



**Sprechzettel für
Michael Jähme, Vorstandsvorsitzender der AIDS-Hilfe NRW,
und Norbert Besançon, Vorstandsmitglied,
aus Anlass der Jahrespressekonferenz**

**AIDS und Migration
Interkulturelle Arbeit in AIDS-Hilfen
am 28. August 2001**

Es gilt das gesprochene Wort!

Michael Jähme:

Sehr geehrte Damen und Herren,

in den vergangenen Jahren meldete das Robert-Koch-Institut in Berlin, das halbjährlich die epidemiologischen Daten zu HIV und AIDS veröffentlicht, eine nahezu gleichbleibende Anzahl an Neuinfektionen. Jährlich sind bundesweit etwa 2000 Fälle zu verzeichnen. Diese stagnierenden Zahlen drücken unserer Ansicht nach den Erfolg der AIDS-Prävention in Deutschland aus.

Die Botschaften zu Safer Sex und Safer Use sind beim überwiegenden Teil der Bevölkerung, vor allem aber bei den schwulen und bisexuellen Männern sowie den drogengebrauchenden Menschen bekannt.

Dieser Erfolg beruht hauptsächlich auf der Kooperation und Arbeitsteilung zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) als Bundesverband, den Landesverbänden und den regionalen AIDS-Hilfen, also der Kooperation einer staatlichen Einrichtung mit nichtstaatlichen Selbsthilfeorganisationen.

Auch wenn sich in letzter Zeit der Eindruck verstärkt, als ob die individuellen Präventionsbemühungen abnehmen würden, sind die Prinzipien unserer Präventionsarbeit nach wie vor gültig und können beispielhaft für andere Länder sein:

- o Zunächst ist uns eine Bewusstseinsveränderung und die Stabilisierung von erreichter Verhaltensänderung wichtig: durch flächendeckendes, allgemeines und zielgruppenspezifisches Informationsmaterial zu HIV und AIDS, mehr noch durch personalkommunikative Strategien, mit deren Aktionen wir stetige Erinnerungsimpulse aussenden wollen.
- o Die Stärkung von Selbstwertgefühl und sexueller Identität ist ein ebenso unverzichtbares Ziel. Aufklärung und Information sind notwendig, aber nicht hinreichend, um individuelles Schutzverhalten zu erlernen.
- o Wir fordern und fördern nach wie vor die leichte Verfügbarkeit von Kondomen und sterilen Spritzen.
- o Schließlich ist unsere Aufgabe die Stärkung von Selbsthilfe. Für die AIDS-Hilfen ist wichtig, Vertreterinnen und Vertreter der Zielgruppen bei der Gestaltung und Ausführung der Präventionskampagnen zu beteiligen. Beispielsweise konnte das Herzenslust-Projekt nur durch das Einbringen der Ideen und des Engagements schwuler Männer aus ganz Nordrhein-Westfalen zu dem werden, was es ist: eine erfolgreiche Präventionskampagne, die immer wieder Aufmerksamkeit erregt, derzeit mit der landesweiten Kampagne „Die Szene bist Du!“.



Und doch: Auch wenn noch keine „harten Zahlen“ vorliegen, da die Meldungen positiver HIV-Antikörpertests nur zeitverzögert in die Statistik eingehen können und zudem seit neuestem die gesetzlich vorgeschriebene Meldung weggefallen ist, deutet das Robert-Koch-Institut an, dass die Infektionszahlen, besonders bei jungen Leuten, in den kommenden Jahren durchaus ansteigen könnten.

Die öffentliche Wahrnehmung von AIDS hat sich spätestens seit dem internationalen AIDS-Kongress in Vancouver vor fünf Jahren auch in Deutschland verändert. AIDS hat aufgrund der Behandlungsmöglichkeiten und dem damit erreichten Gewinn an Lebensjahren seinen Schrecken verloren. Wir begrüßen zwar die damit einhergehende Versachlichung, andererseits müssen wir jedoch vor den Gefahren warnen. Es darf nicht der Eindruck entstehen, das Problem AIDS sei durch die neuen medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten gelöst.

Die Kommunikation über AIDS ist erheblich zurückgegangen, auch in den Szenen der Hauptbetroffenengruppen. Diese sogenannte „Normalisierung“ von AIDS kann, zum Nachlassen im präventiven Verhalten führen, zur „Gedankenlosigkeit“.

Doch nach wie vor gilt:

- o AIDS ist nicht heilbar ist.
- o Es gibt weltweit keinen Impfstoff.
- o Die Medikamente, die eine erhebliche Verbesserung der Lebenssituation von HIV-infizierten und an AIDS erkrankten Menschen gebracht haben, haben teilweise erhebliche Nebenwirkungen. Zudem können sich die meisten Menschen in ärmeren Ländern diese Medikamente nicht leisten.

Wir nehmen die Gefahr der Präventionsmüdigkeit sehr ernst, wollen ihr aber bewusst nicht mit marktschreierischen und panikmachenden Kampagnen begegnen.

Die AIDS-Hilfe setzt vielmehr auf Kommunikationsanlässe mit hohem Aufmerksamkeitswert, um so das nachgelassene Interesse für Prävention zu wecken, die Kommunikation über AIDS vor allem in den schwulen Szenen wieder zu beleben und die Motivation zu Safer Sex beizubehalten.

Dabei geben wir nicht nur Informationen über HIV und AIDS, sondern auch über andere sexuell übertragbare Krankheiten, etwa Hepatitis, und zur Minderung der Übertragungsrisiken durch Kondome, um ein zusätzliches Motiv für den Kondomgebrauch zu geben. Durch kommunikative Events und die Erweiterung der Informationspalette erreichen wir z.B. nachweislich jene schwulen Jugendliche gut, die AIDS nicht mehr als Bedrohung wahrnehmen.

Hier in Nordrhein-Westfalen verfügen wir über eine tragfähige Präventions-, Beratungs- und Versorgungsstruktur. Insgesamt 44 regionale Mitgliedsorganisationen der AIDS-Hilfe NRW bilden ein dichtes Netz der Selbsthilfe und Interessenvertretung.

Dabei wird die Arbeit der AIDS-Hilfen immer schwieriger. In den Kommunen sind aufgrund angespannter Haushaltslagen die notwendigen finanziellen Mittel nur unzureichend oder teilweise auch gar nicht gesichert. Bei der Förderung des Landes NRW ist eine inflations- und lohnsteigerungsbedingte Kürzung zu verzeichnen, da die Förderbeträge seit 10 Jahren nicht mehr erhöht wurden.

Nach wie vor bauen wir auf die vertrauensvolle Zusammenarbeit der AIDS-Hilfe mit dem Land: Wir brauchen keine neue AIDS-Politik in Nordrhein-Westfalen. Es bleibt unser Ziel, die bisherigen Arbeitsansätze zu stabilisieren und konsequent weiterzuentwickeln.

Die AIDS-Hilfe NRW unterstützt die Landesregierung in ihrem zentralen Anliegen (ich zitiere aus der Koalitionsvereinbarung) „den Vorrang von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation, die Bürgerorientierung des Gesundheitswesens“ als Grundlagen der Gesundheitspolitik in NRW umzusetzen.



Auf der Grundlage dieser Prämissen haben die AIDS-Hilfen in den letzten 15 Jahren ein Modell zur Bekämpfung der Krankheit AIDS etabliert. Mit großem Erfolg, wie man heute nachvollziehbar feststellen kann!

Wir befürworten den Ansatz der Landesregierung „durch die Stärkung von Prävention, Selbsthilfe und Rehabilitation zu einer Aktivierung bislang ungenutzter Potentiale bei(zu)tragen“. Diesen Absichtserklärungen müssen auch für das Jahr 2002 finanzpolitische Taten folgen!

Dies gilt auch für den Umgang mit dem Thema AIDS: „Die Hilfen für HIV-Infizierte und AIDS-Kranke werden weitergeführt und zielgerichtet optimiert. Die zielgruppenspezifische Prävention, Beratung und Betreuung bleibt weiterhin wichtig.“ - formuliert es der Koalitionsvertrag. Hier steht die Landesregierung in der Pflicht, ein erfolgreiches Modell der Gesundheitsförderung und Prävention fortzusetzen und abzusichern. Nur wenn es zumindest gelingt, den Haushaltsansatz des Jahres 2001 im Jahr 2002 beizubehalten und für den Bereich Migration zusätzliche Mittel bereitzustellen, ist das gesundheitspolitisch Nötigste erreichbar.

Um die zielgruppenspezifische Prävention für intravenös drogengebrauchende Menschen zu verbessern, fordern wir eine Liberalisierung der immer noch repressiven Drogenpolitik in Deutschland. Auch wenn die Bundesregierung in Berlin inzwischen die Einrichtung von Drogenkonsumräumen legalisiert hat, sind die bürokratischen Hürden immer noch sehr hoch. Außerdem fehlt in vielen Kommunen der politische Wille, solche Konsumräume einzurichten. Von insgesamt sechs vorgesehenen Drogenkonsumräumen wurden in Nordrhein-Westfalen bisher vier, in Münster, Wuppertal, Köln und Essen, demnächst einer in Dortmund, eröffnet. Alle größeren Städte in der Bundesrepublik sollten unabhängig der politischen Mehrheitsverhältnisse Drogenkonsumräume als risikominimierende Maßnahmen einrichten. Darüber hinaus sollte mit der kontrollierten Heroinvergabe ursprünglich schon im Jahr 2000 begonnen werden und auch hier verzögerte sich der Start, der jetzt im Februar 2002 sein soll.

Auch der Zugang zur Substitution sollte nach dem Willen der Bundesregierung erleichtert werden. In der Praxis stellen die Richtlinien zur Vergabe von Substitutionsmitteln, etwa Methadon, für die Konsumentinnen und Konsumenten aber auch die substituierenden Ärztinnen und Ärzte teilweise unüberwindliche Hürden dar. Dies hat auch die neue Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, im Drogen- und Suchtbericht 2000 bemängelt. Außerdem stellte sie fest, dass es keinen Zusammenhang zwischen verstorbenen Konsumentinnen und Konsumenten im Substitutionsprogramm und den sogenannten „Methadontoten“ gäbe. Eine Methadonnachfrage auf dem Schwarzmarkt kann aber nur mit einem erleichterten Zugang zur Substitution beseitigt werden. Wir fordern ausdrücklich eine Entkriminalisierung der Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen.

Die Förderung der JES-Selbsthilfe, das heißt der Junkies, Ehemaligen und Substituierten in Nordrhein-Westfalen, wird in diesem Jahr differenzierter durchgeführt, um auch kleinere Strukturen außerhalb der Ballungsräume erreichen zu können. Es ist geplant, in einem Zeitrahmen von etwa 2-3 Jahre Maßnahmen in der Projektträgerschaft der AIDS-Hilfe NRW zu unterstützen. Hierfür hat die Landesregierung eine Förderhöhe von etwa 250.000,- DM vorgesehen.

Die AIDS-Hilfe NRW hat im Rahmen der strukturellen Prävention insbesondere den Aufbau von Selbsthilfestrukturen schwuler Männer in besonderer Weise unterstützt. Das Land Nordrhein-Westfalen fördert im Bereich der zielgruppenspezifischen AIDS-Prävention die AIDS-Hilfen und Initiativen und arbeitet dabei eng mit der AIDS-Hilfe NRW zusammen. Parallel dazu hat das Land im Schwulen Netzwerk NRW einen soliden Partner bei der Vergabe von Fördermitteln an schwule Initiativen und Projekte. Nur dadurch können zahlreiche landesweite und regionale Projekte und Kampagnen erfolgreich umgesetzt werden.

Die Landesregierung tut daher gut daran, weiterhin durch die Bereitstellung von öffentlichen Geldern die Bürgerinnen und Bürger zu ermutigen, sich aktiv an den gesellschaftlichen Herausforderungen und Gestaltungsprozessen zu beteiligen, indem sie beispielsweise in einer lokalen AIDS-Hilfe oder einer Schwulenorganisation mitarbeiten.



Es ist unerlässlich, die Förderung der zielgruppenspezifischen AIDS-Prävention sowie der Schwulen Selbsthilfe weiterzuführen und auszubauen. Hier wirken Förderstrukturen, die mit relativ geringem Einsatz an vielen Orten sehr effektiv innovative Kreativität und Engagement freisetzen. Viele wichtige zielgruppenspezifische Initiativen und Projekte können in diesem Jahr nur eingeschränkt oder gar nicht umgesetzt werden, weil mit neuen Aufgaben und Arbeitsschwerpunkten, etwa im Bereich Migration und im Bereich Prostitution, die bereitstehenden Mittel nicht mehr ausreichen.

Wir fordern die Politik auf, ausreichende Mittel in diesen Aktionsfeldern bereitzustellen und anstehenden Kürzungsbestrebungen entschieden entgegenzuwirken. Nur so gewährleisten wir eine Fortführung der erfolgreichen Arbeit in der AIDS-Prävention.

Für die AIDS-Hilfe NRW zeigt die Koalitionsvereinbarung der rot-grünen Landesregierung insgesamt gesundheitspolitische Perspektiven auf, die für die Legislaturperiode aus der Sicht von Patientinnen und Patienten bzw. der Selbsthilfe erhebliche Verbesserungen ermöglichen können.

Die Nagelprobe wird sich allerdings auch in diesem Themenfeld bei den haushaltspolitischen Entscheidungen ergeben. Hier müssen SPD und Bündnis 90 / Die Grünen zeigen, dass sie das Thema Gesundheit und Prävention nicht in die politische Nische stellen.

Kommen wir jetzt zu den aktuellen Infektionszahlen. Aufgrund des vorliegenden statistischen Materials schätzt das Robert-Koch-Institut in Berlin die epidemiologische Situation folgendermaßen ein:

Für das Bundesland Nordrhein-Westfalen kann bis Dezember 2000 von etwa 12.000 bis 13.000 HIV-Infektionen ausgegangen werden, bundesweit sind es 50-60.000.

Insgesamt sind etwa 4.700 bis 4.750 Menschen an AIDS erkrankt (bundesweit etwa 22.000); davon sind ca. 3.850 bis 3.900 bereits an den Folgen der Krankheit verstorben (bundesweit ca. 18.000).

Derzeit befinden sich etwa 1.100 Menschen (bundesweit 5.000) in unserem Land im Vollbild AIDS. In den kommenden Jahren ist in Nordrhein-Westfalen voraussichtlich mit ca. 400 bis 450 neuen HIV-Infektionen (bundesweit etwa 2.000) und etwa 120 bis 150 weiteren AIDS-Kranken (bundesweit 500 bis 600) jährlich zu rechnen. Die Zahl der jährlich Versterbenden deckt sich in etwa mit der Zahl der Neuerkrankten.

88 Prozent der AIDS-Erkrankten sind nach wie vor Männer; 12 Prozent sind Frauen; rund 0,6 Prozent sind Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 14 Jahren. Bei den HIV-Neuinfektionen beträgt der Anteil der Männer etwa 80 Prozent, der Anteil der Frauen ca. 20 Prozent.

Das neue Krankheitsbild mit dem teilweise wieder unberechenbaren Verlauf von AIDS hat Auswirkungen auf unterschiedliche, immer wieder neu zu klärende Bereiche.

Viele HIV-positive Menschen sind durch die Ungewissheit über den Therapieerfolg und die damit verbundene Lebenserwartung psychischen und körperlichen Belastungen ausgesetzt. Auch die soziale Situation von Menschen mit HIV und AIDS bleibt in vielen Fällen trotz Verbesserung der medizinischen Situation besorgniserregend. Armut begünstigt Krankheit, und Krankheit macht arm. In diesem Kreislauf leben immer mehr Menschen mit HIV und AIDS. Das belegt auch die Zahl der Anträge auf Einzelfallhilfe in akuten Notlagen, die bei der Deutschen AIDS-Stiftung in Bonn gestellt wurden. Im Jahr 2000 waren es 4.609 Einzelfallhilfeanträge, davon 912 aus Nordrhein-Westfalen. Dass immer mehr Menschen mehrfach um Hilfe anfragen müssen, ergibt sich dadurch, weil sie länger mit AIDS leben.



Norbert Besançon:

Sehr geehrte Damen und Herren,

An diesem Freitag wird die Landesgesundheitskonferenz einen Bericht zur sozialen Lage des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen vorlegen. Für den Bereich der AIDS-Arbeit wird hierin explizit das Thema Migration angesprochen.

Wir möchten daher heute auf das Thema AIDS und Migration näher eingehen.

Im Juni diesen Jahres fand in New York der erste Sondergipfel der UNO zum Thema AIDS statt. Dort wurde beschlossen, bis zum Jahr 2003 eine wirksame Strategie gegen AIDS zu entwickeln. Nach langem Ringen um den Wortlaut der Erklärung stimmten die Delegierten aus rund 180 Staaten einem entsprechenden Plan zu, der den Staaten konkrete Ziele zur AIDS-Bekämpfung setzt.

Auf Drängen einiger islamischer Staaten erklärten sich die westlichen Industrieländer bereit, Verweise auf Homosexualität und Prostitution aus dem Dokument zu streichen. Wie bereits erläutert, bezieht die AIDS-Hilfe die Lebensumstände der Menschen und ihre jeweiligen Risiken in ihre Prävention mit ein. Dabei darf kein Blatt vor den Mund genommen und kein Zeigefinger erhoben werden. Nur so können die Menschen in den Zielgruppen erreicht und deren Risikoverhalten dauerhaft beeinflusst werden.

Das Beispiel der UNO-Konferenz zeigt aber, wie schwierig es ist, ein Thema umfassend in verschiedenen Kulturen zu behandeln, ohne gegen Traditionen und Regeln einzelner Gruppen und Gesellschaften zu verstoßen oder aber Teilbereiche des Problems zu negieren und zu verschweigen. Im Falle der Abschlusserklärung von New York betraf dies Homosexualität und Prostitution. Letztere ist ja selbst in Deutschland ein tabubehaftetes Thema, wobei homosexuelle Themen inzwischen offen angesprochen und diskutiert werden können. Massive Vorbehalte in Teilen der Politik und Gesellschaft gegen die seit Anfang dieses Monats mögliche eingetragene Lebenspartnerschaft von Lesben und Schwulen und bürgerliche Aversionen gegen schwule Inhalte können nicht verhindern, dass die schwulen Herzenslustteams der AIDS-Hilfen ihre Präventionsaktionen bis in die ländlichen Regionen unseres Landes hinein durchführen.

Im Zeichen zunehmender globaler Migrationsbewegungen ist die Bundesrepublik Aufnahme- und Einwanderungsland für Menschen unterschiedlichster kultureller Herkunft geworden. Darauf müssen neben den Organisationen, die seit vielen Jahren speziell Zuwanderer beraten, auch jene reagieren, die für verschiedene Bevölkerungsgruppen Beratungs- und Betreuungsangebote vorhalten. Interkulturelles Arbeiten ist heute eine Aufgabe aller Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens auf kommunaler, Landes- und Bundesebene.

Die aktuelle epidemiologische Entwicklung zeigt, dass Migrantinnen und Migranten mittlerweile mit etwa 15% aller statistisch erfasster Testergebnisse den zweitgrößten von HIV und AIDS betroffenen Personenkreis bilden. Angesichts dessen übernimmt die AIDS-Hilfe Verantwortung durch eine interkulturelle Öffnung ihrer Arbeit und durch die Vernetzung mit Migrationshilfeorganisationen. Sie leistet damit einen Beitrag zur Chancengleichheit im Gesundheitswesen, die auch und gerade für Menschen mit Migrationshintergrund in vielen Fällen noch lange nicht verwirklicht ist.

Doch lassen Sie uns zunächst einige Grundprobleme bei der Behandlung des schwierigen Themas Migration ansprechen.

1994 schrieb die damalige Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen: „Nicht nur die Politik, sondern fast alle gesellschaftlichen Institutionen müssen sich damit auseinandersetzen, dass in der Bundesrepublik immer mehr Menschen mit anderem kulturellen Hintergrund leben werden.“



Heute, sieben Jahre danach, sind wir erstmals an dem Punkt, wo sich alle politischen Parteien dieser Situation stellen und um Lösungsansätze für die damit verbundenen Probleme ringen. In der Gesellschaft ist aber die Tatsache, dass Deutschland ein Zuwanderungsland ist, immer noch umstritten. Die Diskussion um die Einführung einer „Greencard“ und die Unterschriftenaktion der CDU gegen eine doppelte Staatsbürgerschaft haben deutlich gemacht, dass sich ein großer Teil der Bevölkerung den Problemen einer Zuwanderungsgesellschaft nicht stellen wollen. Hinzu kommt, dass das seit Mitte 1993 geltende Asylrecht seither mehrfach verschärft wurde.

Dabei wird sich die Zuwanderung nach Europa, und damit nach Deutschland, aufgrund weltweiter Wanderbewegungen in den kommenden Jahrzehnten voraussichtlich nicht verringern, sondern verstärken. Das Aufnahmeland Deutschland ist aufgefordert, mit seinen unterschiedlichen Gruppen und Institutionen auf diese Zuwanderung verantwortungsvoll zu reagieren. Die Bundesbeauftragte fügte hinzu: „Das bedeutet, dass neben den Organisationen, die seit vielen Jahren mit der Sozialberatung befasst sind, auch diejenigen Institutionen, die allgemeine Beratungsangebote haben, sich dieser Anforderung stellen müssen.“ Interkulturell zu arbeiten sei heute nicht nur eine Aufforderung an die Wohlfahrtsverbände, sondern an alle Beratungsinstitutionen auf kommunaler, Landes- und Bundesebene.

Nun unterscheidet die Bevölkerung, oft ohne es auszusprechen, zwischen gern gesehenen und weniger gern gesehenen Ausländerinnen und Ausländern. Im Alltag wird dabei aber die Gruppe der Migrantinnen und Migranten weder politisch, noch juristisch differenziert. Als einzige Einschränkung ist hier vielleicht noch die Zugehörigkeit zu einem EU-Land zu nennen.

Tatsächlich kann man wie in vielen anderen Ländern der Welt auch in Deutschland hauptsächlich drei Arten von immigrierenden Menschen antreffen: Menschen, die aus verschiedensten Gründen nach Deutschland flüchten (Fluchtmigration), Menschen, die als Arbeitskräfte nach Deutschland angeworben wurden (Arbeitsmigration), und schließlich Menschen, die aus anderen kulturellen Gründen, etwa wegen eines Studienaufenthaltes, einer Eheschließung oder um unsere Kultur kennen zu lernen, nach Deutschland gekommen sind (Kulturmigration).

Wenn wir uns heute mit dem Thema AIDS und Migration beschäftigen, ist es daher sehr wichtig zu unterstreichen, dass Migrantinnen und Migranten bzw. Menschen mit Migrationshintergrund keinesfalls eine homogene Gruppe sind. Die einzige Gemeinsamkeit ist zunächst nur, dass sie nicht deutscher Herkunft sind. Dieses Nicht-Deutsch-Sein ist von juristischer, politischer und kultureller Bedeutung in der Gesellschaft, führt aber nicht zwangsläufig zu einer Bindung unter den diversen ausländischen Gruppen, so dass man von einer „Community“ der Migrantinnen und Migranten in Deutschland nicht sprechen kann. Die Lebenssituation eines Franzosen in der Bundesrepublik unterscheidet sich beispielsweise erheblich von der eines Flüchtlings aus Bosnien. Obwohl die im Alltag gängigen Kategorien wie „Ausländerinnen und Ausländer“ und „Migrantinnen und Migranten“ auf eine gesellschaftliche Einstellung zu Nicht-Deutschen hinweisen könnten, sind sie keine ausreichende Grundlage für eine Zielgruppendefinition im Sinne der Gesundheitsförderung.

Ebenso wenig wie Politikerinnen und Politiker in der Lage sein werden, eine fruchtbare Integrationspolitik zu betreiben, solange sie nicht die individuellen Kontexte der jeweiligen Gruppen von Migrantinnen und Migranten oder von Menschen mit Migrationshintergrund im weiteren Sinne zu sehen bereit sind, so wenig werden auch die AIDS-Hilfen den individuellen Bedürfnissen dieser Menschen gerecht, solange sie versuchen, sie als einheitliche neue Zielgruppe zu sehen.

Deshalb ist eine interkulturelle Öffnung unabdingbar. Zwar ist die Bemühung um Versuche interkultureller Öffnung den vielen Einrichtungen im weiten Feld der sozialen Arbeit nicht abzusprechen, aber eine interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste für Migrantinnen und Migranten, die diesen Namen verdient, existiert faktisch, von einzelnen Projekten abgesehen, nicht.



Interkulturelle Öffnung ist kein abstraktes Prinzip, keine bloße Frage einer freundlicheren Einstellung zu „Klientinnen und Klienten“, die zufällig eine andere Muttersprache haben, eine andere Physiognomie oder eine andere Religion, obwohl der Umgang mit Menschen, die in dieser Weise „anders“ sind, ein wichtiger Bestandteil der interkulturellen Öffnung ist und eine bedeutende Rolle dabei spielt. Worum es aber wirklich geht, ist eine Veränderung und Weiterentwicklung der konkreten Praxis. In ihr muss sich interkulturelle Öffnung erst beweisen.

Die AIDS-Hilfen stellen sich dieser Herausforderung. Immer mehr Menschen mit HIV, die nicht oder nicht ursprünglich aus Deutschland stammen, suchen die AIDS-Hilfen vor Ort auf. Um an dieser Stelle Vorurteilen von Einwanderungsgegnerninnen und –gegnern entgegenzutreten: Es ist keinesfalls so, dass massenhaft Menschen aus AIDS-Krisengebieten nach Deutschland kämen, um hier Hilfe zu finden.

AIDS ist, wie seine Geschichte und derzeitige Entwicklung zeigen, eine durch Globalisierung geprägte Krankheit, angefangen von ihrer Verbreitung über den Globus durch die weltweite Mobilität, die moderne Reisemöglichkeiten bieten, bis hin zu der Verwobenheit mit globalen Markt- und Wirtschaftsgefügen, die an Übertragungswegen und Behandlungsmöglichkeiten gleichermaßen sichtbar wird. Prostitutionstourismus, internationaler Drogenhandel und weltumspannende Geschäftsinteressen von pharmazeutischer Industrie treffen hier auf der gleichen Bühne zusammen.

HIV ist in allen Dimensionen der Globalisierung anzutreffen, auch bei der Migration. Diese hat, soweit sie Deutschland betrifft, traditionell andere Gründe als HIV und AIDS. Bei den Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland finden sich ebenso wie unter der alteingesessenen Bevölkerung auch zusehends mehr Menschen mit HIV und AIDS. Und ein Teil davon wendet sich an die AIDS-Hilfen.

Auch hier ein kurzer Blick in die epidemiologische Daten:

Die bisherigen bundesweit gemeldeten AIDS-Fälle verteilen sich auf Menschen aus 123 verschiedenen Ländern. Der Anteil mit deutscher Staatsangehörigkeit liegt bei etwa 85%, was heißt, dass ungefähr 15% der in Deutschland diagnostizierten Personen aus dem Ausland stammen. Der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer in der Bevölkerung beträgt etwa 9%. Migrantinnen und Migranten sind also im AIDS-Fallregister überrepräsentiert. Diese Zahlen beziehen sich allerdings auf Ausländerinnen und Ausländer im juristischen Sinne und nicht grundsätzlich auf Menschen mit Migrationshintergrund. So haben Nationalitäten mit einer längeren Migrationsgeschichte in Deutschland einen höheren Anteil an eingebürgerten Ausländerinnen und Ausländern, etwa Menschen aus der Türkei und Italien.

Der Infektionsanteil der Menschen aus den sogenannten Pattern-II-Ländern, das heißt den Ländern, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird, zum Beispiel aus der Karibik oder Zentral- und Westafrika, beträgt etwa 3%.

Von den erhobenen Daten über Menschen mit Migrationshintergrund und HIV und AIDS in Deutschland kann auf keinen Fall abgeleitet werden,

- o dass die am stärksten vertretenen Nationalitäten und Regionen durch HIV mehr gefährdet sind,
- o wo sich die Menschen infizieren und
- o dass sich HIV unter in Deutschland lebenden Migrantinnen und Migranten prinzipiell anders oder schneller ausbreitet als unter der Bevölkerung deutscher Nationalität.

Wie bereits erwähnt geht es der AIDS-Hilfe nicht darum, Flüchtlinge, Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter, Studierende aus dem Ausland und binationale Ehepaare als Schwerpunktgruppen ihrer Präventionsarbeit zu entdecken, auch wenn angesichts der konkreten Arbeitsrealität manchen AIDS-Hilfen vor Ort der Eindruck entstehen könnte. Die Praxis der AIDS-Hilfen erstreckt sich im Einzelfall von der Flüchtlingsarbeit bis zur Völkerverständigung.



Viele AIDS-Hilfen geraten in Gefahr, Aufgaben anderer Institutionen und Strukturen zu übernehmen, weil sich Menschen mit HIV und AIDS an sie wenden, die von diesen zuständigen Stellen hierhin verwiesen wurden, weil sie HIV-infiziert oder an AIDS erkrankt sind. Warum aber sollten diese Institutionen und Strukturen nicht auch weiterhin Unterstützung und Hilfe leisten?

In Deutschland gibt es Institutionen und Strukturen der Flüchtlingshilfe, der Arbeit mit Ausländerinnen und Ausländern, Ausländische Kulturvereine, Vereinigungen von Studierenden aus dem Ausland, Verbände binationaler Paare und Familien. Aber so selten wie einige dieser Institutionen sich mit dem Thema HIV und AIDS auseinandersetzen, so selten setzen sich AIDS-Hilfen leider mit der Existenz dieser Institutionen auseinander. Dabei sind AIDS-Hilfen mit den Aufgabenstellungen im Einzelfall häufig und als gesellschaftliche Aufgabe grundlegend überfordert. Die Orientierung am je eigenen Lebensstil bestimmter Zielgruppen und das Aufgreifen neu entstehender Bedarfe sind Grundprinzipien von AIDS-Hilfen. Dies kann auch auf Migrantinnen und Migranten angewendet werden.

Die Frage ist sicherlich nicht, ob, sondern wie AIDS-Hilfe in diesem Feld lebensstil- und bedarfsorientiert arbeiten kann. Migrationsarbeit zu leisten, ist noch kein lebensstilorientierter Ansatz. Vielmehr können AIDS-Hilfen lernen, interkultureller zu denken und zu handeln. Dazu gehört, die Lebensrealität von Menschen mit Migrationshintergrund wahrzunehmen. Das Thema AIDS spielt dabei eine sehr vielschichtige Rolle. Hier gibt es bereits kompetente und erfahrene Institutionen im Bereich der Migrationsarbeit, mit denen sich zu kooperieren lohnt.

AIDS-Hilfen können immer nur einen bestimmten Ausschnitt von Aufgaben in diesem Bereich übernehmen: Natürlich ist es Sache der AIDS-Hilfen, sich zur HIV-Testungspraxis bei Asylbewerberinnen und -bewerbern zu äußern. Natürlich ist es Sache von AIDS-Hilfen, ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger als Empfängerinnen und Empfänger von Präventionsbotschaften zur Kenntnis zu nehmen, allein schon weil es unter ihnen schwule Männer, Frauen und Drogengebrauchende gibt. Und natürlich müssen diese mit sprachlich und kulturell für sie zugänglichen Botschaften erreicht werden. Dass internationale Kontakte und das Wissen um die globale Situation dabei hilfreich sind, versteht sich von selbst.

In dieser interkulturellen Wahrnehmung liegt die neue Herausforderung, nicht im Einstieg in die Migrationsarbeit.

In Bezug auf HIV und AIDS besteht bei den Migrantinnen und Migranten bzw. den Menschen mit Migrationshintergrund ein Bedarf nach Zugang zu allen Dienstleistungen des Gesundheitswesens, die die Prävention und Behandlung der Krankheit ermöglichen. Die besondere Gefahr, der Migrantinnen und Migranten ausgesetzt sein können, besteht in den Differenzen zwischen ihnen und der Gesellschaft sowie ihrer Mobilität oder Illegalität, die insgesamt den Umgang mit Risiko und Hilfesuche beeinflussen.

Die AIDS-Hilfe NRW wird Kontakte mit den Landesverbänden der interkulturellen Arbeit und Migrationsarbeit suchen und vorantreiben und ihre Mitgliedsorganisationen zu ähnlichen Kooperationen und Vernetzungen auf lokaler Ebene anregen. Auch in der Geschäftsstelle des Landesverbandes werden interkulturelle Arbeitsansätze in den einzelnen Arbeitsbereichen gefördert, aufgegriffen und gebündelt.

Konkret sind bereits viele AIDS-Hilfen auf internationaler Ebene im Kontakt. Die internationale Arbeit bezieht sich etwa auf grenzüberschreitende Projekte in der Euregio, z.B. in der Jugendprävention in Kooperation mit der AIDS-Hilfe Aachen oder im Bereich schwule und bisexuelle Männer, im Bereich Drogen oder im Bereich Versorgung in Kooperation mit der AIDS-Hilfe Ahaus und Westmünsterland. Anders gestaltet sich die internationale Zusammenarbeit der AIDS-Hilfe Bergisch Gladbach mit einem afrikanischen Projekt, ebenso die der AIDS-Hilfe Wuppertal mit der Selbsthilfeorganisation Motivation-Educational-Trust in Südafrika oder des Frauenbereichs der AIDS-Hilfe Bonn im Rahmen des Projekts „Paper Prayers“. Die AIDS-Hilfe Bonn beschäftigte sich im Zusammenhang mit anderen Projekten auch mit den Bereichen Menschenhandel und Illegalität.



Der Landesverband selbst konnte Kontakte zu zahlreichen Organisationen aus aller Welt knüpfen, als er zuletzt auf dem Welt-AIDS-Kongress in Durban im vergangenen Jahr die Situation ausländischer drogengebrauchender Inhaftierten in NRW vorstellte.

Auch interkulturelle Arbeit wird in den AIDS-Hilfen längst durchgeführt. Die AIDS-Hilfe Duisburg / Kreis Wesel beispielsweise führte Prävention bei Jugendlichen der zweiten und dritten Generation durch, die AIDS-Hilfe Düsseldorf organisierte ärztliche Sprechstunden für Frauen aus Kongo, Ghana oder der Elfenbeinküste. Die AIDS-Hilfe Essen führte ein Projekt zu primärpräventiven Maßnahmen in der Bevölkerung mit türkischem und kurdischem Kulturhintergrund durch. Auch die AIDS-Hilfe Gelsenkirchen arbeitet mit einer türkischen Gruppe zusammen. Die AIDS-Hilfe Köln erarbeitete Materialien für nicht deutschsprachige Menschen in Haft und der Junkiebund Köln berät Menschen in spanischer Sprache.

Wichtig ist das Bewusstsein für interkulturelle Arbeit. Die AIDS-Hilfen stehen da in guter Tradition, bestehen doch auch der Schwulen- und Drogenbereich aus unterschiedlichsten Kulturen. Interkulturelle Arbeit bedeutet vor allem Wahrnehmungsverstärkung. Es gilt, spezielle Bedürfnisse zu erkennen und Strukturen entsprechend anzupassen, um so die Angebote zu verbessern.

Was die interkulturelle Öffnung betrifft, sind viele AIDS-Hilfen bereits ein gutes Stück vorangekommen. Es bedarf jedoch weiterer konzeptioneller Anstrengungen: Dies zum einen, um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Überforderung – hervorgerufen durch strukturelle Mängel sowie persönliche Allmachtsansprüche oder Versagensängste – zu bewahren. Zum anderen stellt die interkulturelle Arbeit die AIDS-Hilfe auf allen verbandlichen Ebenen vor spannende, aber auch Kraft zehrende Herausforderungen, auf die sie in angemessener Weise reagieren muss und auch will.

Guido Schlimbach • Pressesprecher
Telefon: 0221 / 925996-17 • **Fax:** 0221 / 925996-9
e-Mail: guido.schlimbach@nrw.aidshilfe.de

AIDS-Hilfe NRW e.V. • Hohenzollernring 48 • 50672 Köln
<http://nrw.aidshilfe.de>
BfS Köln • Konto 811 76 00 • BLZ 370 205 00