung Eritreas als Vergleichsgröße herangezogen.¹⁵

„Früher dachten viele der hier lebenden Eritreer, dass es kein Aids in Eritrea gäbe. Aber mittlerweile ist uns auch bekannt, dass es dort durchaus viele Aidskranke gibt. Manche Frauen sind besorgt, wenn ihre Männer nach Eritrea reisen.“

Die Frauen erzählten, dass einige Ehefrauen ihre Männer nach deren Rückkehr aus Eritrea zu einem HIV-Test schickten. Überraschung zeigten die Frauen als sie erfuhren, dass ein negatives HIV-Testergebnis erst drei Monate nach der letzten Risikosituation ein sicheres Ergebnis ist. Eine Frau erzählte, dass sie von einem Mann gehört habe, der aus Eritrea zurückkam und seiner Frau ein in Eritrea ausgestelltes Zertifikat vorlegte, um ihr zu beweisen, dass er gesund und nicht mit HIV infiziert sei.

Ansteckungsgefahr in der Arztpraxis und durch Kontakt mit Blut: Die Frauen äußerten Unsicherheit darüber, ob Ärztinnen und Ärzte im Umgang mit medizinischen Instrumenten vertraut seien (Sterilität von Spritzen etc.). Eine innerhalb der eritreischen Community kursierende Geschichte über Blutflecken auf Zahnarztinstrumenten (Vgl.5.4.2.2) beunruhigte die Frauen sehr. Sie fragten, ob man in einem solchen Fall den Arzt ansprechen könne. Zudem hatten die Frauen Angst vor jeglichem Kontakt mit Blut, insbesondere vor einem möglichen Kontakt mit Fremden, wie z.B. im Fall von erster Hilfe oder bei Spielunfällen unter den Kindern. Eine Frau berichtete von einer weiteren Geschichte, die innerhalb der Community erzählt wird. Eine Hausangestellte, die HIV infiziert war, hätte sich beim Salat zubereiten in den Finger geschnitten. Dabei sei Blut in den Salat getropft. Anschließend hätte jemand den Salat gegessen und sei an Aids erkrankt.

Eine vermeintliche **Übertragungsgefahr von HIV durch Mücken** beunruhigte die Frauen vor allem im Hinblick auf ihre eigenen Reisen nach Eritrea.

Weiter berichteten die Frauen von ihren Erfahrungen und Ängsten im Umgang mit HIV und Aids. Hier bestand ebenfalls Aufklärungsbedarf.

„Die Leute haben viel Angst vor Ansteckung mit Aids. Sie haben Angst Leute mit Aids anzufassen, das gleiche Geschirr zu benutzen, sie zu pflegen oder mit ihnen eine gemeinsame Toilette zu benutzen. Einige haben sogar Angst vor öffentlichen Räumen, zum Beispiel in die Sauna zu gehen oder in Hotels durch Bettlaken angesteckt zu werden.“

„Früher in Eritrea haben die Leute das Geschirr weggeschmissen, aber mittlerweile gibt es in Eritrea mehr Aufklärung. HIV-Infizierte und Aidskranke werden heute besser akzeptiert und auch umsorgt. Diese Veränderung hat aber innerhalb der eritreischen Community in Deutschland nicht statt gefunden. Hier werden Personen, die an Aids erkrankt sind oder von denen dieses vermutet wird, nach wie vor ausgegrenzt. Die Leute wollen sie nicht mehr besuchen oder mit ihnen Kontakt haben. Sie befürchten Ansteckung.“

¹⁵ Die Anzahl der HIV Infizierten in Subsahara-Afrika, entspricht dem 5-6 fachen der Gesamtbevölkerung Eritreas. Eritrea zählt eine Bevölkerung von ungefähr 4 Millionen Einwohnern. Die Anzahl der HIV-infizierten in Eritrea selbst wurde mit 70,000 angegeben.

Die Frage nach dem Ursprung von Aids wurde ebenfalls angesprochen. Die Frauen wollten wissen, woher die Krankheit käme. Eine Frau erzählte, sie hätte die ‚Geschichte‘ gehört, dass ein Afrikaner mit einem Affen Geschlechtsverkehr gehabt hätte, sich dabei mit dem Virus angesteckt und die Krankheit so übertragen hätte. Für sie war diese Geschichte unvorstellbar und auch die anderen Frauen wollten wissen, inwieweit diese Geschichte der Wahrheit entspräche und ob tatsächlich davon auszugehen sei, dass die Krankheit in Afrika ihren Anfang genommen hätte.

Eine der Frauen meinte, dass Aids eine Strafe Gottes für die Sünden der Menschheit sei und dabei besonders für Homosexualität. Daraufhin gab es eine heftige Diskussion, bei der sich die anderen Frauen gegen diese Behauptung stellten und versuchten die Frau zu überzeugen.

In einem Gespräch, das die Autorin nach der Veranstaltung mit der Gesundheitsdolmetscherin geführt hat¹⁶, erklärte diese, dass es innerhalb der eritreischen Community eine Gruppe Christen gäbe, die derartige ‚Sündenthesen‘ vertreten. Darüber hinaus werde Homosexualität unter Männern in der eritreischen Gesellschaft sehr stark abgelehnt und Homosexualität unter Frauen gar nicht erst zur Kenntnis genommen. Viele behaupten, es gäbe keine Homosexualität in Eritrea.

Die Frauen zeigten großes Interesse an den Kondomen. Einige waren der Meinung, dass Frauen ihre Männer nicht auf Kondome ansprechen könnten, geschweige denn verlangen, dass sie Kondome benutzen sollten. Eine Frau, deren Mann gerade nach Äthiopien gereist war, wurde von den anderen scherzhaft dazu aufgefordert, dass sie demnächst etwas aufpassen müsste. Außerdem solle sie ihren Mann nach dessen Rückkehr zu einer Untersuchung schicken und ihn auffordern Kondome zu benutzen. Diese Bemerkung sorgte unter den Frauen für große Heiterkeit.

Einige erzählten, sie hätten vorher noch nie Kondome gesehen.

Die meisten Frauen waren der Auffassung, dass sie nicht gefährdet seien, weil sie nicht mehr jung und ihre Männer ohnehin treu seien. Viel größere Sorgen machten sie sich um ihre Kinder und überlegten, wie sie diese schützen könnten. Sie waren ratlos, wie sie mit ihren Kindern über Aids sprechen sollten. In eritreischen Familien wird mit den Kindern nicht über Sexualität gesprochen. Die meisten Eltern und Jugendlichen schämen sich.

Als die Gesundheitsdolmetscherin zuhause an ihrer Präsentation arbeitete, wurde sie von ihrer Tochter gefragt, was sie denn mache. Als sie erklärte, dass sie eine Informationsveranstaltung zum Thema Aids mit eritreischen Frauen vorbereite, kommentierte ihre Tochter: „*Mama, warum beschäftigst du dich mit solch dummen Sachen, hast du denn nichts besseres zu tun?*“

Die hier geborenen eritreischen Kinder meinen häufig, sie seien schlauer als ihre Eltern, weil sie besser mit der deutschen Sprache umgehen können. Sie denken, ihre Eltern seien altmodisch und hätten wenig Ahnung davon, wie man in Deutschland lebt. Dieser Umstand macht es eritreischen Eltern noch schwieriger mit ihren Kindern und besonders mit den Jugendlichen über Sexualität oder Aids zu sprechen.

¹⁶ Nicht alle Teile der Veranstaltung konnten parallel übersetzt werden. Hierfür hätte eigens eine Sprachdolmetscherin eingesetzt werden müssen.

6.1.2 Rückmeldungen zur Veranstaltung

Gegen Ende wurden die Frauen aufgefordert, Kritik zur Veranstaltung zu äußern.

Alle Frauen beteuerten einhellig, froh darüber zu sein, soviel Neues gelernt zu haben. Der Vortrag in ihrer Muttersprache habe ihnen ermöglicht, Dinge über Aids zu erfahren, die sie nicht wussten oder bislang nicht verstanden hatten. Sie hätten die Möglichkeit gehabt, Fragen zu klären und miteinander zu diskutieren. Nun bräuchten sie keine Angst mehr vor HIV-Infizierten zu haben, weil sie gelernt hätten, dass man sich nicht durch alltäglichen Kontakt anstecken könne.

Eine Frau sagte: *„Wir sind schlauer geworden, unsere Augen sind jetzt offen und wir werden die Männer im Auge behalten.“*

Einige Frauen konnten sich sogar vorstellen, gemeinsam mit Männern eine ähnliche Veranstaltung zu besuchen, um auch mit ihnen ins Gespräch zu kommen.

7 Phase 3: Evaluation

7.1 Die Gesundheitsdolmetscherinnen berichten über ihre Einsätze

Im Rahmen des Evaluationsprozess kamen die fünf Frauen, die ihre Vorhaben inzwischen ganz oder teilweise realisieren konnten, im April 2005 zu einem Erfahrungsaustausch zusammen. Im Folgenden werden die Eindrücke der beteiligten Gesundheitsdolmetscherinnen dargestellt:

Die Gesundheitsdolmetscherin der eritreischen Community (TN 5): Als Ergänzung zur vorangegangenen exemplarischen Dokumentation ihrer Veranstaltung soll an dieser Stelle die persönliche Einschätzung der Gesundheitsdolmetscherin dargestellt werden.

„Ich hatte Angst, weil ich nicht wusste, wen ich einladen sollte oder ob überhaupt jemand kommt. Alle sind gekommen, außer einer Frau, deren Bruder gestorben war. Schade, dass ich nicht mehr eingeladen habe. Andere Frauen haben mich geschimpft: „Warum haben Sie mich nicht eingeladen?“ Es waren sieben Frauen da und sie waren alle sehr begeistert, weil sie vorher keine Ahnung von Aids oder von Kondomen hatten. Manche hatten noch nie Kondome gesehen. Sie haben auch sehr über bestimmte Dinge gelacht. Doch ich habe mich gefreut, weil sie sehr offen waren. Es war ganz locker und interessant. Sie haben auch viele Fragen gestellt. Es war lebendig. Am Anfang hatte ich etwas Angst, aber nachdem ich angefangen hatte, war die Angst weg. Ich kannte die Frauen und es war in meiner Sprache. Ich konnte fließend reden.“

Am Abend nach der Veranstaltung besucht die Gesundheitsdolmetscherin gemeinsam mit zwei Frauen, die beide an ihrer Aufklärungsveranstaltung teilgenommen hatten, eine Trauerfeier innerhalb der eritreischen Community.

An diesem Abend wurde über Aids diskutiert. Die Gesundheitsdolmetscherin berichtete von einer heftigen Diskussion, die bis zum späten Abend andauerte und bei der sowohl Männer als auch Frauen ihre Meinungen und Kenntnisse zum Thema Aids äußerten. Es wurde viel über die verschiedenen Ursprungstheorien diskutiert und Geschichten über Ansteckungswege wiederholt.

Die Gesundheitsdolmetscherin berichtet:

„Es waren ungefähr fünfundzwanzig Leute da und jeder hat etwas gesagt. Viele hatten falsche Information. Ich habe versucht das aufzuklären, aber es war schwierig. Die wollten mir nicht zuhören, bis ich gesagt habe, dass ich an einem Kurs bei der Aidshilfe teilgenommen habe. Die zwei Frauen die auch bei meiner Veranstaltung waren, haben mich unterstützt und dann konnten wir

endlich mal die Leute über bestimmte Aspekte aufklären. Ich habe auch gesagt, dass es die Krankheit in Eritrea ebenfalls gibt und dass wir alle aufpassen müssen.

Ich war überrascht, dass es ein so großes Bedürfnis gab über Aids zu sprechen und wenn es die Möglichkeit noch einmal gibt, werde ich wieder darüber sprechen.“

Die russisch sprechende Gesundheitsdolmetscherin (TN 3) hat - wie zuvor geplant - ihre Veranstaltung an der Schule, an der sie beschäftigt ist, durchgeführt. Ihre Zielgruppe waren russisch sprechende junge Erwachsene im Alter von 18 bis 27 Jahren, Frauen und Männer. Von den 24 Teilnehmer/innen waren drei verheiratet, die übrigen waren ledig. Die Veranstaltung wurde von der Schulleiterin mitorganisiert und von einer deutschen Lehrerin begleitet. Ebenfalls anwesend war eine Mitarbeiterin der Kasseler AIDS-Hilfe.

Für ihren Vortrag hat die Gesundheitsdolmetscherin alle ihr aus dem Vorbereitungskurs bekannten Materialien verwendet und schließlich auch mit den Risikomännchenkarten gearbeitet. Die Teilnehmer/innen verfolgten die Veranstaltung weitgehend ernsthaft. Zwar wurde über die Risikomännchen gelacht, aber dennoch wurde mit den Karten ohne großes Zögern gearbeitet. Alle Karten wurden auf Anhieb richtig zugeordnet.

Allerdings wussten die meisten nicht, dass ein HIV-Test kostenlos ist und die Ergebnisse vertraulich behandelt werden. Einige äußerten, dass sie sich noch nie Gedanken über ihren HIV Status gemacht hätten und überlegten, einen Test machen zu lassen.

Persönliches Resümee der Gesundheitsdolmetscherin :

„Ich war begeistert, dass die Schüler/innen von dieser Schule so großes Interesse gezeigt haben. Es war eine Gruppe mit etwas älteren Schüler(inne)n, aber sie waren sehr gut informiert. Die Veranstaltung hatte eine sehr positive Wirkung auf meine Person. Ich habe das Gefühl gehabt, dass ich etwas Gutes und etwas Wichtiges tue und dass mir meine Aufgabe gelungen ist. Sie haben sich bedankt und mich gelobt, dass ich so offen in meiner Darstellung war und dass ich mich nicht geschämt habe. Die Schulleiterin hat mich gebeten, auch in andere Klassen zu gehen, obwohl die Schule das nicht finanzieren kann. Sie würde sich freuen, wenn ich aus eigener Initiative weitermachen würde.“

Die polnische sprechende Gesundheitsdolmetscherin (TN 6) hatte eine Veranstaltung mit einer gemischtgeschlechtlichen Gruppe ihrer Community in den Räumen der AIDS-Hilfe Kassel durchgeführt. Von den zahlreich eingeladenen Personen sind letztlich nur sieben erschienen: Drei ihrer Freundinnen gleichen Alters, ihre Eltern und ein weiteres Ehepaar, Freunde ihrer Eltern.

Auch sie hat mit den bekannten Medien und Materialien der Aidshilfe gearbeitet, nachdem sie alle Overheadfolien zuvor übersetzt hatte. Der Umgang mit den Risikomännchenkarten fiel der Gruppe eher schwer, vor allem im Hinblick auf die Benennung der dargestellten Sexualpraktiken. Die beiden älteren Männer vermieden es über sexuelle Übertragungswege zu reden und wandten sich vorzugsweise anderen, eher technischen Fragen (Ansteckungsgefahr durch Mücken etc.) zu. Die jüngeren Frauen enthielten sich gänzlich der Diskussion.

Persönlicher Eindruck der polnischen Gesundheitsdolmetscherin:

„Es war eine Herausforderung für mich, dass meine Eltern dabei waren. Ich habe viele Absagen bekommen. Ich habe bei den Einladungen gesagt, ich mache eine Veranstaltung zum Thema Aids und meine Mutter hat auch viel Propaganda für mich gemacht. Aber es fehlte ganz einfach das Interesse. Die älteren Leute wollten sich nicht mit der Thematik auseinandersetzen und die in

meiner Altersgruppe hatten kein Interesse. Es hat aber trotzdem gut geklappt. Meine Mutter hat zwischendurch Witze gemacht. Ich hatte am Anfang eine Hemmschwelle gehabt, aber meine Eltern waren sehr locker. Sie haben irgendwann mit dem Kondom gespielt und da dachte ich, Oh Gott! Sie haben auch mit den Bekannten diskutiert. Ich glaube, es war das erste Mal, dass ich sie so erlebt habe. Ich habe mehr Angst wegen meines Vaters gehabt, weil ich mit ihm noch nie über Sexualität gesprochen habe. Es war gut, die Ängste waren nicht gerechtfertigt. Es war okay. Es hat mir Spaß gemacht und die Anderen waren begeistert und haben sich bei mir bedankt.“

Die zweite russisch sprechende Gesundheitsdolmetscherin (TN 4) wollte mit Männern der JVA eine Aufklärungsveranstaltung machen. Doch wegen bürokratischer Hindernisse wurde die Veranstaltung lange nicht genehmigt und fand erst nach dem Evaluationstreffen statt. Allerdings konnte die Gesundheitsdolmetscherin ein anderes Vorhaben wie geplant realisieren. Sie organisierte eine Veranstaltung mit einer muttersprachlichen russischen Gruppe, die ihr aus dem Unterricht einer Sprachschule bekannt war. Hierbei handelte es sich um etwa 30 Personen im Alter von 17 bis 30 Jahren, die sie in die Räume der Aidshilfe einlud. Nach einem langen Unterrichtstag war die ganze Gruppe gemeinsam mit ihr dorthin gekommen. Zusätzlich stießen noch zwei Frauen ihres Freundeskreises hinzu und eher zufällig noch ein 60 Jahre alter Mann, der seine 30 jährige Tochter begleitete. In dieser Gruppe waren Männer in der Überzahl.

Auch Gesundheitsdolmetscherin TN 4 machte schließlich kaum Einschränkungen beim Einsatz der Aufklärungsmaterialien. Die Referentin berichtete, dass die Gruppe sehr interessiert war und fast alle Risikomännchenkarten auf Anhieb richtig zuordnen konnte bzw. bereits über gute Vorkenntnisse verfügte.

Trotzdem wurden viele Fragen gestellt und sogar der ältere Herr zeigte aufrichtiges Interesse und beteiligte sich an der Diskussion. Bei der anschließenden Kondom-Demonstration - die Paarübung wurde bewusst ausgespart - hätten die Teilnehmer/innen zwar gelacht, den Vortrag selbst jedoch ernst genommen. Am Ende kamen zwei 17jährige Jugendliche und baten um Kondome. „Natalia, sind die benutzbar, können wir die richtig benutzen oder sind die nur gut für eine Demonstration?“, fragten die beiden die Gesundheitsdolmetscherin. Auch eine Mutter nahm Kondome für ihren Sohn mit.

Persönlicher Eindruck der Gesundheitsdolmetscherin:

„Ich habe am Anfang gezittert. Ich fand es schwierig wegen der unterschiedlichen Alterszusammensetzung. Ich bin auch jung und es waren viele dabei, die älter waren als ich. Aber ich habe mich daran erinnert, dass ich die Lehrerin bin und es hat sehr gut geklappt. Ich habe beide Sprachen, Deutsch und Russisch, benutzt. Die Folien waren auch auf Deutsch. Ich hatte mir vorher Sorgen gemacht, weil ich viele Begriffe auf Russisch, besonders aber aktuelle aus der Umgangssprache, nicht kannte. Aber in der Gruppe war eine russische Lehrerin. Sie hat mir geholfen, wenn mir Wörter fehlten. Am Ende waren alle sehr dankbar, dass sie jetzt genauer informiert waren.“

Die türkisch sprechende Gesundheitsdolmetscherin (TN 1) wollte eine Aufklärungsveranstaltung mit Frauen der ersten Einwanderergeneration durchführen. Die Frauen sollten aus dem Bekanntenkreis ihrer Mutter angeworben werden. Da ihre Mutter jedoch eher davon abriet, bot die nur um wenige Jahre ältere Schwester ihren Freundeskreis an. Zunächst hatten 18 Frauen zugesagt, von denen allerdings 10 kurzfristig wieder absagten. Schließlich fand die Veranstaltung mit acht Frauen mittleren Alters in den Räumen der Kasseler AIDS-Hilfe statt. Ebenfalls anwesend war eine Praktikantin der Aidshilfe.

Wiederum wurde versucht mit dem bekannten methodischen Spektrum der Aidshilfe zu arbeiten. Während der Veranstaltung wurde sowohl Deutsch als auch Türkisch

gesprächen.

„Alle Frauen konnten perfekt Deutsch. Aber über ein solches Thema in der Muttersprache zu sprechen, ist etwas ganz anderes. Das habe ich gemerkt, als ich einmal etwas auf Deutsch gesagt habe und das dann auf Türkisch wiederholte. Da hat man gemerkt, von der Mimik, von der Körpersprache, dass es anders wahrgenommen wurde, obwohl die Frauen beide Sprachen beherrschten.“

Es wurde viel gelacht, aber auch ernsthaft diskutiert. Die Frauen waren über das Ausmaß der globalen Verbreitung von Aids sehr überrascht. Besonders intensiv wurde über Prostitution und über türkische Männer, die Prostituierte aufsuchen und damit ihre Frauen gefährden, diskutiert. Allerdings fühlten sich die meisten als verheiratete Frauen nicht ansteckungsgefährdet. Größer waren ihre Sorgen um die eigenen Kinder. Die Frauen wollten wissen, ob die Kasseler AIDS-Hilfe Aufklärungsveranstaltungen für türkische Jugendliche zum Thema Aids und zu Fragen des Drogenmissbrauchs organisieren könnte. Einige der Frauen nahmen Broschüren und Kondome für ihre Kinder mit.

„Bei der Übung mit den Risikomännchenkarten agierten die Frauen eher unsicher: Sie haben jede Karte bei ‚Hohes Risiko‘ eingeordnet. Ich hatte den Eindruck, dass sie alle sehr ängstlich waren: ‚Spritzen? - lieber nicht, da ist womöglich Blut dran!‘ und ‚Toiletten? - Nein, nein, das ist zu riskant!‘“

Abschließend wurde die Gruppe von der Gesundheitsdolmetscherin in deren Wohnung zu Kaffee und Kuchen eingeladen. Dort ging die Unterhaltung weiter, sowohl über private Dinge, als auch über AIDS. Es wurde auch über Sexualität und über Kinder gesprochen. Die Gesundheitsdolmetscherin berichtete, dass Frauen dieser Generation untereinander sehr offen über Sexualität reden. Es gäbe jedoch große Unterschiede in der Auffassung des richtigen Umgangs mit den eigenen Töchtern, vor allem in Bezug auf die Forderung nach Jungfräulichkeit.

Persönlicher Eindruck der Gesundheitsdolmetscherin:

„Was ich im Nachhinein ganz toll gefunden habe war, dass sich die Frauen auch weiterhin mit dem Thema beschäftigt haben. Weil sie Freundinnen von meiner Schwester waren, habe ich sie auch später immer wieder getroffen und sie haben das Thema angesprochen, auch noch Monate später. Wir haben die Veranstaltung im Februar gemacht und vor kurzem habe ich eine Frau bei meiner Schwester getroffen und wir haben wieder über Aids gesprochen. Sie sagte: ‚Ich habe die Broschüren und Kondome meinem Sohn gegeben und ihm gesagt, er müsse auf das Verfallsdatum achten.“

Ich war im Nachhinein sehr froh darüber, dass ich die Veranstaltung mit den jüngeren Frauen gemacht habe und nicht mit den Frauen der ersten Generation. Sie haben sich bemüht, die Informationen auch weiter zu geben. Also irgendetwas ist wohl angekommen. Die Infoveranstaltung hat etwas bewirkt. Das hat mich persönlich sehr gefreut.“

7.2 Reflexion: Was würdest du anders machen?

Abschließend wurden die fünf Frauen gebeten, ihre Kritik, Kommentare, und Wünsche zu äußern bzw. darüber zu reflektieren, ob sie ihre Aufklärungsveranstaltungen heute genauso wiederholen würden.

Die russisch sprechende Gesundheitsdolmetscherin (TN 4):

„Ich würde die Folien vielleicht aussortieren, einige Folien sind zu detailliert und ungeeignet für bestimmte Zielgruppen. Einige Bilder sind zu alt. Man sieht an der Kleidung und an den Frisuren, dass die Fotos vor mehreren Jahren

aufgenommen wurden. Ich würde gerne in der JVA eine Veranstaltung machen, wenn die bürokratischen Schwierigkeiten ausgeräumt sind.“

Die Türkische sprechende Gesundheitsdolmetscherin (TN 1):

„Heute würde ich meinen Vortrag anders gestalten, mit mehr Information zur Aids-Situation in der Türkei und den politischen Standpunkten der Regierung im Umgang mit der Krankheit und darüber wie Aidshilfe in der Türkei aussieht.

Ich habe mich gefragt, ob es sinnvoll ist bei Jugendlichen einen Betroffenen einzuladen. Gibt es da vielleicht schon Erfahrungen mit solchen Methoden der Aufklärung?“

Russisch sprechende Gesundheitsdolmetscherin (TN 3)

„Es ist einfacher, Leute über Sprachschulen und Lerninstitutionen, wo schon bestimmte Lernstrukturen vorhanden sind, zu erreichen und aufzuklären als einfach nur Leute einzuladen. So hat man bessere Chancen mehr Leute zu erreichen, weil das Angebot Teil des Schulangebots wird.

Ich würde alles wieder genauso machen, wie ich es getan habe.

Man sollte auch mehr Info-Material über die Kasseler AIDS-Hilfe und über Institutionen verteilen, die mit Jugendlichen arbeiten. Und immer wieder Info-Veranstaltungen anbieten, so dass die Beratungsstelle in Erinnerung bleibt, und um mehr russisch sprechende Multiplikator(inn)en zu schaffen.“

Eritreische sprechende Gesundheitsdolmetscherin (TN 5):

„Vielleicht hätte man die Risikomännchen zeigen können, aber ich weiß nicht, ob ich das machen würde. Vielleicht war es auch so gut gewesen. Ich würde heute auf jeden Fall mehr Frauen einladen. Ich bin mutiger geworden.

Ich könnte mir auch vorstellen, eine Veranstaltung allein für Jugendliche im Alter von 18 Jahren zu machen. Ich könnte mir heute auch vorstellen, eine Veranstaltung für Frauen und Männer zusammen zu machen, aber ich weiß nicht, ob die Männer kommen würden. Zwei Männer haben ihre Frauen zu unserer Veranstaltung gefahren und ich habe ihnen zugerufen, dass sie auch kommen könnten, aber sie haben nein gesagt.

Fünf Mädchen wollten kommen, aber ich habe gesagt zuerst nur die Frauen, weil die nicht so unerfahren sind. Ich glaube nicht, dass man junge unerfahrene Mädchen und verheiratete Frauen zusammen aufklären sollte.

Aber vielleicht wäre es besser, wenn jemand anderes, eine neutrale Person, vielleicht von der Aidshilfe eine Aufklärungsveranstaltung mit den eritreischen Jugendlichen - die hier aufgewachsen sind, die sprechen ja auch deutsch - machen würde, weil es sein kann, dass die sich dann freier fühlen.“

Die Polnische sprechende Gesundheitsdolmetscherin (TN 6):

„Ich weiß nicht, was ich anders machen könnte. Ich glaube, ich würde alles wieder genauso machen. Die jungen Leute scheinen allerdings weniger motiviert zu sein. Ich glaube, sie denken, sie wüssten alles und es gäbe nichts neues zu lernen.“

8 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Inwieweit konnten die Ziele des Projekts erreicht werden und welchen Einfluss können die gesammelten Erfahrungen auf die Gestaltung zukünftiger Präventionsarbeit haben?

Das Training der acht Gesundheitsdolmetscherinnen und die hieraus resultierenden sechs Veranstaltungen haben gezeigt, dass ein Zugang zu anderen Kulturkreisen nicht nur möglich ist, sondern dass auch Sprachlosigkeit aufgrund kultureller Barrieren mit zielgruppenorientierter Primärpräventionsarbeit überwunden werden kann.

Somit lässt sich durchaus sagen, dass eine der Grundintentionen des Projekts, erfolgreiches ‚Peer-involvement‘ zu realisieren, umgesetzt werden konnte.

Im Folgenden werden die erworbenen Kenntnisse und Erfolg versprechenden Erfahrungen, aber auch die Stolpersteine des Projekts analysiert, damit dieses Pilotprojekt als Wegweiser für die weitere Arbeit im Bereich HIV/Aids und Migration dienen kann.

8.1 Kulturelle Herkunft und Community

Wenn man die vier Herkunftsregionen der Projektteilnehmerinnen näher betrachtet, stellt man fest, dass deren jeweilige Kulturen stark voneinander differieren. Neben den rein geographischen Faktoren (Eritrea befindet sich am Rand von Subsahara-Afrika, Polen und Russland in Osteuropa und Türkei und Afghanistan zählen im weitesten Sinn zum Orient) treten gesellschaftlich motivierte Unterschiede besonders stark hervor. Diese werden durch vorgegebene ethische Normen (verschiedene Ausprägungen des Christentums und des Islams) im Kontext von HIV und Aids besonders wirksam.

Innerhalb der eritreischen Community wird das Thema Aids von Gefühlen wie Angst und Scham dominiert. Aidskranke werden von der eritreischen Community entschieden ausgegrenzt. Die Angst vor Ansteckung ist sehr groß und geprägt von irrationalen Vermutungen. Diese finden sich in verschiedenen Mythen, die innerhalb der Community kursieren. Ursache hierfür ist zum Teil ein Mangel an Kenntnis über die realen Übertragungswege von HIV.

Die Stigmatisierung Aidskranker wird darüber hinaus mit einem Verständnis von Aids als Strafe Gottes verknüpft. Auf diese Weise werden Aidskranke nicht nur gemieden, sondern auch als Sünder verurteilt.

Aussagen der Gesundheitsdolmetscherin aus Eritrea verdeutlichen ein hohes Maß an sozialer Kontrolle innerhalb der eritreischen Community. Es gilt das Bild von der gut funktionierenden eritreischen Familie, die die moralischen Werte der Heimat auch in Deutschland bewahrt. Eine Familie, in der ein Mitglied an Aids erkrankt ist, würde diesem Bild nicht mehr entsprechen. Verheimlichung oder soziale Ausgrenzung wäre die Folge. Eine Assoziation von Aids mit Homosexualität trägt hier nur noch weiter zur Stigmatisierung bei.

Des Weiteren verstärkt der schamvolle Umgang mit Sexualität die bestehende Abneigung, sich mit dem Thema Aids auseinander zu setzen. Ängste vor einer Ansteckung mit HIV werden nicht etwa durch eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Sexualverhalten bearbeitet, sondern vielmehr durch Spekulationen über vermeintlich andere Übertragungswege wie Mückenstiche, schmutzige Bettlaken, Sauna usw. geschürt.

Das Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem, das sich unter anderem in der Befürchtung ausdrückt, während eines Arztbesuches angesteckt zu werden, mag

überraschend erscheinen. Vermutlich handelt es sich hierbei aber um eine verständliche Reaktion auf die Kombination von Informationsmangel und Sprachbarrieren im Kontakt mit Ärztinnen und Ärzten. Vor allem Migrant(inn)en der ersten Generation haben nach wie vor häufig Verständigungsschwierigkeiten.

Die zu beobachtende Verunsicherung im Umgang mit der Thematik HIV und Aids ist zum größten Teil von Angst geprägt: Angst als sündig betrachtet zu werden, Angst vor Gesichtsverlust innerhalb der Community, Angst davor, offen über das Tabuthema Sexualität zu sprechen und letztendlich Angst davor, nicht verstanden zu werden.

Der Verlust der alten Heimat verbindet sich bei vielen Migrant(inn)en häufig mit einem Gefühl der Verlorenheit.¹⁷ Innerhalb jeder Community gibt es Migrant(inn)en, die sich mehr oder weniger stark abkapseln. Einige erleben ihre Community als Rückzugsort, besonders diejenigen, die die hiesige Landessprache nicht beherrschen und nur wenig Zugang zu öffentlichen Einrichtungen außerhalb der vertrauten Gruppe haben.

Innerhalb der eritreischen Community gibt es eine Reihe von Frauen, die Analphabetinnen sind, da sie aufgrund von Krieg sowie anderen Umständen keine Möglichkeit zum Schulbesuch hatten. Ihr Bedürfnis, sich so stark wie möglich an die eigenen Landsleute zu binden, ist durchaus nachvollziehbar. Sie tauchen förmlich unter innerhalb ihrer Community.

In der Konfrontation mit Aids erfahren vorhandene Ängste ihre Zuspitzung. Beobachtungen aus der Praxis belegen, dass Mitglieder solcher kleiner Migrantengruppen, sobald sie sich einer Beratungsstelle zuwenden, ganz besonders darauf achten, dass niemand aus ihrer Community auch nur davon erfährt. Zu groß ist die Befürchtung, durch üble Nachrede und Verdächtigungen den sozialen Halt der Community zu verlieren. Diese Aspekte müssen unbedingt berücksichtigt werden, wenn man Primär- und Sekundärpräventionsarbeit mit Migrant(inn)en verschiedener Communities leisten will.

Die Migrant(inn)en aus Osteuropa, die an den verschiedenen Veranstaltungen teilnahmen, schienen im Vergleich zu den Migrant(inn)en der anderen Communities überdurchschnittlich gut informiert zu sein. Die meisten von ihnen hatten sich bereits eingehender mit dem Thema Aids beschäftigt, vermutlich aber vorzugsweise aus der Perspektive der Massenmedien.¹⁸

Obwohl es hier auch Hemmungen in der Auseinandersetzung mit Sexualität gab, waren diese eher geringer. Es ist vor allem der Umgang mit dem Thema Homosexualität, der bei vielen aus der ehemaligen Sowjetunion stammenden Männern starke Abwehrhaltungen provoziert. Zwar hatte es bei den Veranstaltungen mit keinem der Teilnehmer/innen negativen Reaktionen gegeben, aber Aussagen der beiden Gesundheitsdolmetscherinnen und Erfahrungen der AIDS-Hilfe Kassel weisen auf entsprechende Empfindlichkeiten.

Es ist möglicherweise auf die Kompetenz der beiden russischen Gesundheitsdolmetscherinnen und auf das ihnen entgegengebrachte Vertrauen zurückzuführen, dass deren Veranstaltungen mit den doch recht großen Gruppen, die sowohl alters-, als auch geschlechtsgemischt zusammengesetzt waren, so erfolgreich und positiv verliefen.

¹⁷ Dieses Gefühl der Entwurzelung kann so tief empfunden werden, dass es sich sogar in Angstzuständen manifestiert. [S. auch Kielhorn, Rita: Kranke in der Fremde. Psychosozial 19. Jg. (1996) Heft 1 (Nr. 63)]

¹⁸ Allerdings kann hier keinesfalls von einer verallgemeinerbaren Aussage ausgegangen werden, da auch hier die Auswahl der Zielgruppen in bezug auf die Community nicht unter repräsentativen Gesichtspunkten erfolgt ist und z.T. Vorinformation geleistet wurde.

In islamisch geprägten Regionen, wie etwa der Türkei oder Afghanistan, fehlt eine Beschäftigung mit dem Thema HIV und Aids beinahe gänzlich. Unter islamischen Frauen ist gar die Annahme, allein durch die Tatsache der eigenen strengen Sexualmoral selbst vor einer Ansteckung mit HIV geschützt zu sein, weit verbreitet.

Tatsächlich gibt es über die Verbreitung von HIV in den hier genannten Staaten kaum offizielles Zahlenmaterial. Was jedoch nicht zu dem Umkehrschluss führen sollte, dass HIV und Aids ein regional beschränkbares Faktum sei.¹⁹

Konfrontiert mit aktuellen Informationen über die sexuellen Übertragungswege von HIV haben die Frauen schnell erkannt, dass sie keinesfalls sicher vor einer Ansteckung mit HIV sind, solange sich ihre Männer nicht ebenfalls monogam verhalten.

Die Erkenntnis der eigenen Vulnerabilität wurde allerdings von den meisten Frauen, bezogen auf ihre eigene Lebenssituation, als eher unwahrscheinlich abgetan. Sie vertrauten auf die Treue ihrer Männer oder auf deren oder ihr eigenes fortgeschrittenes Lebensalter. Um so mehr zeigten sie sich um die Gesundheit ihrer Kinder besorgt.

Besonders in Bezug auf das Eltern-Kind-Verhältnis scheint in vielen Kulturen kaum ein generationsübergreifender Dialog über Sexualität stattzufinden oder gar üblich zu sein, so dass interfamiliär häufig von einer eher unzureichenden Sexualaufklärung auszugehen ist. Eine Fokussierung auf die jüngere Generation erscheint in diesem Zusammenhang zumindest sinnvoll.

8.2 Umgang mit Sexualität und Zielgruppenorientierung

Die enge Verknüpfung der Krankheit mit dem Sexualverhalten stellt eine nicht leicht zu nehmende Hürde in der Aufklärungsarbeit dar. Bestimmte Hemmungen im öffentlichen Umgang mit Sexualität sind beinahe als universell anzusehen, wobei die Frage der kulturellen Besonderheiten eher eine Frage des Grades dieser Hemmungen darstellt. Aufklärungsarbeit wird da erschwert, wo die Hemmungen besonders hoch sind.

Es ist deswegen nicht überraschend, dass die Zusammensetzung der Teilnehmergruppen entscheidend für die Chance einer Thematisierung von Sexualität war, was wiederum die Entscheidung der Gesundheitsdolmetscherin für eine Zielgruppe mitbestimmte. Es gab Beispiele, bei denen augenscheinlich war, dass dieses Kriterium dominierte bei der Erwägung, welche Gruppe der Community ‚aufgeklärt‘ werden sollte. Entsprechend bemühten sich die meisten Gesundheitsdolmetscherinnen, eine Gruppe zu finden, mit der sie möglichst offen sprechen konnten. So suchte sich die Gesundheitsdolmetscherin aus Eritrea Frauen aus, die alle ihrer Generation und ihrem Freundeskreis entstammten. Die türkisch sprechende Gesundheitsdolmetscherin suchte Kontakt zu Freundinnen ihrer Mutter, weil sie eine offene Beziehung zu ihr pflegte, und wendete sich alternativ dem Freundeskreis ihrer Schwester zu. Eine andere türkisch sprechende Gesundheitsdolmetscherin kontaktierte Frauen, die sie von ihrer Arbeit an einer Berufsschule her kannte und grenzte deren männliche Mitschüler bewusst aus.

Es ist eine Frage der Balance, sowohl eine zugängliche Gruppe als auch eine dem Problem nahe stehende Gruppe zu identifizieren. Vielleicht ist es aber auch eine Frage der Definition des Aufgabenbereiches einer Gesundheitsdolmetscherin:

Es ist bemerkenswert, dass die Mitarbeiter/innen der AIDS-Hilfe Kassel, von denen das Projekt initiiert wurde, vornehmlich von *Präventivarbeit* sprechen, die Gesundheitsdolmetscherinnen jedoch bevorzugt die Begriffe *Veranstaltung*, *Informations-*

¹⁹ UNAIDS: AIDS epidemic update 2004

veranstaltung oder *Aufklärungsveranstaltung* benutzen. Zwar geht es letztlich um Aidsprävention, aber mit dem Präfix ‚präventiv‘ wird die Betonung auf die Adressierung einer bestimmten Zielgruppe und eines vermuteten Risikoverhaltens gelegt, während mit der Verwendung von ‚Info-‘ oder ‚Aufklärungsarbeit‘ das Erreichen eines breiten Publikums und von Multiplikator(inn)en intendiert wird.

Bei einem solchen Verständnis von Aufklärungsarbeit erscheint es somit durchaus sinnvoll, auch die älteren Generationen anzusprechen, die über ein breites Spektrum von Lebenserfahrung und zum Teil über ein erhebliches Maß an Autorität innerhalb ihrer Communities verfügen.

In einer Situation mit beschränkten finanziellen und personellen Ressourcen müssen allerdings Grenzen gesetzt werden. So sollte die Aufklärungsarbeit nach Möglichkeit eine direkte Verbindung zu gefährdeten Zielgruppen aufweisen.

Die Gruppe der türkischen Mütter stellt einen gangbaren Mittelweg dar; die Aufklärung einer Personengruppe, die sich selbst praktisch nicht in Risikosituationen befindet, die aber direkten Kontakt zu Menschen unterhält, die sich häufig in Risikosituationen befinden können – experimentierfreudige Jugendliche. Mit der Aufklärung eritreischer Frauen kam man der Präventivarbeit noch einen weiteren Schritt näher. Die Frauen, aufgrund der Prävalenz im Herkunftsland stärker gefährdet, wurden gleichzeitig dazu ermutigt, ihre Kinder an das Thema heranzuführen. Darüber hinaus verfügten sie selbst über eine gute Reputation innerhalb ihrer Community, in der Aidskranke stark ausgegrenzt werden. Hier konnten sie bereits Aufklärungsarbeit leisten.

Wenn über Aufklärung die Mechanismen der Diskriminierung durchbrochen werden können, stellt dieses bereits einen großen Erfolg für die sekundäre Präventivarbeit dar.

Doch in vielerlei Hinsicht muss ein solches Projekt immer wieder den Mittelweg suchen. Die Gesundheitsdolmetscherinnen können sich keiner Zielgruppe zuwenden, in der sie nicht über Sexualität sprechen können, ohne sich dabei selbst zu sehr schämen zu müssen oder ihre Zuhörer zu beschämen. Und gleichzeitig sollte es in jeder Zielgruppe qua Definition möglichst Personen geben, die selbst voraussichtlich in Risikosituationen geraten können oder zumindest mit einer solchen Person in Kontakt stehen.

Die Fähigkeit Grenzen erkennen zu können - eigene und die der Anderen - ist unverzichtbar für Gesundheitsdolmetscherinnen. Die Veranstaltung der polnischen Gesundheitsdolmetscherin ist vielleicht ein Beispiel dafür, dass sowohl Generationengrenzen als auch familiäre Grenzen nicht unterschätzt werden sollten.

8.3 Methodische Aspekte

Materialien der AIDS-Hilfe Kassel zu Information, Präsentation und Moderation dienen als methodische Grundlagen, an denen sich die Gesundheitsdolmetscherinnen orientierten. Die vorstrukturierten Materialien wurden zum Teil unverändert übernommen. Vortragssprache war in der Regel die eigene Muttersprache, die teilweise mit Deutsch kombiniert wurde.

Interessant ist, dass beinahe alle Gesundheitsdolmetscherinnen, die zunächst keine Übungen unter Verwendung der von der Aidshilfe bereitgestellten Risikomännchenkarten²⁰ durchführen wollten bzw. diese nur reduziert und unter starkem Vorbehalt verwenden wollten, sich schließlich doch für einen Einsatz dieser Bildkarten entschieden.

²⁰ S. Annex 2

Lässt sich über die Darstellungsweise der karikaturistisch anmutenden Frauen und Männer auf den Bildkarten streiten, so bieten diese dennoch eine Moderationshilfe, um sich halbwegs humorvoll und unverkrampft über die Übertragungsmöglichkeiten von HIV und damit auch über diverse Sexualpraktiken zu verständigen.

Offen bleibt, warum die Gesundheitsdolmetscherinnen ihre Meinung revidierten. Da sie dahingehend nicht befragt wurden, kann man hier nur spekulieren. Vielleicht haben sie erkannt, dass die vorgeschlagene Übung nicht lediglich mit einer Auswahl vermeintlich unverfänglicher Karten durchgeführt werden kann; wenn überhaupt müssen alle Karten verwendet werden. Es könnte auch sein, dass mit der Zeit die ‚gefährlichen‘ Karten ihre bedrohliche Wirkung verloren haben und gelassener betrachtet wurden. Man könnte auch vermuten, dass die Karten schließlich in ihrem Nutzen erkannt wurden, da sie die Möglichkeit bieten, selbst nicht in die Verlegenheit zu kommen über unterschiedliche Sexualpraktiken referieren zu müssen. Über das Beschreiben der einzelnen Bildkarten wird diese prekäre Aufgabe an die Teilnehmer(innen)gruppe weiter gegeben, wobei die exponierte Stellung der Gesundheitsdolmetscherin in dem Maße abgemildert wird, wie die Aktivierung der Veranstaltungsteilnehmer/innen zunimmt.

Ungeachtet der Gestaltung des Bildmaterials stellt die im Rahmen dieser Übung angewandte Moderationsmethode eine ideale Möglichkeit dar, die Vorkenntnisse der Gruppe einzuschätzen und sie dazu zu ermutigen, sich mit den Übertragungswegen von HIV auseinander zu setzen. Die Methode kann mit Hilfe der bekannten aber auch mit vergleichbaren, alternativen Bildkarten, die ggf. angefertigt werden müssen, durchgeführt werden. Es gilt: Material und Medien müssen den Bedingungen der Veranstaltung und den Erfordernissen der Zielgruppe angepasst sein.

Vielleicht waren die Gesundheitsdolmetscherinnen anfänglich aufgrund eigener Unsicherheit übervorsichtig und ihre Teilnehmer/innen weniger schamhaft als zuvor vermutet.

Allerdings wurde von allen Gesundheitsdolmetscherinnen auf Praxis- bzw. Partnerübungen mit Kondomen verzichtet. Stattdessen wurden frontale, eher dezente Produktdemonstrationen durchgeführt und Kondome an interessierte Teilnehmer/innen verteilt. Hier empfiehlt es sich zu überlegen, auf welche Weise diese Übung unter Wahrung der bereits angeführten Prämissen zur interkulturellen Arbeit und Aufklärung effektiver gestaltet werden könnte, so dass auch hier Berührungängste und Peinlichkeitsgefühle abgebaut werden können.

In Bezug auf die von der Aidshilfe dargebotenen Hintergrundinformationen muss die im Zusammenhang mit der Frage nach dem Ursprung von HIV angeführte These vom Virensprung²¹ zumindest kritisch betrachtet werden. Diese wurde auch in den Folgeveranstaltungen zumindest von den eritreischen Frauen mit großer Skepsis zur Kenntnis genommen. Tatsächlich wird diese These in der heutigen Fachwelt äußerst kontrovers diskutiert²² und sollte schon deshalb nicht absolut gesetzt werden. Eine Darstellung dieser Theorie als wissenschaftlich belegtes Faktum scheint darüber hinaus ungeeignet zu sein, um verbreitete Mythen abzubauen. Vielmehr scheint diese eher einen Nährboden für Mythenneubildung zu bieten und unnötige

²¹ Afrikaner verletzt sich bei der Jagd – kommt in Kontakt mit Affenblut – infiziert sich und wird zum Überträger

²² Dabei ist nicht so sehr die Frage auf welchem Kontinent HIV seinen Anfang nahm, sondern eher die Fragestellung, auf welche Weise die Viren den Sprung vom Affen zum Menschen bewerkstelligt haben sollen, unter Wissenschaftlern umstritten.

Vgl. Rempel, Mathias: "It will really knock on to everybody's door ...": Die sozialen Folgen der AIDS-Epidemie in Namibia. Eine Untersuchung in Katutura und Ovamboland. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. rer. soc.) des Fachbereichs Sozial- und Kulturwissenschaften der Justus-Liebig-Universität Gießen. 2003

Schuldzuweisungen zu fördern.

Wahl des Ortes

Auch die Wahl des Veranstaltungsortes ist unter dem Aspekt methodischer Vorüberlegung von großer Bedeutung. Die Gesundheitsdolmetscherinnen waren aufgefordert sich einen Ort auszusuchen, an dem sie ihre Veranstaltung abhalten wollten. Nun ist hinlänglich bekannt, dass es nicht immer leicht ist ausreichend große Räumlichkeiten für Veranstaltungen zu finden, deren Ausstattung über technisches Material verfügt und deren Nutzung kostenneutral ist.

Drei der Frauen haben sich daher entschieden, ihre Vorträge in einem Seminarraum der AIDS-Hilfe Kassel abzuhalten. Eine Frau hielt ihren Vortrag an einer Schule und eine weitere in Räumen eines Büros für interkulturelle Vermittlung. Fraglich ist, inwieweit durch die Wahl des jeweiligen Veranstaltungsortes die Bereitschaft zur definitiven Teilnahme beeinflusst wurde. Hier gab es große Unterschiede. Zwei Gesundheitsdolmetscherinnen, die ihre Veranstaltungen in Räumen der AIDS-Hilfe Kassel durchgeführt haben, bekamen viele Absagen.

Über die tatsächlichen Umstände der Absagen kann nur spekuliert werden. Hierzu liegen keine klaren Aussagen vor. Es ist jedoch zu vermuten, dass hier die Wahl des Ortes mitunter eine Rolle spielte. Sowohl viele Migrant(inn)en, als auch Deutsche meiden die Räume der AIDS-Hilfe aufgrund von Schwellenängsten.²³ Einerseits besteht ein berechtigtes Interesse, die AIDS-Hilfe Kassel als Beratungsstelle bekannt zu machen, andererseits birgt eine Veranstaltung vor Ort aber auch die Gefahr vermehrter Absagen.

Ein bereits bestehender Zugang zu einer festen Gruppe, z.B. einem Sprachkurs, kann helfen anfängliche Hürden zu überwinden. In einem solchen Rahmen besteht durchaus die Möglichkeit, dass die Beschäftigung mit HIV und Aids, in einen breiteren Kontext gestellt, als Zusatzangebot wahrgenommen wird. Ein Arbeiten mit generationsübergreifenden und gemischtgeschlechtlichen Gruppen könnte hierdurch erleichtert werden. Allerdings muss bei derartigen Settings immer damit gerechnet werden, dass persönliche Erfahrungen eher zurückgehalten werden.

8.4 Erreichte Zielgruppen

Ein Manko des Projekts war, dass Migrant(inn)en, die tatsächlich aus so genannten Hochprävalenzgebieten stammen, nicht erreicht werden konnten.

Im Konzept zur Projektumsetzung wird keine Migrant(inn)engruppe ausdrücklich favorisiert, die Projektidee leitet sich in ihrer Legitimation aber dennoch vornehmlich aus dem Umstand des zunehmenden Anteils von Migrant(inn)en aus Hochprävalenzgebieten (Subsahara-Afrika, Südostasien, Karibik und Lateinamerika) in Deutschland ab. Eine kritische Betrachtung der HIV/Aids Prävalenz in den Herkunftsländern der über das Projekt tatsächlich angesprochenen und schließlich beteiligten Migrant(inn)en ist daher opportun: Eritrea liegt am Rand der Subsahara-Region und hat eine HIV/AIDS Prävalenz von 2,7% in der Altersgruppe der 15-49 Jährigen. Polen hat eine Prävalenz von 0,1% und die Russische Föderation eine Prävalenz von 1,1%. Alle sind Regionen mit verhältnismäßig niedriger HIV/AIDS Prävalenz. Für die Türkei oder Afghanistan liegen, wie bereits erwähnt, keine offiziellen Angaben der UNAIDS/WHO oder anderer Organisationen vor.

Sicherlich ist es trotzdem sinnvoll, im Rahmen eines Projektes wie diesem, Migran-

²³ Aus der Erfahrung ist bekannt, dass es nicht unüblich ist, dass Klient(inn)en aus anderen Städten zur Beratung nach Kassel kommen, um zu vermeiden, dass sie zufällig beobachtet werden.

t(inn)en aus Ländern wie Eritrea, der ehemaligen SU, der Türkei und Afghanistan anzusprechen. Zumindest Eritrea grenzt an Hochprävalenzgebieten anderer Staaten an und verfügt darüber hinaus über eine relativ große Community in Kassel, und Russland ist als Herkunftsland für Migrant(inne)n mit HIV-Infektion in Deutschland durchaus relevant und wird im Zuge der epidemiologischen Entwicklungen immer relevanter.

Aufgrund der schweren Erreichbarkeit von Migrant(inn)en aus den türkischen und russischen Communities in Deutschland hat das Projekt jenseits seiner ursprünglichen Ausrichtung einen großen Beitrag geleistet zur Präventionsarbeit und ist erste Schritte in die verschiedenen Migrationscommunities gegangen. Diese wichtigen Impulse sollen nicht unterschätzt werden in ihrer Bedeutung für die weitere Thematisierung von HIV/Aids in den erreichten Gruppen.

Ein weiteres Defizit des Projektes betraf die Abwesenheit von Männern im Vorbereitungskurs und damit ihr Fehlen in der Umsetzung des Peer-Involvements. An vielen Stellen wurde deutlich, dass auch Männer als Gesundheitsdolmetscher eingesetzt werden müssen, um Männer aus unterschiedlichen Kulturkreisen aufklären zu können. Die Notwendigkeit auch Männer zu erreichen, um eine effektive Streuung von Informationen zu erzielen, kann nicht ausreichend genug betont werden.

Die Bereitschaft sich als Gesundheitsdolmetscher/innen anwerben zu lassen, erwies sich als eher gering. Eine der größten Herausforderungen zur Realisierung ähnlicher Projekte wird vermutlich genau hierin liegen. Zumindest müssen alle Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme ausgeschöpft werden und die Bedeutung der persönlichen Ansprache von potentiell interessierten Teilnehmer(inne)n für den Erfolg einbezogen werden.

8.5 Jugendliche als Zielgruppe

Viele Jugendliche z.B. türkischer oder eritreischer Herkunft sind bereits in zweiter, wenn nicht sogar in dritter Generation in Deutschland. Sie besuchen deutsche Schulen, sprechen fließend Deutsch und pflegen Kontakte innerhalb und außerhalb ihrer ethnischen Communities. Manche von ihnen leben quasi in zwei Welten: Zuhause werden sie nach dem Wertesystem ihrer Herkunftsländer erzogen und ‚draußen‘ gelten die Werte und Normen der Mehrheitsgesellschaft.

Entsprechend stellt sich die Frage, ob diese Gruppe Jugendlicher tatsächlich einer Betreuung durch Gesundheitsdolmetscher/innen ihrer Communities bedürfen oder ob ein solches Vorgehen in punkto Offenheit und Vertrauen für sie eher kontraproduktiv ist. Fragen, die vermutlich im Einzelfall entschieden und situativ beantwortet werden müssen.

Die Bedenken, die sowohl von einer türkischen als auch von einer eritreischen Frau geäußert wurden, bezogen sich darauf, dass Angehörige der eigenen Community den Jugendlichen nicht vertrauenswürdig genug erscheinen könnten, sofern es darüber hinaus auch noch einen Generationsunterschied gäbe. Schließlich ist die soziale Kontrolle innerhalb der Communities oftmals sehr groß. Außerdem sei zu befürchten, dass sich die Jugendlichen, wenn sie ihr geschätztes Gefühl von Anonymität verlören, nicht wirklich Interesse an solchen Veranstaltung zeigen würden.

Ist hier gegebenenfalls ein weniger bekannter Experte der Aidshilfe ein angemesseneres Gegenüber oder wäre eine Veranstaltung im Rahmen einer Schulklasse bereits ausreichend? Würden hierbei auch die kulturellen Aspekte genügend Aufmerksamkeit erfahren? Schließlich wird hierbei zumeist nach den Normen der Mehrheitsgesellschaft verfahren.

Letztendlich kann Peer-Involvement verschieden ausgelegt werden, müssen Schwerpunkte gesetzt und Kompromisse gefunden werden. Gilt die Peergroup der Gleichaltrigen, der Geschlechtszugehörigen oder die der sozialen und kulturellen Herkunft mehr oder weniger? Oder lässt sich gar alles unter einen Hut bringen? Weitere Veranstaltungsdurchläufe werden hier sicherlich wertvolle Erfahrungen ermöglichen!

8.6 Ausblick

Das Projekt hatte sehr positive Auswirkungen auf die acht Frauen der Trainingseinheit. Vor allem die fünf Frauen, die schließlich eigene Aufklärungsveranstaltungen realisieren konnten, waren im Nachhinein sehr stolz auf ihre Leistung. Für alle fünf stellte ihr Einsatz als Gesundheitsdolmetscherin eine Herausforderung dar. Die meisten von ihnen mussten dabei über ihren eigenen Schatten springen und ein ganzes Stück über sich hinauswachsen. Am Ende gingen alle Gesundheitsdolmetscherinnen mit gestärktem Selbstvertrauen aus ihrer Aufgabe hervor, was sogar dazu geführt hat, dass alle ihre Bereitschaft beteuerten, weitere Veranstaltungen zu organisieren. Ein Resultat, das den Rahmen des Pilot-Projektes zwar zunächst sprengt, aber den Erfolg der Multiplikator(inn)engewinnung in dem Pilotprojekt deutlich macht.

Tatsächlich scheint das hier beschriebene Projekt einen realen Ansatz für sinnvolle Präventionsarbeit zu bieten, da es die Kommunikationswege zwischen den Communities und der Aidshilfe verkürzt. Gerade weil die Problematik der Stigmatisierung und Ausgrenzung von Menschen mit HIV und Aids multifaktoriell ist, führt vor allem gezielte Aufklärung zur Überwindung bestehender Berührungängste. So geben Äußerungen von Veranstaltungsteilnehmer(inne)n durchaus Anlass zur Hoffnung. Eine Teilnehmerin aus Eritrea äußerte geradezu emphatisch: *„Wir sind schlauer geworden, unsere Augen sind jetzt offen.“* Einige der Teilnehmer/innen führten im Anschluss an ihren Veranstaltungsbesuch Gespräche mit Freund(inn)en und Bekannten und wirkten damit bereits informell als Multiplikator(inn)en innerhalb ihrer Communities weiter.

Ayse Gülec, Kooperationspartnerin vom Kulturzentrum Schlachthof, fasst zusammen: *„Das Projekt hat einen hohen Stellenwert, da damit sinnvolle und notwendige Veränderungsprozesse auch in der eigenen Arbeitsweise ausgelöst werden können. Im Rahmen des Projektes werden Sichtweisen und Perspektiven von Zugewanderten nicht nur wahrgenommen, sondern diese werden bei der Gestaltung von zukünftigen kultursensiblen Präventionsveranstaltungen und –aktionen aktiv beteiligt, um Menschen aus anderen Herkunftsländern und Kulturen besser zu erreichen.“*

Annex 1: Werbe-Flyer

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

Gesundheitsvermittler

mitarbeiten möchten.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nehmen am 09. und 10. Dezember 2004, jeweils von 09.00 – 15.00 Uhr, an einem Vorbereitungskurs in der AIDS-Hilfe Kassel teil. Anschließend betreuen sie mit uns zusammen Angebote in der Präventionsarbeit. Ein erneutes Gruppentreffen bildet im Frühjahr 2005 den Abschluss dieses Projektes.

Wir suchen Frauen und Männer, die

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

Wir bieten den Teilnehmerinnen und Teilnehmern

- eine enge Unterstützung bei dieser Arbeit
- ein Honorar von € 200,00, das zur Hälfte im Dezember 2004 nach Teilnahme am Vorbereitungskurs gezahlt wird und zur anderen Hälfte nach mind. einem gemeinsamen Einsatz in der Präventionsarbeit und der Abschlussveranstaltung im Frühjahr 2005

Sie lernen in dem Vorbereitungskurs

- allgemeine Informationen zu HIV und AIDS
- Ziele und Methoden der Präventionsarbeit
- Methoden in der Gruppenarbeit

Weitere Informationen gibt Ihnen:

Frau Birgit Brockmann
AIDS-Hilfe Kassel
Motzstr. 4
34117 Kassel
05 61-10 85 67
info@kassel.aidshilfe.de

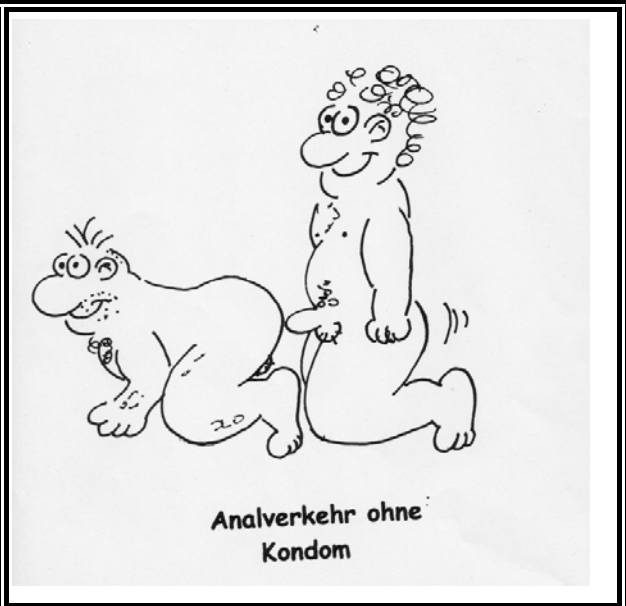
Anmeldefrist bis zum 12. November 2004

Das Projekt führen wir in Kooperation mit dem Kulturzentrum Schlachthof durch.

Annex 2: Risikomännchen-Karten



Pieksen an Spritze



Analverkehr ohne Kondom



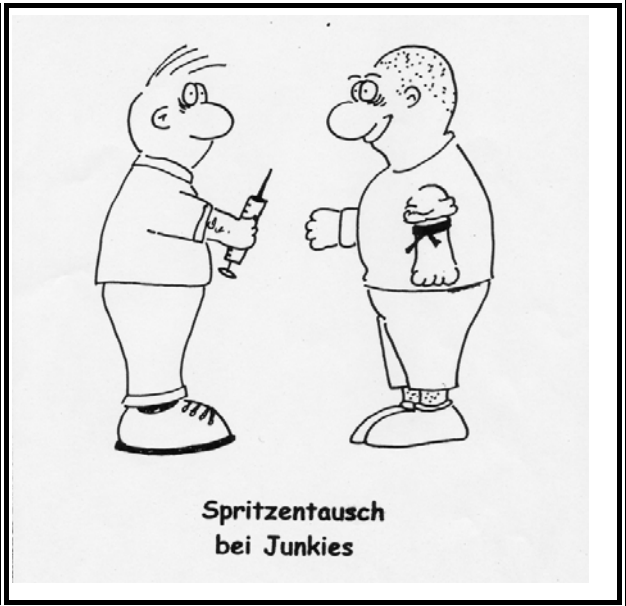
Gemeinsames Benutzen der Toilette



Schwimmbad- und Saunabesuche



Schwangerschaft



Spritzentausch bei Junkies



Tätowierungen & Piercing



**Vaginalverkehr ohne
Kondom**



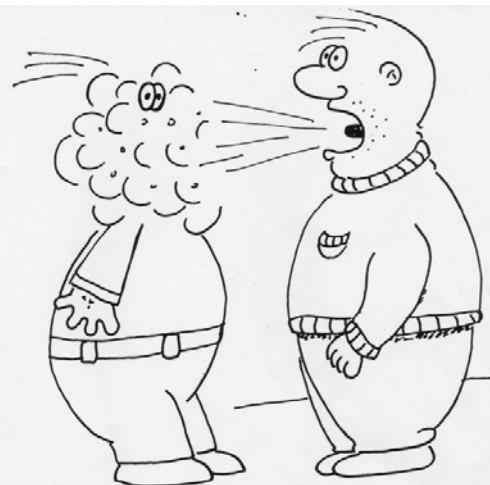
Prostitution



Oralverkehr



**Analverkehr ohne
Kondom**



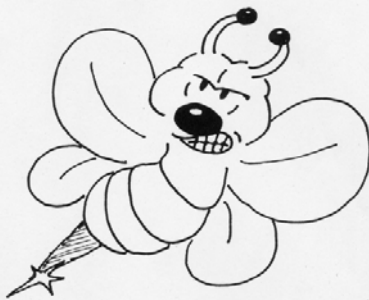
**Anhusten oder
Anniesen**



Oralverkehr



Küssen



Mückenstiche



Akupunktur



Händeschütteln



Gemeinsame Benutzung
von Geschirr