



MITEST-STUDIE: ABSCHLUSSBERICHT 2016

Eine qualitative Studie zur Inanspruchnahme von HIV- und STI-Testangeboten durch Migrantinnen und Migranten in Deutschland

MITEST-STUDIE: ABSCHLUSSBERICHT 2016

**Eine qualitative Studie zur Inanspruchnahme
von HIV- und STI-Testangeboten
durch Migrantinnen und Migranten in Deutschland**

Diese Studie wurde im Rahmen der Surveillance-Begleitforschung aus RKI-Mitteln finanziert.

Laufzeit: 1.8.2014-28.2.2015 mit abschließendem Workshop am 8.5.2015

Unter der Fachgebietsleitung von Viviane Bremer und unter fachlicher Projektleitung von Claudia Santos-Hövenner wurde die Studie von den Projektmitarbeiterinnen Adama Thorlie und Navina Sarma durchgeführt. Unterstützt wurde das Team von den studentischen Hilfskräften Lina Kraft und Marlen Bug.

Kontakt:

Adama Thorlie, Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie (Abt. 3), Fachgebiet 34: HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Seestr. 10, 13353 Berlin, Tel: 030 18754 3514, E-Mail: ThorlieA@rki.de

Navina Sarma, Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie (Abt. 3), Fachgebiet 35: Gastrointestinale Infektionen, Zoonosen und tropische Infektionen, Seestr. 10, 13353 Berlin, Tel: 030 18754 3516, E-Mail: SarmaN@rki.de

Robert Koch-Institut, 12.07.2016

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	4
I Abbildungsverzeichnis	5
II Glossar.....	6
1 Zusammenfassung	8
2 Hintergrund und Ziele	10
2.1 Public Health Relevanz.....	10
2.2 Exkurs: Migration.....	11
2.3 Bisheriger Forschungsstand	13
2.4 Forschungsfrage und Projektziele.....	14
3 Methoden	15
3.1 Situationsanalyse.....	15
3.2 Qualitativer Teil: Fokusgruppen.....	17
3.3 Quantitativer Teil: Fragebogen	19
3.4 Projektablauf.....	20
4 Ergebnisse der Fokusgruppen.....	20
4.1 Ausgangslage.....	22
4.2 Test- und Beratungspraxis.....	22
4.3 Wer wird erreicht/nicht erreicht.....	27
4.4 Barrieren zur HIV- und STI-Testung	29
4.5 Testverhalten der Klientel.....	32
4.6 Lösungsvorschläge	33
4.7 Erwartungen/Feedback der Teilnehmenden	35
5 Ausgewählte Ergebnisse des Fragebogens.....	37
5.1 Angebotsstruktur der befragten Einrichtungen.....	37
5.2 Erreichte Klientel nach Migrationsaspekten.....	38
5.3 Datenerfassung im Rahmen der Testberatung.....	40
6 Diskussion	41
6.1 Kulturverständnis und Diversität.....	41
6.2 Zugang zu HIV- und STI-Testung.....	42
6.3 Die MiTest Studie: ihr Beitrag zum Diskurs.....	43
6.4 Limitationen der Studie.....	45
7 Workshop	45
8 Empfehlungen	45
9 Forschungsbedarf.....	45
10 Präsentationen und Publikationen im Rahmen des Projektes.....	45
11 Literaturverzeichnis	45
III Anhang.....	45
Impressum	45

Danksagung

Die Durchführung der MiTest-Studie war nur durch die zahlreiche Teilnahme verschiedener Akteure und Akteurinnen aus der HIV- und STI-Testung, -Beratung und -Versorgung sowie aus der Beratungspraxis für Migrantinnen und Migranten möglich. Ein besonderer Dank geht daher an alle Teilnehmenden, die sich die Zeit nahmen, an den Fokusgruppen und am Workshop teilzunehmen und uns während der Projektlaufzeit mit ihrer Expertise und ihrem Interesse an der Thematik beratend und unterstützend zur Seite standen. Ein großer Dank gilt auch den Einrichtungen, die uns ihre Räumlichkeiten für die Fokusgruppen zur Verfügung gestellt haben. Wir haben uns in allen Städten sehr wohl gefühlt.

Begleitet wurde das Projekt in den Phasen der Vorbereitung, Durchführung und Auswertung von unseren Kollegen und Kolleginnen im FG34 des RKI. Ihnen gebührt unser besonderer Dank für die konzeptionelle, organisatorische und wissenschaftliche Unterstützung: Claudia Santos-Hövenner, Viviane Bremer, Klaus Jansen, Gyde Steffen und Carmen Koschollek.

Ein herzlicher Dank geht an unsere studentischen Hilfskräfte Lina Kraft und Marleen Bug für die konstruktive und zuverlässige Unterstützung bei der Fragebogenauswertung, der Workshop Organisation und der Berichterstellung.

Vielen Dank an das RKI für die Förderung.

I Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Phasen im Migrationsprozess.....	11
Abbildung 2: Details zu den ausgewählten Städten.....	16
Abbildung 3: Inhaltliche Struktur der Fokusgruppen	17
Abbildung 4: Projektablauf.....	20
Abbildung 5: Studienstädte und die Anzahl der Teilnehmenden pro Stadt.....	21
Abbildung 6: Genutzte Kommunikationskanäle	37
Abbildung 7: Migrationsanteil an der Gesamtklientel der teilnehmenden testenden Einrichtungen (n=37).....	38
Abbildung 8: Berichteter Anteil von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung, mit ungeregeltem Aufenthaltsstatus und keinen/geringen Deutschkenntnissen (n=37)	38
Abbildung 9: Anzahl der angebotenen Sprachen in den Einrichtungen	39
Abbildung 10: Anzahl der Einrichtungen mit Sprachmittlung, die bestimmte Sprachen anbieten (n=32).....	39
Abbildung 11: Anzahl der Einrichtungen, die spezifische Zielgruppen mit aufsuchender Arbeit erreichen (n=24)	40
Abbildung 12: Anzahl der Einrichtungen, die spezifische Indikatoren erheben (n=37)	40

II Glossar

Community

Eine Gemeinschaft - also eine Gruppe von Menschen - die etwas gemeinsam hat und sich miteinander verbunden fühlt, oder aber der dies von außen zugeschrieben wird

Diversity

Bezeichnet Mehrfachzugehörigkeiten von Individuen zu sozialen und kulturellen Gruppen und Identitäten im Hinblick auf soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit

HIV

Humanes Immundefizienz-Virus

Mehrheitsgesellschaft

Ein konstruierter Begriff, dem die Kategorisierung in bestimmte Gruppen vorausgeht. Er ist eng mit Aushandlungen von Zugehörigkeitsverhältnissen in der Gesellschaft verknüpft und bezeichnet keine objektiven oder natürlichen Gegebenheiten

MSM

Männer, die Sex mit Männern haben, wobei eine homosexuelle Identität nicht vorliegen muss

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Im Rahmen der Gesundheitsprävention sind dies Personen, die professionell oder ehrenamtlich im Rahmen von Projekten und Maßnahmen bei Zielgruppen bzw. Communities die Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und für Maßnahmen zur Prävention stärken

Peers

Menschen, die der gleichen Altersgruppe oder dem gleichen Geschlecht angehören, den gleichen sozialen oder kulturellen Hintergrund haben oder aber ähnliche Vorlieben oder Einstellungen teilen

Sprach- und Kulturmittlung

Der Begriff geht über die reine Übersetzung von einer Sprache in die andere hinaus. Neben der Sprachkompetenz sind auch eine kulturelle Kompetenz und ein Verständnis für die Lebenswelten der Menschen wichtig

Stricher

Eine stigmatisierte Fremd-Bezeichnung für Männer, die sexuelle Dienste für Männer anbieten

TB

Tuberkulose

Trans*Menschen

Menschen, die sich als transsexuell, transgender, transident oder trans* bezeichnen: der Begriff umfasst alle Identitätskonzepte außerhalb einer Zweigeschlechterwelt

Partizipation

Teilhabe an Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen

„hard to reach“ Populationen

aus der Perspektive der Wissenschaft und/ oder Praxis als „schwer erreichbar“ verstandene Gruppen; eng verknüpft mit der Zugangsmethodik, dem Setting sowie den Kommunikations- und Zugangskompetenzen der Wissenschaftler/innen und Gesundheitsfachkräfte

1 Zusammenfassung

Hintergrund

Migration kann in Verbindung mit anderen Faktoren wie etwa einem ungeklärten Aufenthaltsstatus oder Rassismus dazu führen, dass Menschen in Deutschland ein erhöhtes HIV- und STI-Risiko und Einschränkungen im Zugang zu entsprechenden Testangeboten haben. Ursache sind insbesondere soziale und rechtliche Faktoren. Bisher gibt es dazu in Deutschland vereinzelte, oft regional begrenzte Studien zu bestimmten Risikogruppen, doch bundesweit anwendbare Daten fehlen. Die vom Robert Koch-Institut durchgeführte MiTest-Studie wirft einen aus der Perspektive der Test- und Beratungspraxis umfassenden Einblick in die HIV- und STI-Testpraxis bei Menschen mit Migrationsgeschichte.

Forschungsziele

- Einblick in die HIV- und STI-Test und -Beratungslandschaft in Bezug auf deren Inanspruchnahme durch Migrantinnen und Migranten
- Identifizierung von Forschungsbedarf
- Vernetzung im Bereich der HIV- und STI-Testung und -Beratung
- Entwicklung praxisrelevanter Empfehlungen

Methode

Es wurden Fokusgruppendifkussionen mit Expertinnen und Experten aus der HIV- und STI-Testung, -Beratung und -Behandlung und aus Beratungseinrichtungen für Migrantinnen und Migranten durchgeführt. Darin wurden Praxiserfahrungen zu Barrieren, Herausforderungen und Lösungsansätzen diskutiert.

Ergänzt wurde diese qualitative Methode mit einem quantitativen Fragebogen zur detaillierten Erhebung von Informationen zur aktuellen Testpraxis teilnehmender Einrichtungen.

In einem abschließenden Workshop wurden gemeinschaftlich praxisrelevante Empfehlungen für einen optimierten Zugang zu HIV- und STI-Testangeboten entwickelt.

Ergebnisse

Es fanden sieben Fokusgruppendifkussionen mit jeweils vier bis zwölf Teilnehmenden in sechs Städten (Bevölkerung >500 000) mit hohem Migrationsanteil (13%-31%) statt. Außerdem wurden 37 Fragebögen an alle Einrichtungen mit potentiellm Testangebot ausgegeben (Rücklaufquote 100%).

Die Fokusgruppen zeigten, dass es in der HIV- und STI-Test und -Beratungspraxis bereits viele gute Ansätze und einen reflektierten Umgang mit den Themen Migration und HIV gab.

Trotzdem hatten viele Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur mehrheitsdeutschen Bevölkerung noch immer keinen gleichberechtigten Zugang zu Testangeboten. Von eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten bei positivem HIV-Status über einschränkende Faktoren wie einen unregelmäßigen Aufenthaltsstatus, fehlende Krankenversicherung, Sprachbarrieren, finanzielle Limitationen, Stigmatisierung und Rassismuserfahrung oder andere, durch den Migrationsprozess bedingte Aspekte, bis hin zu fehlenden Basisangeboten wie Sprach- und Kulturmittlung, waren Zugangsbarrieren in der Praxis präsent. Die Barrieren lassen sich den Ebenen politische und gesetzliche Rahmenbedingungen, Angebote und Nutzung zuordnen. Entsprechend beziehen sich auch die Lösungsvorschläge auf alle drei Ebenen.

Auf Ebene der politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen, müssten aus Sicht der Studienteilnehmenden die Problematik präsent, die HIV-Versorgung gesichert und finanzielle Mittel für die Optimierung von Angeboten bereitgestellt sein. Auf der Ebene der Angebote spielte die Anerkennung von Diversity eine wichtige Rolle. Angebote müssten noch besser an den Bedarf angepasst und kultursensibel ausgerichtet werden. Auf Ebene der Nutzung waren zentrale Lösungsansätze die Teilhabe von Migrantinnen und Migranten durch Partizipation in Forschung und Praxis, die Vermittlung von Wissen zu HIV und STI sowie Integration. Ziel sollte sein, dass Migrantinnen und Migranten „wie alle anderen zu uns kommen“.

Empfehlungen

Die in der MiTest-Studie diskutierten Praxiserfahrungen zeigen einen hohen Handlungsbedarf hinsichtlich der Optimierung des Zugangs zu HIV- und STI-Testung für Migrantinnen und Migranten.

Bestehende Barrieren müssen effektiv und langfristig erkannt und abgebaut werden, so dass alle Menschen, unabhängig ihres Herkunftslandes und ihrer Lebenssituation, den gleichen Zugang zu Gesundheit haben. Partizipative Forschungsmethoden und Anerkennung von Diversity stellen eine Chance für die zukünftige Forschung und Praxis dar, um Angebote noch effektiver an die Lebenswelten der Zielgruppen anzupassen. Dabei ist eine enge Kooperation zwischen Praxis und Forschung, sowie die kontinuierliche und aktive Thematisierung der Problematik auf politischer Bühne von zentraler Bedeutung.

2 Hintergrund und Ziele

2.1 Public Health Relevanz

HIV-Meldedaten

Migrantinnen und Migranten¹ sind hinsichtlich HIV eine epidemiologisch relevante „Gruppe“². Das zeigen Surveillancedaten, denen zufolge 36% der HIV-Neudiagnosen in Deutschland in 2014 Personen betrafen, deren Herkunftsland nicht Deutschland war. 38% dieser Menschen waren Frauen - 62% davon aus Subsahara-Afrika. Der relative Anteil der Frauen mit deutscher Herkunft hingegen betrug nur 8%.

Bezüglich der Transmissionswege zeigen die Zahlen, dass unter denjenigen, die als Übertragungsweg ein heterosexuelles Transmissionsrisiko angaben, 59% Subsahara-Afrika als Herkunftsland und weitere 17% noch andere Herkunftsländer als Deutschland angaben. Der Anteil der HIV-Neudiagnosen bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM) und die nicht aus Deutschland kommen, lag bei 18% - mit Zentraleuropa (27%), Westeuropa (21%) und Latein-Amerika (15%) als am häufigsten angegebenen Herkunftsregionen. Unter den intravenös (i.v.) konsumierenden Drogengebrauchenden (IVD) kamen 37% aus Osteuropa und 13% aus Zentraleuropa. 16 der 25 Kinder mit einer HIV-Neudiagnose, die dem Transmissionsweg Mutter-Kind-Übertragung zugeschrieben wurden, wurden im Ausland geboren. Von fünf der neun in Deutschland geborenen Kinder stammte die Mutter aus Subsahara-Afrika (RKI 2015).

Zudem ist der Anteil der Patientinnen und Patienten, die als „late presenters“³ diagnostiziert werden unter Migrantinnen und Migranten hoch (Zoufaly, an der Heiden et al. 2012, Spornraft-Ragaller, Boashie et al. 2013, ECDC 2014, Kittner, von Bialy et al. 2015).

Migration und HIV-Risiko

Ein erhöhtes Risiko für HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) ergibt sich jedoch nicht per se aus einer nicht-deutschen Herkunft oder dem Status „Migrant/ Migrantin“. Stattdessen ist eine erhöhte Vulnerabilität mit einem erhöhten Risikoverhalten und/oder einem erschweren Zugang zu gesundheitlichen Angeboten aus den Bereichen Prävention, Gesundheitsberatung und Versorgung verknüpft (von Unger 2011). Migration kann dabei laut des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) in drei Episoden eine Rolle spielen (ECDC 2009) (siehe dazu Abbildung 1). Hierbei handelt es sich

¹Zur Definition des Begriffs siehe Exkurs: Migration, S.11.

²Der Begriff „Gruppe“ im Zusammenhang mit Migrantinnen und Migranten soll im vorliegenden Text keine Einheit oder Zusammengehörigkeit suggerieren.

³Unter „late presenters“ verstehen wir in Anlehnung an Zoufaly 2011 HIV-infizierte Personen, bei denen die HIV-Diagnose zu einem Zeitpunkt gestellt wird, an dem bereits eine Therapie begonnen sein sollte. Dazu zählen Menschen mit klinischen Symptomen, einer hohen Viruslast oder bereits ausgebildeter AIDS-Symptomatik.

um ein orientierendes Modell. Die Komplexität von Migrationsprozessen in einer zunehmend globalisierten Welt wird dadurch nicht abgebildet.

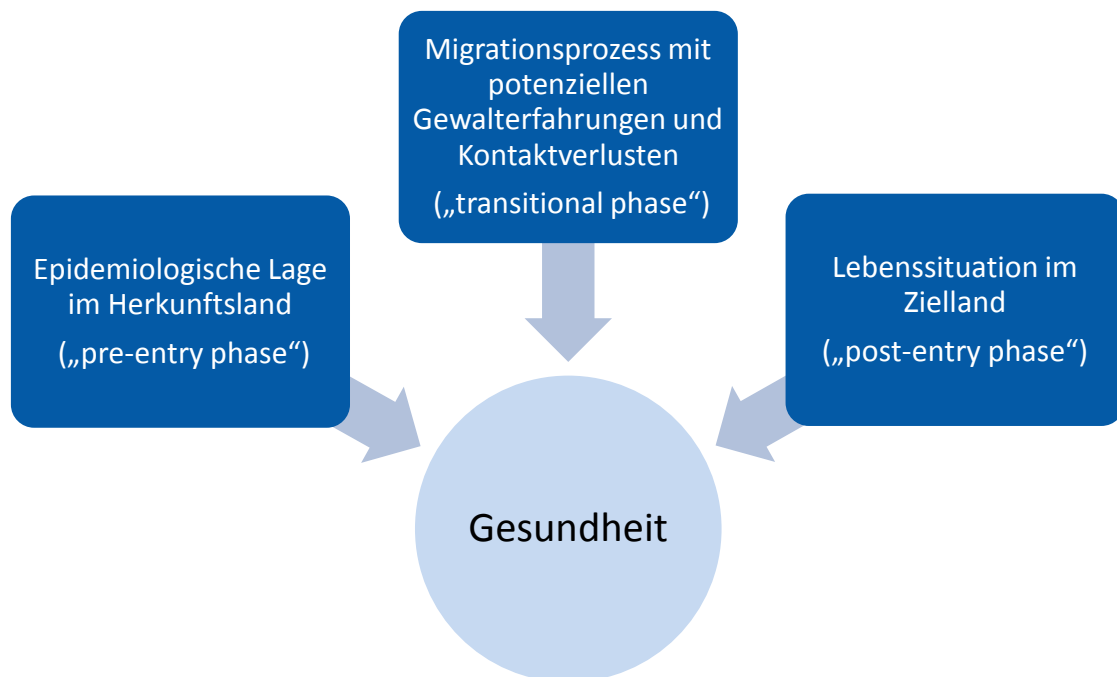


Abbildung 1: Phasen im Migrationsprozess

In der vorliegenden Bestandsaufnahme wurde insbesondere die letzte Phase - die Lebenssituation im Zielland - thematisiert.

2.2 Exkurs: Migration

Mit der Bezeichnung Migrantin oder Migrant findet eine Kategorisierung von Menschen in bestimmte Gruppen statt. In der Gesundheitsforschung wird diese Bezeichnung häufig verwendet, aber selten kritisch hinterfragt. Sie ist jedoch problematisch, denn Begriffe wie diese „befinden sich in einem komplizierten Feld der Aushandlung über Zugehörigkeitsverhältnisse in der Gesellschaft. (...) Es besteht stets die Gefahr, durch die Verwendung dieser (Gruppen)Bezeichnung bestimmte Kategorien und Zuschreibungen zu reproduzieren“ (Zitat Sarma 2012, S. 12).

Migration und Diversität

Menschen mit einer Migrationsgeschichte sind keine homogene Gruppe. Verbindend ist lediglich ein selbst erlebtes Migrationserlebnis oder das der Eltern oder Großeltern. Dieses kann unterschiedliche Gründe haben. Migration kann freiwillig oder gezwungen und aus wirtschaftlichen, politischen, religiösen, sozialen oder individuellen Gründen erfolgt sein.

Wie heterogen diese „Gruppe“ darüber hinaus ist, verdeutlicht der Begriff der „Super-Diversität“, den der Sozialwissenschaftler Vertovec zur Beschreibung der Bevölkerungszusammensetzung Frankfurts verwendet. Sie ist vielschichtig und kontextabhängig und ergibt sich aus der Vielfalt der Herkunftsregionen und -kulturen ebenso, wie aus der inneren Heterogenität der Einwanderungsgruppen durch deren unterschiedliche soziale Lage, Rechtsstatus, Sprachen, Geschlechtszugehörigkeit, Schulbildung etc., den unterschiedlichen Migrationspfaden der Zuwanderung und daraus resultierenden unterschiedlichen Lebenssituationen, Netzwerken und Milieus (Vertovec 2007). Es ist wichtig, sich der Komplexität des Phänomens „Migration“ bewusst zu sein, da es in der Beforschung von Migrantinnen und Migranten zu Stigmatisierung und rassistischer Diskriminierung kommen kann.

„Von Migration spricht man,“ so die Definition des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge, „wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt räumlich verlegt“ (Zitat: BAMF 2006). In Deutschland wird der erweiterte Begriff „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ verwendet, um auch die Nachkommen von selbst migrierten Menschen in die Definition mit einzuschließen. Es werden darunter sowohl Menschen mit nicht-deutschem Pass, als auch Deutsche verstanden. Nach Angaben des Mikrozensus betrug der Anteil der „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ 2014 in Deutschland bei einer Gesamtbevölkerung von 80,9 Millionen Menschen 20,3% (16,4 Millionen). Davon waren etwa 9,2 Millionen Deutsche (56%) und 7,2 Millionen Nichtdeutsche (5,9 Millionen davon verfügten über eine eigene Migrationserfahrung). Insgesamt waren 66,4% der Menschen mit Migrationshintergrund nach Deutschland migriert (eigene Migrationserfahrung), während 33,6% in Deutschland geboren waren. Die meisten Menschen mit Migrationshintergrund kamen aus der Türkei (17,4%), gefolgt von Polen (9,9%), der Russischen Föderation (7,3%), Kasachstan (5,6%) und Italien (4,7%) (BAMF 2015).

Auch in epidemiologischen Studien kann der Migrationsstatus von Interesse sein. Hier wird er mit Hilfe eines Mindestindikatorensatzes erfasst, der „aus dem Migrationsereignis resultierende Besonderheiten in der Lebenssituation widerspiegelt und möglichst alle Aspekte eines Migrationshintergrundes berücksichtigt.“ (Schenk, Bau et al. 2006) Dem zugrunde liegt die Annahme, dass Migration über mehrere Generationen hinweg einen Effekt auf die Gesundheit haben kann.

Die Bezeichnung Migrant bzw. Migrantin beschreibt keine natürlichen oder objektiven Gegebenheiten. Sie ist vielmehr ein veränderbares Konstrukt. Eine festgeschriebene Gruppenidentität gibt es nicht.

In den Fokusgruppen erfolgte unsererseits absichtlich keine Definition des Begriffs. Wir überließen es den Teilnehmenden zu entscheiden, wen sie als Migrantin oder Migrant wahrnehmen.

2.3 Bisheriger Forschungsstand

HIV- und STI-Prävention erfolgt in Deutschland auf nationaler Ebene in erster Linie durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH). Neben Ärztinnen und Ärzten aus gynäkologischen Praxen und Hausarztpraxen, bei denen die meisten HIV- und STI-Tests in Deutschland durchgeführt werden, gibt es weitere wichtige Akteure und Akteurinnen im Bereich Testung. Dazu gehören neben den HIV-Schwerpunktpraxen die Gesundheitsämter des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) mit einem Informationsangebot, HIV- und/ oder STI-Testung und teilweise einem integrierten gynäkologischen Angebot (Altmann 2012). Zielgruppe der Gesundheitsämter ist die Allgemeinbevölkerung. Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, in der Sexarbeit Tätige und andere Menschen, die besonderen Risiken ausgesetzt sind, werden durch die Gesundheitsämter teilweise gezielt angesprochen. Weitere Akteurinnen und Akteure sind lokale AIDS-Hilfen, zielgruppenspezifische Einrichtungen anderer freier Träger und regionale und lokale Initiativen, die mit zugewanderten Menschen, Menschen ohne Krankenversicherung, intravenösen Drogengebrauchenden und/oder in der Sexarbeit tätigen Menschen arbeiten, sowie Beratungsstellen und Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt und kirchliche Verbände wie zum Beispiel die Caritas und die Malteser (von Unger 2011).

Das Recht auf Gesundheit ist ein Menschenrecht und beinhaltet einen gleichberechtigten Zugang zu Prävention, Information und Versorgung im Hinblick auf sexuelle Gesundheit (WHO 2008). In der Praxis ist dieses Recht jedoch nicht umgesetzt. Internationale und europäische Studien zeigen: Migrantinnen und Migranten sind stärker von HIV-Infektionen betroffen als die jeweilige einheimische Bevölkerung, Diagnosen erfolgen spät und der Zugang zu einer adäquaten Therapie ist eingeschränkt. (Burns and Fenton 2006, ECDC 2009, ECDC 2013, Alvarez-Del Arco, Monge et al. 2014, Keygnaert, Guieu et al. 2014). Auch in Deutschland wird dieses Problemfeld beforscht. Im Fokus der Forschung stehen jeweils bestimmte Gruppen wie zum Beispiel solche mit prekärem Aufenthaltsstatus oder in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität, aus bestimmten Herkunftsländern und Regionen sowie mit bestimmten Risikoverhalten (Sexarbeit, Sex zwischen Männern, i.v. Drogengebrauch u.a.). Es werden Erhebungen zu Wissen und Verhalten (u.a. Inanspruchnahme von Testangeboten) in Bezug auf HIV und STI durchgeführt, Zugänge zu sogenannten „hard to reach“ Populationen geschaffen, Prävalenzen erfasst und im Kontext der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, der Lebensverhältnisse und Versorgungslage diskutiert (Spallek J 2007, Wiessner 2010, von Unger, Klumb et al. 2011, Huschke 2013, Santos-Hovener, Marcus et al. 2015).

Der Wissensbestand im Hinblick auf Zugangsbarrieren, Handlungskompetenzen von Migrantinnen und Migranten und good practice-Beispielen seitens der Anbieterseite ist entsprechend groß. Eine systematische Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen erfolgte bisher jedoch nicht.

In eine 2010 durchgeführte systematische Literaturübersicht des ECDC zu Barrieren zu HIV-Testung in Europa wurden 24 relevante Studien eingeschlossen. Eine Studie aus Deutschland war nicht dabei (Deblonde, De Koker et al. 2010). Über die bisher erfolgten Studien hinaus fehlen deutschlandweit anwendbare Daten, die einen Gesamtüberblick über die Situation in Deutschland geben und überregionale Problemfelder aufzeigen. Diese könnten jedoch einen noch besseren Beitrag zu einer validen Datenlage leisten, auf deren Grundlage das Recht auf Gesundheit noch besser umgesetzt werden könnte.

Die vorliegende Studie setzt an diesem Punkt an und blickt hinein in die bundesweite Versorgungslage im Hinblick auf HIV- und STI-Testung von Migrantinnen und Migranten. Dies erfolgt aus Sicht der anbietenden Einrichtungen in exemplarisch ausgewählten Städten und ohne Fokus auf bestimmte Gruppen oder Herkunftsländer.

2.4 Forschungsfrage und Projektziele

Um einen Einblick in die HIV- und STI-Testung in Deutschland in Bezug auf deren Inanspruchnahme durch Migrantinnen und Migranten zu ermöglichen, haben wir folgende Forschungsfrage entwickelt:

Welche Herausforderungen ergeben sich in Bezug auf die Inanspruchnahme von HIV- und STI-Testangeboten durch Migranten und Migrantinnen aus Sicht von Akteuren aus der Test- und Beratungspraxis und Beratungseinrichtungen für Migrantinnen und Migranten?

Davon abgeleitet wurden diese Ziele verfolgt:

- Feststellung der Zugänglichkeit und Nutzung von Testangeboten
- Identifikation von Barrieren und Herausforderungen
- Einblick in die Praxis der Datenerhebung
- Gemeinschaftliche Entwicklung von praxisrelevanten Empfehlungen für einen optimierten Zugang zu Testangeboten
- Stärkung der Vernetzung
- Identifizierung von Forschungsbedarf

3 Methoden

Zur Bearbeitung der Forschungsfrage wurde eine Kombination aus qualitativen (Fokusgruppen) und quantitativen Methoden (Fragebogen) gewählt (Mixed Method). Zur Auswahl der Stichprobe (Städte, Einrichtungen und Fokusgruppenteilnehmenden) erfolgte zu Beginn der Studie zunächst eine Situationsanalyse.

3.1 Situationsanalyse

Ziel der Situationsanalyse war sowohl die Ermittlung von Städten, in denen der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund hoch ist, als auch die Analyse der HIV- und STI-Test- und -Beratungslandschaft, um Städte und Einrichtungen für die Studie zu identifizieren. Dazu wurde eine umfangreiche Sichtung der Literatur zum Thema unternommen. Genutzt wurden vorhandene Literaturlisten aus anderen Studien im Robert Koch-Institut (RKI), die durch eine Literaturrecherche in PubMed ergänzt wurde⁴.

Auswahl der Städte

Als Datengrundlage für die Auswahl der Städte dienten Daten des Statistischen Bundesamtes zur Ermittlung der Anteile der Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund und ausländischer Personen⁵ an der deutschen Bevölkerung, sowie Daten des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) zur Erfassung der Menschen mit einer nicht deutschen Staatsangehörigkeit (Ausländerzentralregister (AZR)) und der Anzahl der Asylanträge in Deutschland. Auswahlkriterien für die Städteauswahl waren neben dem Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund auch eine möglichst gleichmäßige regionale Verteilung der Städte sowie eine Bevölkerungszahl über 500.000. Aufgrund der geringen Anteile von Menschen mit Migrationshintergrund in Ostdeutschland, schlossen wir alle Städte in den neuen Bundesländern außer Berlin aus. Ausgewählt wurden Berlin, Frankfurt am Main und Offenbach, Hamburg, Köln, München und Stuttgart.

In Abbildung 2 sind Details zu den ausgewählten Städten dargestellt, die sich aus den Daten des Ausländer Zentralregisters (AZR) 2013, des Mikrozensus 2011 und den Zahlen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAFM) 2014 ergaben. Der Anteil der Menschen mit

⁴ Die Suche erfolgte mit folgender Syntax: `migra* AND hiv OR sti AND ((deutsch*[Text Word]) OR (german*[Text Word]))`, sie ergab zuletzt am 3.2.2015 93 Treffer.

⁵ Das Statistische Bundesamt definiert die beiden Begriffe folgendermaßen: „Als Personen mit Migrationshintergrund werden alle zugewanderten und nicht zugewanderten Ausländer sowie alle nach 1955 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugewanderten Deutschen und alle Deutschen mit zumindest einem nach 1955 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugewanderten Elternteil definiert. Ausländer/-innen sind Personen, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen.“

Migrationshintergrund und deutschem Pass war in allen Städten knapp doppelt so hoch wie der Anteil der Personen mit einem nicht-deutschen Pass. Die Quote der ausländischen Bevölkerung bewegte sich in den ausgewählten Städten zwischen 13,0% in Hamburg und 30,7% in Offenbach. Die Tabelle zeigt Unterschiede zwischen den Städten bezüglich der angegebenen Herkunftsländer der Menschen. In der letzten Spalte ist die Quote der Asylsuchenden nach dem Königsteiner-Schlüssel für das Jahr 2014 dargestellt.

Stadt	ausl. Staatsbürger total (AZR 2013)	ausl. Staatsbürger Quote (AZR 2013)	Menschen mit Migrationshintergrund (Mikrozensus 2011)	Verteilungsquote von Asylsuchenden nach Königsteiner-Schlüssel (BAMF 2014)
Berlin	491 900	13,1%	863 000 (Deutscher Pass: 389 000)	5%
Frankfurt am Main	188 509	25,6%	294 000 (Deutscher Pass: 131 000)	7,3% (Hessen)
Hamburg	253013	13%	483 000 (Deutscher Pass: 240 000)	2,6%
Köln	193 450	17%	335 000 (Deutscher Pass: 151 000)	21,2% (NRW)
München	357 740	22,7%	487 000 (Deutscher Pass: 159 000)	15,2% (Bayern)
Offenbach	42 948	30,7%	Keine Daten	7,3% (Hessen)
Stuttgart	138 379	21,9%	231 000 (Deutscher Pass: 95 000)	13% (Baden Württemberg)

Abbildung 2: Details zu den ausgewählten Städten

Rekrutierung der Fokusgruppen-Teilnehmenden

Für die Erschließung der Test- und Beratungslandschaft in den ausgewählten Städten griffen wir auf im RKI bereits bestehende Kontakte zurück und führten eine Internetrecherche durch. Alle hier gefundenen Test- und Beratungsstellen und HIV-Schwerpunktärzte und -ärztinnen wurden kontaktiert und über das Forschungsvorhaben informiert. Zudem wurden sie gebeten, uns weitere relevante Einrichtungen zu nennen, die wir ebenfalls kontaktierten. Ziel war es, möglichst alle relevanten Akteure und Akteurinnen außerhalb der hausärztlichen und gynäkologischen Versorgung, sowie Einrichtungen mit migrationsspezifischem Angebot in die Studie miteinzubeziehen. Auch wenn die meisten HIV- und STI-Tests in Hausarztpraxen und gynäkologische Praxen erfolgen, kontaktierten wir diese nicht. Dies hatte methodische Gründe, denn Fokusgruppen lassen maximal 8-12 Teilnehmende zu, um zielorientiert

diskutieren zu können. Um in diesem Rahmen bleiben zu können und nicht einzelne Praxen auswählen zu müssen, schlossen wir die gesamte Gruppe aus.

Alle Interessierten erhielten eine Projektbeschreibung (siehe Anhang 1) und wurden zur Fokusgruppendifkussion (FGD) eingeladen.

3.2 Qualitativer Teil: Fokusgruppen

Bei der Fokusgruppe handelt es sich um eine Methode, in dessen Zentrum die Interaktion verschiedener Akteurinnen und Akteure steht. Ziel ist die Fokussierung auf ein Thema innerhalb der Gruppendiskussion mit der positiven Folge, Einsicht in ein Forschungsfeld zu gewinnen (Bowling 2002, Flick 2011). Im Vorfeld der Fokusgruppen entwickelten wir einen Leitfaden (siehe Anhang 2), der die inhaltliche Struktur der Fokusgruppen vorgab. Dadurch wurde die Vergleichbarkeit der Fokusgruppeninhalte ermöglicht. In der Erstellung des Fokusgruppenleitfadens orientierten wir uns an relevanter Literatur und Studien, die im Vorfeld recherchiert wurden. Er wurde in einem simulierten Pretest in der Abteilung getestet und sah die in Abbildung 3 dargestellte Diskussionsstruktur vor.

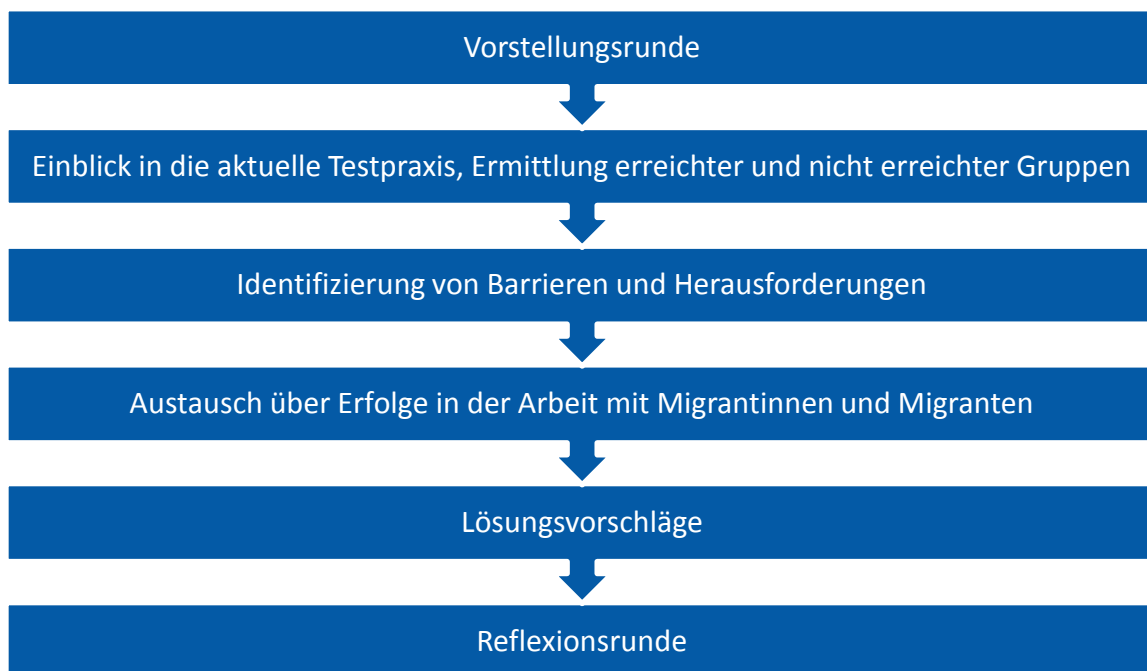


Abbildung 3: Inhaltliche Struktur der Fokusgruppen

Datenerhebung und Datenaufbereitung

Die Fokusgruppen erfolgten zwischen dem 26.10.2014 und dem 19.11.2014 in den Studienorten in jeweils einer der teilnehmenden Einrichtungen. Für jede Diskussion waren zwei Stunden vorgesehen. Alle Fokusgruppendifkussionen wurden von einer Person aus dem Studententeam moderiert und von einer anderen protokolliert. Die Diskussionen wurden nach Einverständniseinholung der Teilnehmenden auf Band aufgezeichnet. In den Diskussionen wurden auch Daten und Anmerkungen von nicht anwesenden Personen beachtet (z.B. Daten aus dem Fragebogen zur Testpraxis und erreichten Klientel, Studien, Anregungen für die Diskussion), wenn sie uns im Vorfeld zugeschickt oder telefonisch übermittelt wurden.

Nach der ersten Fokusgruppendifkussion beschlossen wir zudem, eine abschließende Reflexionsrunde mit den Teilnehmenden einzuführen, die von nun an in jede weitere Fokusgruppendifkussion integriert wurde.

Im Anschluss an die Fokusgruppendifkussionen erfolgte stets ein internes Feedbackgespräch. In diesem wurden der Verlauf und die zentralen Themenschwerpunkte der erfolgten Diskussion durch das Studententeam diskutiert. So konnte der Fokusgruppenverlauf im Prozess optimiert werden. Ergänzend wurden während der Datenerhebung Feldnotizen angefertigt.

Eine Transkription der FGD erfolgte nicht, aber es wurden einzelne Zitate transkribiert und in die Protokolle⁶ integriert. Diese wurden im Anschluss an die FGD mit Hilfe der Aufnahmen überarbeitet und zur Einsicht und Kommentierung an die Teilnehmenden geschickt. Alle Anmerkungen und Kommentare der Teilnehmenden wurden anschließend in die Protokolle eingearbeitet.

Datenanalyse

Als Datengrundlage für die Auswertung, bei der wir uns an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 1993, Mayring 2015) orientierten, dienten die Protokolle der Fokusgruppen und Feldnotizen. Zu Beginn der Auswertung wurden die Protokolle zunächst Satz für Satz auf die jeweiligen Kernaussagen verdichtet (paraphrasiert). Wichtige Zitate wurden markiert und mit Quellenangaben in eine Zitatliste übernommen. Zudem wurden im Prozess entstandene Ideen und Anmerkungen als Memos notiert. Anschließend wurden alle Paraphrasen kategorisiert. Dazu wurden einzelne Begriffe (von uns als Kategorien bezeichnet) entwickelt, unter denen die Paraphrasen zusammengefasst werden konnten (frei gewählte Begriffe oder zentrale Begriffe aus den Diskussionen, was wiederum eine besondere Textnähe gewährleistet). Die Kategorisierung orientierte sich zunächst an der Struktur des Fokusgruppenleitfadens. Im Prozess konnten auch neue Kategorien gebildet werden, da die Diskussionen Bereiche thematisierten, die im Leitfaden nicht vorgesehen waren. Es handelte sich demnach um einen dynamischen Prozess, in dem Kategorien auch aus dem Text heraus entstehen und verändert werden konnten.

⁶ Die Protokolle sind auf Anfrage bei den Autorinnen einsehbar.

Parallel dazu wurde eine Liste mit den Kategorien sowie zugehöriger Definition und Textbeispielen erstellt (siehe Anhang 4). Sie diente der Nachvollziehbarkeit und ermöglichte die Replizierbarkeit des Prozesses. Um einen Überblick über die Inhalte der Diskussion zu erhalten, wurden alle Paraphrasen farblich, entsprechend der Kategorie der sie zugeordnet wurden, markiert. Dieser Prozess ermöglichte zum einen nochmals eine intensive Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial, zum anderen aber auch die Überarbeitung und evtl. Ergänzung und Optimierung der Kategorien. Paraphrasen konnten mehreren Kategorien zugeordnet werden. Beide Prozesse, Paraphrasierung und Kategorisierung, wurden von beiden Projektmitarbeiterinnen parallel zueinander durchgeführt und anschließend besprochen und angeglichen. Um eine ähnliche Ausgangslage zu ermöglichen, wurde der Prozess zunächst an einer Fokusgruppe durchgeführt. Aus dieser Grundlage erfolgte die Bearbeitung weiterer Dokumente.

Im nächsten Schritt wurden die Inhalte analysiert. Ab jetzt wurde nur noch mit den Paraphrasen, also dem verdichteten Material gearbeitet. Es erfolgte die Analyse jeder einzelnen Fokusgruppe. Dazu wurden die Paraphrasen nach den Kategorien geordnet und beschrieben.

Im letzten Schritt fand eine Loslösung der Inhalte von den einzelnen Fokusgruppen statt. Alle Textinhalte wurden entsprechend der ihnen zugeordneten Kategorien zusammengefügt, um die Fokusgruppen miteinander vergleichen zu können.

3.3 Quantitativer Teil: Fragebogen

Ergänzend wurde ein Fragebogen eingesetzt, um detaillierte Informationen zur Struktur der Testangebote sowie zu deren Klientel zu erhalten (siehe Anhang 3). Der Fragebogen sollte zur Vorbereitung auf die Fokusgruppen sowie zur Beschreibung der teilnehmenden Einrichtungen dienen. Dem Fragebogen lagen die von der Deutschen STI-Gesellschaft (DSTIG) entwickelten Indikatoren zur sexuellen Gesundheit zu Grunde (Jansen, Bremer et al. 2013). Darin wurden die folgenden vier Themengebiete operationalisiert:

- Allgemeine Informationen zur HIV- und STI-Testpraxis
- Informationen zum Klientel
- Informationen zum Angebot
- Informationen zur Datenerfassung

Es wurde ein Pretest mit fünf Akteurinnen und Akteuren aus Gesundheitsämtern und anderen Einrichtungen durchgeführt. Wir schickten den Pretest-Teilnehmenden den Fragebogen zum Ausfüllen zu, und baten sie darum, uns anschließend telefonisch ein Feedback zu Verständlichkeit, Schwierigkeiten und zeitlicher Machbarkeit zu geben, sowie Änderungsvorschläge zu nennen. Die Rückmeldungen wurden dokumentiert und der Fragebogen an manchen Stellen entsprechend angepasst. Die finale Version des Fragebogens wurde nach Rück-

4 Ergebnisse der Fokusgruppen

sprache im Team per Email an die Fokusgruppen-Teilnehmenden derjenigen Einrichtungen versandt, von denen wir annahmen, dass sie HIV- und/ oder STI-Tests anbieten. Personen aus Einrichtungen mit einer rein beratenden Funktion erhielten den Fragebogen nicht. Die Auswertung des Fragebogens erfolgte mit SPSS.

3.4 Projektablauf

Die Projektphase betrug sieben Monate und begann am 01.08.2014. Nach der Phase der Projektplanung erfolgte im Oktober und November 2014 die Datenerhebung, im Dezember wurden die Daten aufbereitet und im Januar und Februar 2014 ausgewertet. Nach Abschluss der Projektphase, am 08.05.2015, fand der abschließende Workshop statt. Alle Prozesse wurden von beiden wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen bearbeitet und in wöchentlich stattfindenden Teambesprechungen mit weiteren Kolleginnen und Kollegen diskutiert. In Abbildung 4 ist der Projektablauf mit allen Arbeitsschritten dargestellt.

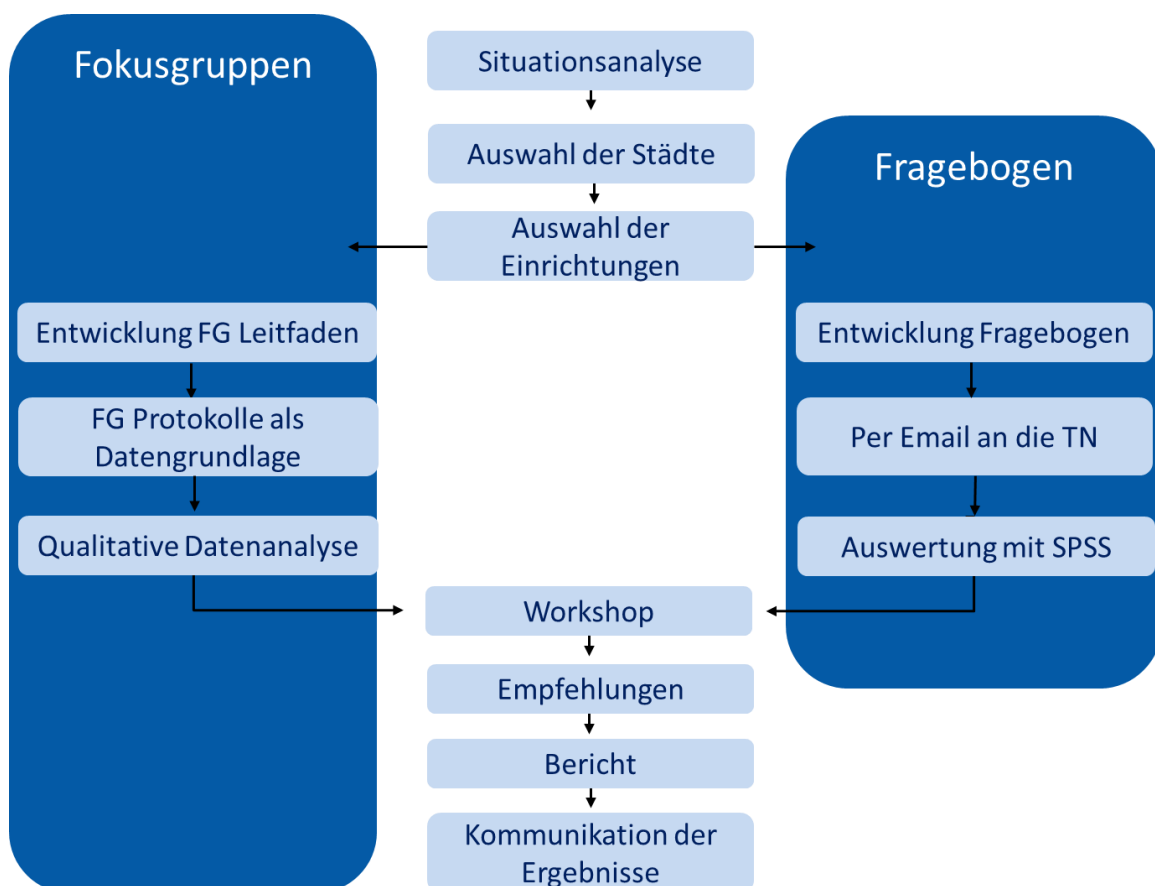


Abbildung 4: Projektablauf

An den Fokusgruppen nahmen insgesamt 52 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus 43 Einrichtungen teil. Die Anzahl der Teilnehmenden variierte zwischen vier Personen in Köln und 13 Personen in Frankfurt/Offenbach (siehe dazu Abbildung 5). Sechs der teilnehmenden Einrichtungen hatten ein rein beratendes Angebot (ohne Testung) und aus sechs Einrichtungen nahmen mehr als eine Person an der Fokusgruppe teil.

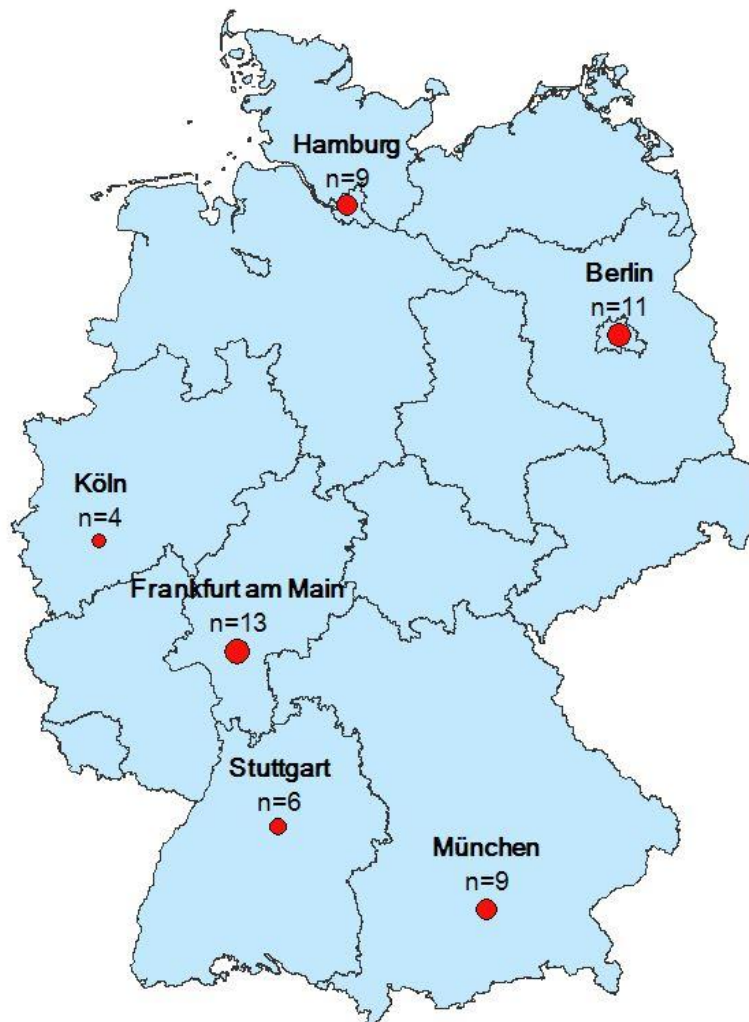


Abbildung 5: Studienstädte und die Anzahl der Teilnehmenden pro Stadt

Die meisten Teilnehmenden hatten sich bereits im Vorfeld, teilweise auch im Rahmen von Studien, mit der Thematik Migration und Zugänglichkeit von HIV- und STI-Testung befasst, und waren sich der bestehenden Barrieren und Herausforderungen bewusst. In Berlin beispielsweise fand die „Berliner Kampagne 2011-2014 für eine trägerübergreifendes Beratungs- und Testangebot zu HIV/AIDS, Syphilis und HCV“ statt und in München das „Hepatitis B-Projekt“.

4.1 Ausgangslage

Alle vertraten die Ansicht, dass Migrantinnen und Migranten eine heterogene Gruppe sind. Es wurde betont, dass eine Differenzierung von Menschen über das Merkmal „Herkunft“ hinausgehen müsse, da Menschen viele Identitäten haben. Beispielsweise können Menschen aus Bulgarien Sinti oder Roma sein, türkischstämmig und/oder Muslime, einer unterschiedlichen sozialen Schicht zugehören und aus unterschiedlichen Gründen nach Deutschland migriert sein. Entsprechend können das Risikoverhalten und der Zugang zu Testangeboten positiv oder negativ beeinflusst sein.

Ausgangslage

- ➔ Migrantinnen und Migranten sind eine heterogene Gruppe
- ➔ Migrantinnen und Migranten müssen differenziert betrachtet werden
- ➔ Barrieren und Wege um Migrantinnen und Migranten zu erreichen waren bekannt

4.2 Test- und Beratungspraxis

Die teilnehmenden Einrichtungen hatten unterschiedliche Arbeitsbereiche und Zielgruppen. Einige boten Beratung, Unterstützung und/oder medizinische Versorgung für zugewanderte Menschen an, und vermittelten ihre Klientel zwecks eines Tests an testende Einrichtungen weiter. Andere boten HIV und/oder STI-Tests teilweise in Kombination mit einem gynäkologischen Untersuchungsangebot an und unterstützten ihr Klientel teilweise auch in anderen Belangen (Aufenthaltsrecht, Zugang zu Therapie und anderen sozialen Einrichtungen, Bildung, Sprache etc.). Wieder andere arbeiteten mit Menschen mit einem positiven HIV-Status entweder im Rahmen der Beratung oder der Therapie. Aufklärungsarbeit für Personal in medizinischen Einrichtungen (z.B. Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflegepersonal) und Betreuungseinrichtungen (z.B. Erzieherinnen und Erzieher, Personal in Asylunterkünften) sowie für Migrantinnen und Migranten in bestimmten Kontexten (z.B. Integrationskurs, Berufsschule) wurde von unterschiedlichen Einrichtungen in allen Bereichen angeboten.

Test- und Beratungsangebote

Die bestehenden Angebote wurden von den Teilnehmenden generell als gut beschrieben. Sie wurden von Migrantinnen und Migranten wahrgenommen und es gab viele gute Ideen, Ansätze und funktionierende Projekte. Trotzdem wurden bestimmte Populationen nicht erreicht.

Als wir nach Angeboten für die Allgemeinbevölkerung und nach speziellen Angeboten für Migrantinnen und Migranten fragten, wurden wir darauf hingewiesen, dass Migrantinnen und Migranten Teil der Allgemeinbevölkerung seien. Im Idealzustand würden alle Migrantinnen und Migranten „genau wie alle anderen zu uns kommen“ [FGD Frankfurt am Main/Offenbach (FFM/Of)].

Da es jedoch Populationen gab, die von bestehenden Testangeboten nicht erreicht wurden, wurden Methoden eingesetzt, um Orte und Menschen, bei denen eine erhöhte Vulnerabilität vermutet wird, gezielt aufzusuchen und anzusprechen. Diese waren neben Settings der Sexarbeit und des i.v.-Drogengebrauchs auch Asylunterkünfte, Frauentreffs, Pastoren und Afrikaläden. Als am besten funktionierendes Informations- Tool wurde die Mundpropaganda genannt. Mittel, um über das eigene Angebot zu informieren, war zudem die Präsenz auf öffentlichen (kulturellen) Veranstaltungen von und für Migrantinnen und Migranten und im Internet, was jedoch seitens der Nutzenden eine gewisse Informiertheit zum Thema voraussetzen würde.

Zielgruppen

Während die AIDS-Hilfen vor allem MSM (und in Berlin Trans*Menschen⁷) ansprachen, war das Testangebot der Gesundheitsämter ein im Vergleich zur HIV- und STI-Testung in Hausarztpraxen und gynäkologischen Praxen niedrighschwelliges Angebot, das sich insbesondere an Menschen mit Risikoverhalten aus der Allgemeinbevölkerung richtete. Zudem hatten alle teilnehmenden Gesundheitsämter ein kostenloses und anonymes gynäkologisches Angebot für Menschen ohne Versicherungsschutz. Darunter waren z.B. auch zugewanderte und/ oder in der Sexarbeit tätige Menschen.

Kostenfreie Testangebote und Anonymität waren in Einrichtungen aller Einrichtungstypen möglich (siehe dazu Kapitel 5). Eine Quote von Nichtzahlenden war beispielsweise in das Budget der Berliner AIDS-Hilfe miteinberechnet. Erwähnt werden soll an dieser Stelle auch die AIDS-Hilfe in Offenbach, in der das HIV-Testangebot für Offenbacher Bürger und Bürgerinnen grundsätzlich kostenlos war.

⁷ Im Bericht werden die Begriffe so übernommen, wie sie von den Teilnehmenden benutzt wurden.

Sprachmittlung

Sprachbarrieren wurde teilweise durch Sprachkenntnisse der Mitarbeitenden, professionelle Sprach- und Kulturmittlung⁸, übersetzte Informationsmaterialien und/ oder Piktogrammen begegnet. Zudem berichteten die AIDS-Hilfen in Frankfurt und Stuttgart, dass sie Deutschkurse anbieten. Auch wurden bei fehlender Sprachmittlung durch die Einrichtung Begleitpersonen zur Übersetzung hinzugezogen, was allerdings u.a. auf Grund der fehlenden Privatsphäre und möglichen Abhängigkeitsstrukturen zu der mitgebrachten Person als schwierig beschrieben wurde.

In allen Einrichtungen gab es einen hohen Bedarf für den Einsatz von Sprachmittlung, aber nur wenige Einrichtungen konnten diese kontinuierlich anbieten. Fehlende Mittel wurden als Hauptursache beschrieben.

Bezüglich der Sprachmittlung gab es verschiedene Ansichten zur erforderlichen Expertise von Sprachmittelnden. Während einige Teilnehmende eine reine sprachliche Kompetenz als ausreichend hielten, wurde von anderen betont, dass auch eine inhaltliche Expertise wichtig sei. Zwei Sprachmittlerinnen, die als Expertinnen an der MiTest-Studie teilnahmen, beschrieben ihre Rolle in der HIV- und STI-Testberatung.

Die beiden Expertinnen betonten, dass über die sprachliche Ebene hinaus auch ein Verständnis der Kultur und der Thematik sehr wichtig sei: denn Sprachmittlung sei auch immer Kulturmittlung. Sie ermögliche die Wahrnehmung auch nicht-verbalisierter Aspekte und schaffe Vertrauen durch Identifikation, was für viele Menschen die Inanspruchnahme einer Testung und/oder Beratung erleichtere. Sie problematisierten die fehlende Wertschätzung ihrer Arbeit. Diese sei oftmals nicht als zentraler Bestandteil bei der Beratung von Migrantinnen und Migranten mit fehlenden Deutschkenntnissen anerkannt. Zudem betonten sie, dass durch besser strukturierte Arbeitsverträge und Schulungen der Fluktuation von Sprachmittelnden entgegengewirkt und Kontinuität gewährleistet werden könne.

Niedrigschwelligkeit der Angebote

Alle testenden Einrichtungen außer den Schwerpunktpraxen gaben an, ein niedrigschwelliges Angebot zu haben. Dazu gehörten aufsuchende Arbeit mit und ohne Testung, mobile Test-Angebote, Sprechstunden mit und ohne Termin und durch flexible, kontinuierliche und offene Sprechstunden an den Tagesablauf der Zielgruppen angepasste Angebote. In Berlin bestand beispielsweise durch die Abstimmung unter den freien Trägern ein kontinuierliches HIV-Testangebot von Montag bis Freitag.

Die Schaffung von Vertrauen war ein zentraler Aspekt in der Arbeit mit für HIV und STI vulnerablen Gruppen. Die Einrichtungen hatten unterschiedliche Zielgruppen und boten die Möglichkeit vertrauensbildender Identifikationsflächen. Diese wurden auf unterschiedliche Weise geschaffen. Schwule Männer berieten beispielsweise andere schwule Männer oder es

⁸ Zum Begriff Sprach- und Kulturmittlung siehe Glossar. Im weiteren Text ist mit dem Begriff Sprachmittlung immer beides gemeint.

wurde darauf Wert gelegt, dass Personal mit einem guten Zugang zu bestimmten Communities durch beispielsweise Sprachkenntnisse oder Community-Zugehörigkeit vor Ort war. Außerdem wurde mit Peers und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gearbeitet.

Ein weiterer Aspekt war die Schaffung eines geschützten Raums durch die Wahrung der Anonymität und der Einbettung der Thematik in einen über HIV und STI hinausgehenden Kontext. Sexuelle Gesundheit und allgemeinmedizinische Aspekte wurden in allen Städten als Zugangspforte beschrieben.

Ethik des Testens

In allen Städten wurde die Frage diskutiert, ob, wann und wem man einen HIV-Test anbieten soll. Als zentrales Problem stellte sich dabei die fehlende Regelung einer HIV-Behandlung für Menschen mit ungeregeltem Aufenthaltsstatus und fehlender Krankenversicherung heraus. Dabei stand das Recht der Menschen, ihren HIV-Status zu kennen, der ethischen Frage gegenüber, wie man mit den fehlenden Möglichkeiten einer Therapie bei positivem HIV-Testergebnis umgehen sollte. Bisher hänge die Gesundheit von Menschen ohne Zugang zum System vom Engagement und Netzwerk einzelner Menschen aus der Versorgung und Beratung ab.

So berichtete ein Schwerpunktarzt aus Berlin, dass Patientinnen und Patienten aus seinem Praxisbudget versorgt werden, bis ihr Aufenthaltsstatus geregelt ist. Daneben gäbe es in einigen wenigen Berliner Kliniken die Möglichkeit einer Therapie für Menschen ohne Krankenversicherung. Auch in Frankfurt werden Mittel und Wege abseits der regulären Versorgung gefunden, um Menschen zu therapieren und in Hamburg wurde berichtet, dass man im Falle einer benötigten Behandlung „bei unserem Netzwerk und anderen Ärzten betteln“ müsse. Dieser als „Wildwuchs“ beschriebene Zustand müsse sobald wie möglich ein Ende haben, betonten die Teilnehmenden der Frankfurter Fokusgruppe.

In Bayern wurden zum Zeitpunkt der MiTest-Studie alle asylsuchenden Menschen auf HIV getestet. Die Testung erfolgte ohne Einverständniserklärung und ohne Beratung. Die Teilnehmenden der Münchner Fokusgruppe berichteten, dass negative Testergebnisse grundsätzlich nicht vermittelt wurden, und positive Ergebnisse in manchen Fällen nicht zustellbar waren, weil die Geflüchteten zum Zeitpunkt der Ergebnismitteilung bereits in andere Regionen verlegt wurden. 2014 gab es bereits 64 positive HIV-Testergebnisse im Rahmen der Erstuntersuchung bei 80-100 Testungen pro Tag. Im Jahr 2013 konnten 23-24 positive Befunde aus genannten Gründen nicht mitgeteilt werden [FGD München]. Alle Teilnehmenden waren sich einig, dass dies eine nicht akzeptable Praxis sei.

Testpraxis im Bereich der Regelversorgung

Hausärztinnen und Hausärzte seien ein wichtiger Kontakt im Rahmen der HIV-Testung, denn insbesondere in ländlichen Regionen versorgen sie Migrantinnen und Migranten und kennen ihre Gesundheitsprobleme. Aber viele Ärztinnen und Ärzte seien für diese Thematik nicht sensibilisiert und testen zu wenig. Viele wüssten nicht, dass ein Test bei begründetem Risiko einer meldepflichtigen Erkrankung abgerechnet werden kann, weil mit einer Ausnahmeziffer das Laborbudget nicht belastet werde. In den meisten Fällen wurde diese Regelung jedoch aus Unwissen nicht umgesetzt [FGD München].

Beratende Angebote für Migrantinnen und Migranten

Die Akteure und Akteurinnen der Migrationsberatungsstellen aus Frankfurt, Köln, und Berlin berichteten, dass die afrikanische Community durch beratende Angebote gut erreicht wird. In Berlin beispielsweise war das Afrikerherz Projekt eine Anlauf- und Koordinierungsstelle, wo u.a. Betroffene nach einer HIV-Diagnose begleitet werden. Die Beratungsstellen boten einen geschützten Raum, wo Betroffenen sich öffnen und frei über ihre Krankheit reden können. Aufgrund des hohen Stigmas jedoch hätten viele Menschen Angst, sich freiwillig über einen HIV-Test zu informieren.

Laut einer Multiplikatorin aus Köln sei die zentrale Botschaft der Beratung HIV-positiver Migrantinnen und Migranten, dass es ein Leben mit HIV und Zugang zu Therapie gibt.

Vernetzung

Testende, beratende und behandelnde Einrichtungen waren teilweise vernetzt. Dort wo eine Vernetzung vorhanden war, wurde sie genutzt, um ein effektives Angebot zu schaffen. Testende Einrichtungen kooperierten mit Organisationen, die mit Migrantinnen und Migranten arbeiten, um Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu gewinnen, Beratungsstellen verwiesen zwecks HIV- und/ oder STI-Testung oder einer medizinischen Untersuchung an Teststellen, und Teststellen vermittelten Menschen mit positivem HIV-Status zur Behandlung an Kliniken und Schwerpunktpraxen. Für illegalisierte Menschen spielten die Malteser Migranten Medizin und das Medibüro als erste Anlaufstelle eine wichtige Rolle in der Primärprävention.

Trotz der guten Netzwerke wurde festgestellt, dass die Vernetzung ausbaufähig sei. Ein regelmäßiger Austausch fand nur teilweise statt und die Teilnehmenden kannten sich nur teilweise untereinander. Teilweise erfuhren sie erstmalig von den Angeboten und Erfahrungen anderer Einrichtungen. Netzwerke müssten optimiert werden und arbeitsfähig sein. In einer Stadt kam der Vorschlag, eine Arbeitsgruppe zu bilden und sich regelmäßig auszutauschen. Ziel einer solchen Arbeitsgruppe könnte es sein, die Arbeit der anderen näher kennenzulernen und sich gegenseitig besser unterstützen zu können.

Gute Beispiele

Dass Angebote verbessert und Menschen mit potentiell erhöhtem HIV- und STI-Risiko besser erreicht werden können, zeigten sowohl Beispiele funktionierender Projekte und Methoden in Deutschland, als auch Beispiele anderer Länder. Als gute Beispiele wurden in Berlin Gangway, in Frankfurt das Projekt Helping Hand (ein seit 5 Jahren erfolgreiches Multiplikator/innenprojekt im Bereich HIV und TB aus einer Kooperation des HIV Centers und der AIDS-Aufklärung) mit dem internationalen Kaffeeklatsch und das MiMi-Projekt (Migranten für Migranten), in Stuttgart das Willkommenscenter Stadt & Land mit dem Arbeitskreis Migration, sowie in München das Hepatitis B-Projekt des Gesundheitsamtes genannt.

Test- und Beratungspraxis

- Bestehende Angebote wurden als gut eingeschätzt
- Es wurden nicht alle Gruppen erreicht
- Vulnerable Gruppen wurden gezielt angesprochen
- Angebote waren niedrigschwellig
- Vernetzung bestand in allen Städten, kann jedoch optimiert werden

4.3 Wer wird erreicht/nicht erreicht

Wer wird erreicht?

Erreicht wurden in allen Städten Migrantinnen und Migranten mit klinischen Symptomen und Risikobewusstsein, sowie „gesetzelte“ [FGD HH] und gut gebildete [FGD Berlin II] Migrantinnen und Migranten der sozialen Mittel- und Oberschicht aus Europa/der „westlichen Welt“, [FGD Berlin II] und dem englischen Sprachraum sowie Menschen mit guten Deutschkenntnissen.

Außerdem wurden Gruppen erreicht, die sich im Rahmen der spezifischen Angebotsstruktur vor Ort angesprochen fühlen. Dazu gehörten in allen Städten MSM, in der Sexarbeit tätige Menschen und i.v.-Drogengebrauchende. Darüber hinaus wurde in Berlin und Hamburg berichtet, dass Wohnungslose erreicht werden, in Köln papierlose Frauen aus Afrika, in Hamburg „Menschen ohne Papiere“ und („vor allem Spanisch sprechende“ [FGD HH]) Trans*Menschen und in Stuttgart Osteuropäer und Nordafrikaner zwischen 18 und 32 Jahren in „Strickerkneipen“. In Berlin, Köln und Frankfurt berichteten Teilnehmende von einem guten Zugang zur afrikanischen Community. Menschen ohne Krankenversicherung wurden durch medizinische Einrichtung für Migrantinnen und Migranten in Stuttgart und Frankfurt gut erreicht.

Es wurde berichtet, dass Populationen dann gut erreicht werden, wenn für sie eine Identifikationsfläche bestehe. Das geschehe durch Sprachmittlung oder Personal, welches durch Herkunft, Sprache, sexuelle Identität oder aus anderen Gründen einen guten Zugang zu ei-

ner bestimmten Zielgruppe habe. In Stuttgart wurde beispielsweise beobachtet, dass seit dem Weggang eines Arztes, der einen besonderen Zugang zu Menschen aus bestimmten Regionen in Afrika hatte, auch die Anzahl der Klientel aus dieser Region zurückgegangen sei. In Berlin wurde aus einer Beratungsstelle für schwule Männer berichtet, dass sich die Anzahl schwuler Männer mit einem türkischen Migrationshintergrund deutlich erhöht hat, seitdem ein Mann aus der Türkei dort arbeitet.

Wer wird nicht erreicht?

Nicht erreicht wurden Menschen „in schwierigen Lebenssituationen“ [FGD Berlin II], aus prekären Verhältnissen und Milieus [FGD Köln, HH] sowie Menschen, die in Deutschland nicht integriert sind [FGD Frankfurt/Offenbach] und solche mit anderen Prioritäten und fehlendem Risikobewusstsein.

Schwierigkeiten wurden in der Zugänglichkeit von illegalisierten Menschen, afrikanischen Communities und asiatischen Frauen sowie jungen Männern aus dem türkischen und arabischen Raum beschrieben. In Köln wurde berichtet, dass es Schwierigkeiten in der Erreichbarkeit bei „heranwachsenden Männern“ im Alter zwischen 16-25 Jahren (wurde als „Age-Gap“ bezeichnet) der 2./3. Einwanderungsgeneration gibt, da diese „zwischen zwei Welten steckten, wo auf der einen Seite verlangt wird, dass die gesellschaftlichen Erwartungen wie Heiraten ganz normal erfüllt werden, sie aber gleichzeitig eine westlich-europäische Sozialisation hätten, ihre sexuelle Identität aber nicht offen leben können.“ Dieses „Alter des Suchens“ sei gekoppelt mit riskantem Verhalten. Das zeige eine hohe STI-Prävalenz in dieser Gruppe [FGD Köln].

Auch würden Schnittstellen zweier Risikogruppen sowie Tabuisierung nicht heteronormativer sexueller Identitäten und Verhaltensweisen eine Rolle spielen. Sogenannte „Stricher“ wurden von vielen Teilnehmenden als nicht erreichte Gruppe genannt, vor allem dann, wenn sie keine „Stricher-Identität“ haben, aus dem russischsprachigen Raum oder der Ukraine kommen, i.v.-Drogengebraucher sind und/oder prekären Milieus angehören. Weitere Gruppen, die nicht erreicht wurden, waren Trans* Menschen, MSM, die nicht in der Szene aktiv sind und i.v.-drogengebrauchende Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, die ihren Drogengebrauch verstecken. Auch Menschen, die aus einer Notlage heraus in der Sexarbeit tätig sind und sich nicht als Sexarbeiterinnen oder Sexarbeiter bezeichnen, wurden nicht erreicht [FGD HH]. Darüber hinaus wurden Menschen nicht erreicht, die ihr HIV- und STI-Risiko unterschätzen und nicht aus einer der „bekannten“ Risikogruppen kommen [FGD Berlin, HH].

Wer wird erreicht/ nicht erreicht?

- Erreicht: Menschen die gezielt angesprochen werden, integriert sind und/oder in stabilen sozialen Verhältnissen leben
- Nicht erreicht: Menschen in prekären Verhältnissen, sowie Menschen die nicht integriert sind, sich nicht mit einer Risikogruppe identifizieren und/oder mehr als einer Risikogruppe angehören

4.4 Barrieren zur HIV- und STI-Testung

Barrieren im Zugang zu HIV- und STI-Testung gab es auf drei verschiedenen Ebenen: Der Ebene der Rahmenbedingungen, der Angebote und der Nutzung.

Rahmenbedingungen

Auf struktureller Ebene wurde in allen Städten die Problematik fehlender Regelungen für die HIV-Behandlung bei einem positiven HIV-Testergebnis für Menschen mit unregelmäßigem Aufenthaltsstatus oder fehlender Krankenversicherung diskutiert (siehe oben). Die Kopplung des Zugangs zu Gesundheitsversorgung mit dem Aufenthaltsstatus wurde als „ambivalente Politik“ beschrieben, die Prävention verhindere [FGD Köln]. Dadurch würden sowohl auf der Seite der betroffenen Menschen, als auch auf der Seite der Testeinrichtungen Barrieren geschaffen.

Zudem stelle das bürokratische System in Deutschland auf Grund komplexer Prozesse und einer schwierigen Amtssprache eine Barriere dar. Menschen aus den EU-Mitgliedstaaten zum Beispiel könnten teilweise ihre ihnen rechtlich zustehende Krankenversicherung nicht in Anspruch nehmen. Es wurde in diesem Bezug von der „verständlichen Ohnmacht mancher Migrantinnen und Migranten“ gesprochen [FGD FFM/OF] und einem teilweise nicht zu bewältigenden Arbeitsaufkommen für testende und beratende Einrichtungen. Denn es gäbe häufig einen aus der beschriebenen Komplexität resultierenden Beratungsbedarf, der über die Testung weit hinausgehe.

In Stuttgart und Berlin wurde zudem die Kriminalisierung der potenziellen HIV-Übertragung als eine wichtige Barriere zu HIV-Testung gesehen. Außerdem fehlten Mittel, um gute Projekte langfristig abzusichern und Sprachmittlung zur Verfügung zu stellen.

Angebote

Die Teilnehmenden berichteten, dass Barrieren entstehen können, wenn die zur Verfügung stehenden Angebote nicht bekannt sind. Menschen können aus sprachlichen oder technischen Gründen von selbstverständlich erscheinenden Informationskanälen ausgeschlossen sein. Informationen über das Internet beispielsweise würden die Menschen nur dann erreichen, wenn diese Zugang zum Internet und zu der Sprache haben, in der die Informationen verfasst sind. Ebenso verhalte es sich mit Hinweisen in Zeitungen und auf Plakaten.

Die Teilnehmenden einer Fokusgruppe berichteten, dass Wissensdefizite der Mitarbeitenden in HIV- und STI-Testeinrichtungen zu den Lebensumständen von Migrantinnen und Migranten, sowie zum EU- und Sozialrecht zu problematischen Haltungen, Diskriminierung und Stigmatisierung führen können. Auch fehlerhafte Informationen, Unwissen und fehlende Sensibilität bezüglich HIV und Menschen mit einem erhöhten HIV-Risiko auf Seiten von Ärztinnen, Ärzten und Mitarbeitenden relevanter Einrichtungen wurden als problematisch beschrieben.

Zudem waren nicht alle Einrichtungen bedarfsgerecht ausgerichtet. Sprachmittelnde waren teilweise auf Grund fehlender finanzieller Mittel, eines großen Organisationsaufwandes oder aber fehlender Anerkennung und Wertschätzung ihrer Rolle nicht immer fester Bestandteil der Test- und Beratungsteams. Sie hatten in der Regel keine festen Arbeitsverträge. Dadurch, und weil Migrantinnen und Migranten in den Einrichtungen generell unterrepräsentiert waren, fehlten Identifikationsflächen, die für den Zugang und die Vertrauensbildung wichtig sein können.

Auch organisatorische Aspekte spielten eine Rolle: Manche Einrichtungen waren räumlich schwer zu erreichen, hatten Öffnungszeiten, die nicht an die Tagesabläufe der Nutzende angepasst sind oder vergaben Termine, die auf Grund von Sprachbarrieren oder beruflicher Tätigkeit nicht vereinbart oder eingehalten werden können. In Berlin zum Beispiel befanden sich die meisten Test- und Beratungseinrichtungen innerhalb des S-Bahn-Rings, was den Menschen in den außen liegenden Bezirken den Zugang erschweren kann. Auch wurde über die teilweise fehlende Vernetzung mit anderen Einrichtungen diskutiert, wodurch die Bedürfnisse der Klientel besser abgedeckt werden könnten.

In München erfuhren wir, dass viele Menschen bei der Vermittlung in eine andere Einrichtung (zwecks Testung, Behandlung oder sozialer Beratung) „auf dem Weg verloren gehen.“ In Berlin wurde der Fragebogen, der im Vorfeld der HIV-Testung ausgefüllt werden muss, hinsichtlich Kultursensibilität und Eignung hinterfragt. Es wurde berichtet, dass er Misstrauen erwecken und eine Herausforderung darstellen kann, wenn er zum Beispiel auf Grund fehlender Deutschkenntnisse nicht ausgefüllt werden könne (in manchen Einrichtungen lag er in mehreren Sprachen vor). In einer Berliner Einrichtung wurde er bei fehlenden Deutschkenntnissen im Beratungsgespräch gemeinsam ausgefüllt, aber auch das ist laut der Teilnehmerin aus der Beratungsstelle keine Lösung, weil die Menschen in dem Fragebogen „ihre Hosen runter lassen müssen“ [FGD Berlin II].

Nutzung

Auf der Seite von Migrantinnen und Migranten wurden die Lebensumstände, insbesondere die soziale Lage sowie Wissensdefizite, als zentrale Barrieren genannt. Beides sei eng miteinander verknüpft. Neben Stigmatisierung und Diskriminierung von außen und fehlender Integration von Migrantinnen und Migranten in der „Mehrheitsgesellschaft“ wurden vor allem Abhängigkeitsstrukturen, Vorurteile und Stigmatisierung innerhalb der Community als Barrieren zu HIV-Testung genannt. Eine prekäre soziale Lage, ein unregelmäßiger Aufenthaltsstatus, andere (gesundheitliche) Prioritäten und Probleme, wie etwa ökonomische Notlagen, Familienplanung und Erkrankungen, fehlende Orientierung in der Stadt, fehlende Deutschkenntnisse und fehlendes Wissen zu Testangeboten, finanzieller Verlust durch die Abwesenheit im Arbeitsfeld, Tabuisierung von Sexualität (sexuelle Orientierung, STI, HIV, Sexarbeit) und fehlendes Vertrauen könnten eine Rolle spielen und den Zugang zu Testangeboten einschränken.

Barrieren zur HIV- und STI-Testung

- Ebene Rahmenbedingungen: fehlende Regelungen für HIV-Behandlung für Menschen mit unregelmäßigem Aufenthaltsstatus und/oder Krankenversicherung, fehlende Mittel für gute Angebote
- Ebene Angebote: Lebenswelten sind nicht ausreichend berücksichtigt
- Ebene Nutzung: Wissenslücken zu HIV und STI und soziale Dimensionen können eine Barriere darstellen

4.5 Testverhalten der Klientel

Es wurde berichtet, dass Test- und Beratungsstellen insbesondere bei akuten Beschwerden und Fragen zu sexueller Gesundheit (u.a. Familienplanung) sowie nach einem konkreten Risikokontakt aufgesucht würden. Insbesondere MSM hätten eine hohe „Risikosorge“ [FGD FFM/OF). Ein geringes Risikobewusstsein hingegen hätten laut einigen Teilnehmenden vor allem Asiatinnen und Menschen, die nicht zu den klassischen Risikogruppen für die HIV-Übertragung gehören. Zudem wurde berichtet, dass Bildungsnähe nicht notwendigerweise das HIV- und STI-Risikobewusstsein senke.

Teilnehmende in Köln und Stuttgart berichteten, dass in Afrika (Länder wurden nicht genannt) ein offener Umgang mit HIV herrsche, während es in der migrierten afrikanischen Community in Deutschland, die einen Schutzraum darstelle (die Begriffe Ersatzfamilie und Vernetzungsmöglichkeit wurden in diesem Zusammenhang genannt), und in der Afrikanerinnen und Afrikaner oft unter sich sind, ein Tabuthema sei. Tabuisierung spiele eine wichtige Rolle, denn viele Menschen, unabhängig von ihrer sozialen Lage und ihrem Bildungsstand, gingen nicht offen mit ihrer HIV-Infektion um, weil ein Outing den Ausschluss aus der Community bedeuten könne. Andererseits berichtete ein Experte aus Frankfurt, dass er die Erfahrung gemacht habe, dass ein offener Umgang mit einem positiven HIV Befund bei Menschen aus der afrikanischen Community häufig als erleichternd wahrgenommen würde.

Zudem wurde beschrieben, dass nicht alle Menschen gleichermaßen über HIV und STI informiert sind. Als Beispiel berichtete eine Teilnehmerin aus Stuttgart von Asiatinnen, die noch nie etwas von HIV gehört hätten. Unwissen habe zudem den Effekt, dass es Angst auch bei harmlosen Erkrankungen schüre. Auch Analphabetismus spiele eine Rolle. „Bulgarische Jungs können nicht lesen“ wurde in Berlin berichtet [FGD Berlin I]. Dadurch ergäbe sich „von vorneherein eine ganz andere Informationsbasis“ [FGD HH].

Testverhalten

- ➔ Testung bei akuten Beschwerden, Fragen zu sexueller Gesundheit und nach Risikokontakt
- ➔ Tabuisierung einer HIV-Infektion in afrikanischer Community in Deutschland
- ➔ Risikobewusstsein und Wissen zu HIV sehr unterschiedlich

4.6 Lösungsvorschläge

Rahmenbedingungen

Im Hinblick auf die Optimierung der Zugänglichkeit von HIV- und STI-Testangeboten bei Migrantinnen und Migranten bestehe laut den Teilnehmenden dringender Handlungsbedarf auf gesundheitspolitischer Ebene. Die Behandlung und Weiterbehandlung von allen HIV-Positiven unabhängig von Aufenthalts- oder Krankenversicherungsstatus müsse gewährleistet sein. Teilnehmende führten Beispiele anderer Länder an, die zeigten, dass dies möglich ist. Die Finanzierung von HIV-Testangeboten und kontinuierlicher Sprachmittlung müsse gesichert sein. Um dies zu erreichen, sei die kontinuierliche und aktive Ansprache der Politik – am besten im Bündnis – notwendig. Außerdem müsse bestehendes Wissen zu Zugangsbarrieren und Lösungsmöglichkeiten in den Diskurs eingebracht werden.

Angebot

Um bedarfsgerechte Angebote zu schaffen, müssten die eigenen Strukturen überprüft werden und der Bedarf bekannt sein. Die Anerkennung von Diversität, Offenheit und Verständnis für „andere Mentalitäten und Lebenswelten“ [FGD Berlin II], Selbstreflexion und der Abbau von Vorurteilen, sowie Kenntnis über das Zuwanderungsrecht seien dabei wichtige Voraussetzungen. Schulungen, interkulturelle Trainingsprogramme und der Kontakt zu anderen Ländern, in denen Migrantinnen und Migranten gut erreicht werden, könnten dabei unterstützen. So könnten Erwartungen von Einrichtungen und Migrantinnen und Migranten abgeglichen und angepasst werden, sowie Angebote so gestaltet werden, dass die Testbereitschaft ansteigt. Dazu könne es auch sinnvoll sein, in die Communities zu gehen und sich mit ihnen zu vernetzen. Sprachbarrieren könnten durch die Anpassung der Sprache an die Zielpopulationen überwunden werden. Übersetzte Informationsmaterialien, Sprachkurse, Sprachkompetenzen im Team und/ oder professionelle Sprachmittlung könnten hier sinnvoll sein. Dabei wurde von einigen Teilnehmenden betont, dass nicht vergessen werden darf, dass nicht nur sprachlich, sondern auch kulturell vermittelt werden müsse. Die Arbeit von Sprach- und Kulturmittelnden sollte daher durch feste Arbeitsverträge geschätzt werden.

Um Stigmatisierung und Diskriminierung zu vermeiden, ging die Tendenz hin zu gezielter Ansprache in den Communities anstatt spezieller Sprechstunden für bestimmte Gruppen. Dadurch würden Zugänge geschaffen. Der Ausbau aufsuchender Arbeit (bei Bedarf mit mobiler Testung) spiele dabei eine wichtige Rolle.

Der Zugang zum Thema HIV und STI müsse über Themen der allgemeinen und sexuellen Gesundheit erfolgen. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sollten in die Prävention mit einbezogen und in Fortbildungsveranstaltungen geschult werden. Zudem sei die Schulung von Kontaktpersonen wie etwa Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Flüchtlingsheimen und Bildungseinrichtungen sinnvoll. Zugänge könnten auch über den Kontakt zu Kirchen oder zu Frauen über ihre Kinder geschaffen werden.

Ein gutes Netzwerk der Test- und Beratungsstellen könne verschiedene Funktionen haben. Es könne dabei helfen, voneinander zu lernen und die Angebote besser zu koordinieren, um sich gegenseitig zu entlasten. Um gemeinsam ein alle Zielgruppen einschließendes Angebot zu schaffen, sei es wichtig zu wissen, wer welches Angebot wo und wann anbietet. Außerdem könnten Ressourcen wie z.B. ein Sprachmittlungspool gemeinsam ausgebildet und genutzt werden. Auch die Vermittlung von Menschen zwischen Einrichtungen könnte besser organisiert werden, um zu verhindern, dass manche „auf dem Weg verloren gehen“ [FGD München].

Nutzung

Eine wichtige Voraussetzung für den Zugang aller Migrantinnen und Migranten zur HIV- und STI-Testung sei eine gelungene Integration. Dazu müsse in Deutschland eine Willkommens- statt einer Abwehrkultur bestehen. Das bedeute u.a. die Vereinfachung bürokratischer Prozesse und die Nutzung einer einfachen Sprache in bürokratischen Prozessen und der Beratung, sowie die Überwindung von Sprachbarrieren durch kostenlose Sprachkurse.

Informationen zu HIV und STI müssten konkretisiert werden und praktische Informationen zur Testung beinhalten. Zudem müssten sie über Wege kommuniziert werden, von denen Zielpopulationen auch erreicht werden. Die Einbindung der Thematik in den Bildungsbe- reich und die Visualisierung von Informationen könnten dabei unterstützend sein, ein gene- relles Gesundheitsbewusstsein zu schaffen. Auch die Präsenz der Anbietenden auf kulturel- len Veranstaltungen und im Internet wurde vorgeschlagen.

Partizipation, also die Einbindung der (beforschten) Zielgruppe (in diesem Fall Migrantin- nen und Migranten) in Forschung und Praxis sei eine wichtige Methode, um Menschen bes- ser zu erreichen und Empowerment zu fördern. Dazu gehört die Integration der Zielgruppe in die Bedarfsermittlung („Zielgruppe fragen: was braucht ihr?“ [FGD Köln]) in die Ange- botskonzeption und die Präventionsarbeit an sich. In diesem Zusammenhang fiel in Berlin auch der Begriff Diversity im Team, womit die Teilhabe von Migrantinnen und Migranten als Personal in Beratungsteams gemeint war.

Lösungsvorschläge

- ➔ Ebene Rahmenbedingungen: Forderung nach uneingeschränkter Gesundheitsver- sorgung
- ➔ Ebene Angebot: Anerkennung von Diversität und an den Bedarf angepasste Testan- gebote
- ➔ Ebene Nutzung: Integration, Zugang zu (Gesundheits-)Wissen und Partizipation

4.7 Erwartungen/Feedback der Teilnehmenden

Motivation zur Teilnahme

Im Hinblick auf eine Verbesserung der Zugangsgerechtigkeit für bestimmte Gruppen war es den Teilnehmenden wichtig, in einen Dialog zu treten, gemeinsam konkrete Lösungsvorschläge zu erarbeiten und Netzwerke zu bilden. Fragen von Seiten der Teilnehmenden bewegten sich um folgende Themenbereiche:

- Wie können vulnerable Gruppen besser erreicht werden?
- Wie können wir besser mit der Tabuisierung von Sexualität, Risikoverhalten, Coming-Out und sexueller Identitäten umgehen?
- Selbstreflexion: Was können wir verbessern? Welche Rolle spielen wir?
- Wie können wir besser zusammenarbeiten?
- Wissen optimieren: Wie können wir unser Wissen zu relevanten Gruppen verbessern (Lebenswelt, rechtliche Aspekte etc.) und ein Bewusstsein für die Thematik schaffen (bei Migrantinnen und Migranten und dem Personal in medizinischen und beratenden Einrichtungen)?

Aus der Erfahrung, dass sich trotz zahlreicher Studien die Situation für die Community nicht verbessern würde, war die Motivation für die Teilnahme an der MiTest-Studie für einige Teilnehmerinnen nicht sehr hoch. Einige Teilnehmende in Köln betonten, dass die Studienergebnisse an „die Community“ weitergegeben werden müssen, damit sie auch davon profitieren. Dies passiere in vielen Fällen nicht.

Zum anderen resultierte Frustration daraus, dass die Konsequenzen eines positiven Testergebnisses für einige Populationen nicht geklärt sind und deswegen einige Einrichtungen über den Test hinaus nicht viel anbieten können.

Die Zusammenarbeit mit dem RKI wurde als positiv beschrieben. Es wurde als wichtig erachtet, dass sich das RKI mit der Thematik befasst, Daten erhebt und sich dazu in Form einer Veröffentlichung (die auch als „Ideenquelle“ funktionieren könnte) positioniert. Die Studie wurde als Möglichkeit gesehen, Ergebnisse und Fragen aus anderen Studien (z.B. Berliner Studie) sowie wenig beachtete Gruppen wie „Stricher“ [FGD FFM/Of] und Trans*Menschen [FGD HH] in den Diskurs zu bringen, Behandlungsoptionen zu eröffnen und politische Botschaften zu generieren. Studien seien wichtig, so die Teilnehmenden, um strukturelle Veränderungen zu bewirken.

Feedback

In den abschließenden Feedbackrunden erfuhren wir, dass die Diskussionen interessant waren. Es wurde als positiv empfunden, sich kennen zu lernen, andere Perspektiven zu hören und sich von anderen Akteurinnen und Akteuren inspirieren zu lassen. Der Austausch untereinander zeigte auf, „was fehlt und was da ist“ [FGD FFM/Of]. Es wurde festgestellt, dass sich die Probleme in der Zugänglichkeit bestimmter Migrant*innenpopulationen unter den Einrichtungen ähneln. Auch war man erstaunt, dass sich so viele unterschiedliche Einrichtungen mit der Thematik befassen und dass alle im Endeffekt „am gleichen Strang“ ziehen.

Viele Teilnehmende gaben einen Informationsgewinn bezüglich bestehender Probleme an. Auch für diejenigen, die sich ohnehin intensiv mit der Thematik befassen, kamen neue Themen ans Licht, die man weiter untersuchen könnte [FGD Köln].

Insgesamt wurde festgestellt, dass alle „an die gleichen Grenzen kommen“, dass „etwas passieren muss“ [FGD HH] und dass man mit der „Flickschusterei“ [FGD FFM/Of] aufhören müsse. Es sei sinnvoll, sich gut funktionierende „Leuchtturmprojekte“ als Beispiel anzusehen, [FGD HH] und weiterhin zusammenzuarbeiten [FGD Stuttgart].

5 Ausgewählte Ergebnisse des Fragebogens

Im Folgenden stellen wir die Ergebnisse aus der Fragebogenerhebung dar. Sie gibt einen Überblick über die Diversität der teilnehmenden Einrichtungen mit potentiellm Testangebot, liefert Erkenntnisse, die über die Inhalte der FGD hinausgehen, und diente der Vorbereitung auf die FGD.

5.1 Angebotsstruktur der befragten Einrichtungen

Insgesamt wurde der Fragebogen an 37 der 52 Einrichtungen, die an den Fokusgruppen beteiligt waren, verschickt. Da mit dem Fragebogen Informationen zum Testangebot erhoben wurden, erhielten Einrichtungen, von denen wir wussten, dass sie kein Testangebot hatten, keinen Fragebogen. Die Rücklaufquote war 100%.

Informationen zu den Einrichtungen

Die Einrichtungen waren sehr heterogen. Die Anzahl der Kontakte im Jahr 2013 variierte zwischen wenigen hundert und mehreren tausend. In den meisten Einrichtungen (n=19) waren für eine Testung 30-60 Minuten vorgesehen, in sechs waren es weniger als 30 Minuten und in vier über eine Stunde. Über eine mobile Testberatung verfügten 24% (n=9) der Einrichtungen. Um über das Angebot zu informieren, wurden verschiedene Methoden genutzt (Abb. 6).

Testung

Von allen befragten Einrichtungen gaben 84% (n=31) an, ein HIV-Testangebot zu haben; sechs davon boten den Test nur für spezifische Zielgruppen an und sechs hatten kein HIV-Testangebot. In 68% (n=25) der Einrichtungen gab es zudem die Möglichkeit einer kostenlosen Testung. Hierzu zählten zum Beispiel alle Gesundheitsämter.

Auch der Anteil der Einrichtungen mit einem allgemeinen STI-Testangebot betrug 84% (n=31); wobei hier die Anzahl der Einrichtungen, die dieses nur für besondere Zielgruppen anboten, bei zehn lag. Sechs Einrichtungen testeten nicht auf STI.

Gynäkologisches oder urologisches Angebot

Ein gynäkologisches oder urologisches Untersuchungsangebot hatten 15 der 37 Einrichtungen (41%); von diesen gehörten neun zu den zehn Einrichtungen der Gesundheitsämter,

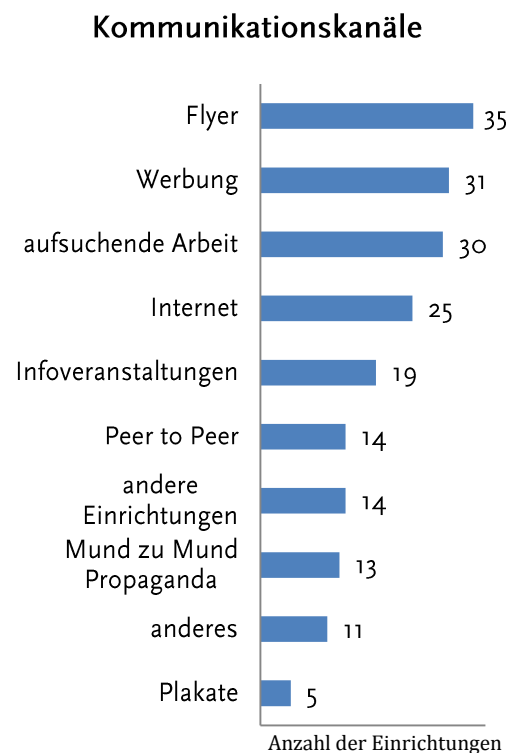


Abbildung 6: Genutzte Kommunikationskanäle

eine zu den Einrichtungen der Aids-Hilfen und die anderen fünf zu Einrichtungen freier Träger und einer Schwerpunktpraxis.

5.2 Erreichte Klientel nach Migrationsaspekten

Der Anteil der Migrantinnen und Migranten an der Gesamtklientel variierte stark in den verschiedenen Einrichtungen. Der größte Anteil der befragten Einrichtungen gab 20-40%, bzw. 0-20% an, während in neun Einrichtungen der Großteil der Gesamtklientel Migrantinnen und Migranten waren (Abb. 7).

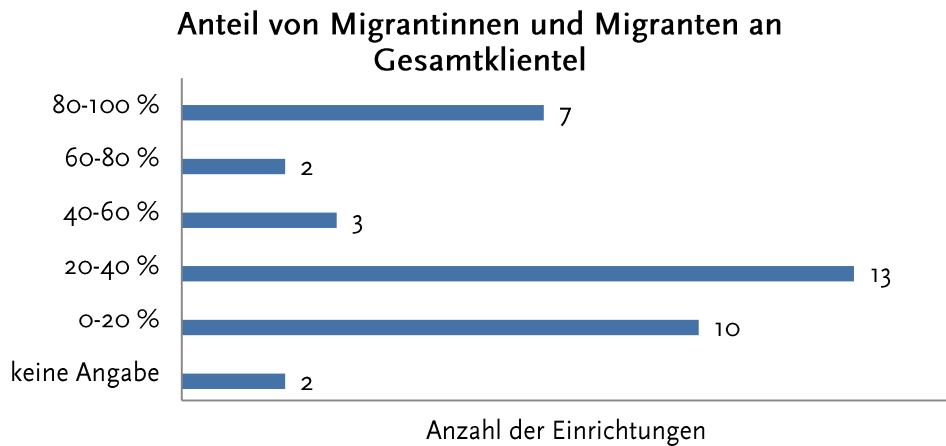


Abbildung 7: Migrationsanteil an der Gesamtklientel der teilnehmenden testenden Einrichtungen (n=37)

Unter der migrantischen Klientel variierte der geschätzte Anteil von Personen ohne Krankenversicherung, geregelten Aufenthaltsstatus und Personen mit keinen oder geringen Deutschkenntnissen stark (Abb.8). Fast alle Einrichtungen geben allerdings an, Menschen aus diesen Gruppen zu erreichen.

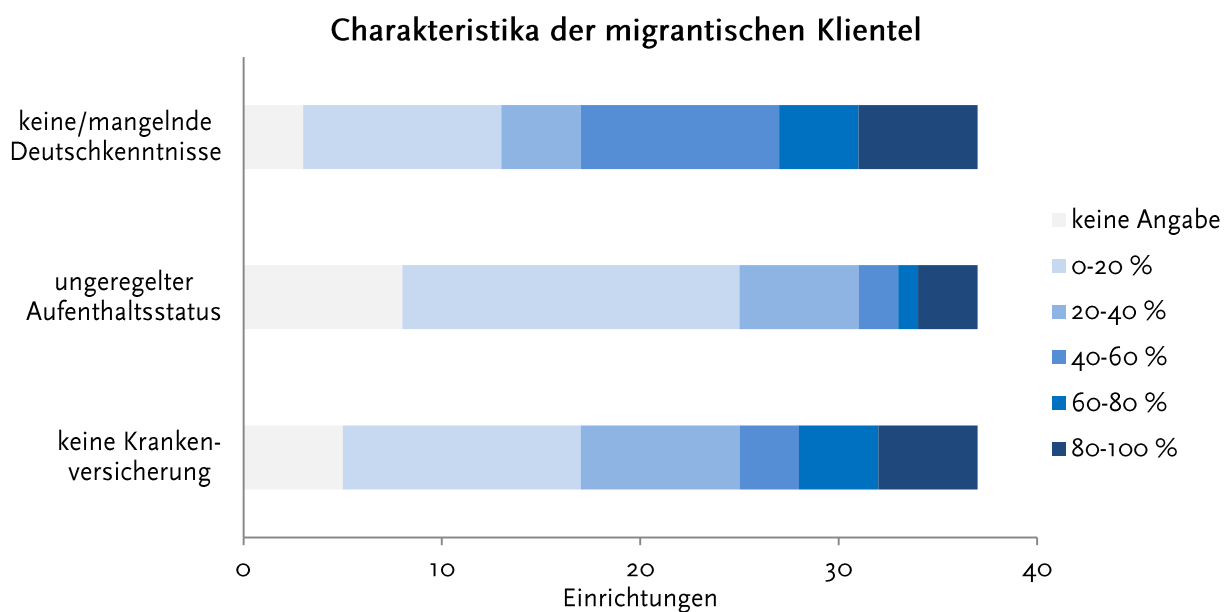


Abbildung 8: Berichteter Anteil von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung, mit unregelmäßigem Aufenthaltsstatus und keinen/geringen Deutschkenntnissen (n=37)

Angebote Sprachen in den Einrichtungen

Im Fragebogen fragten wir danach, ob Menschen mit wenigen oder keinen Deutschkenntnissen durch beispielsweise mehrsprachige Mitarbeitende oder Sprachmittelnde die Möglichkeit hatten, in den Einrichtung beraten und informiert zu werden. 86% der Einrichtungen (n=32) bejahten diese Frage. In den Einrichtungen wurden neben Deutsch und Englisch zwischen

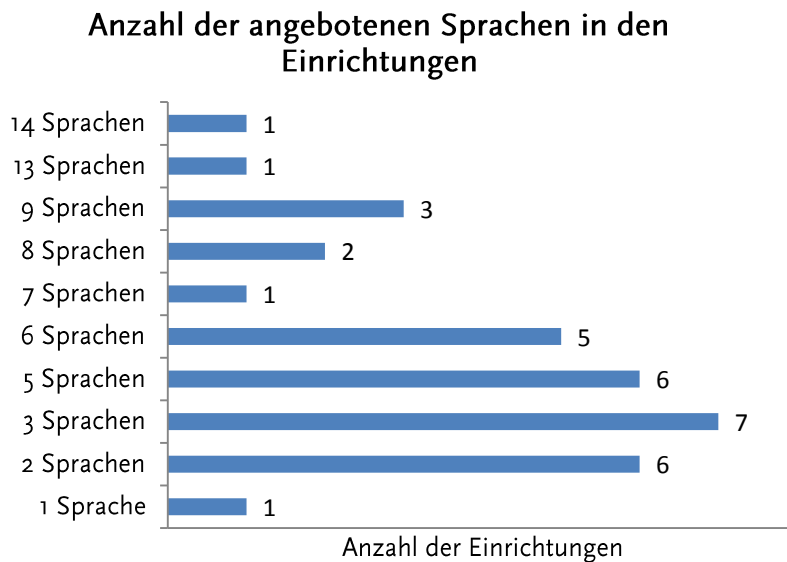


Abbildung 9: Anzahl der angebotenen Sprachen in den Einrichtungen

zusätzlich einer und 14 Sprachen angeboten (Abb. 9).

Die am häufigsten angebotenen Sprachen waren neben Englisch (ist nicht in Abbildung 9 aufgelistet, weil in allen Einrichtungen mit Sprachmittlung Englisch angeboten wurde) Spanisch und Türkisch, gefolgt von anderen, vor allem europäischen Sprachen (Abb. 10). Unter der Kategorie

„andere“ wurden viermal Kroatisch, dreimal jeweils Ungarisch und Italienisch, zweimal jeweils Serbisch, Amharisch und Tigrinya und jeweils einmal Luganda, Suaheli, skandinavische Sprachen, Ukrainisch, Urdu und Griechisch genannt.

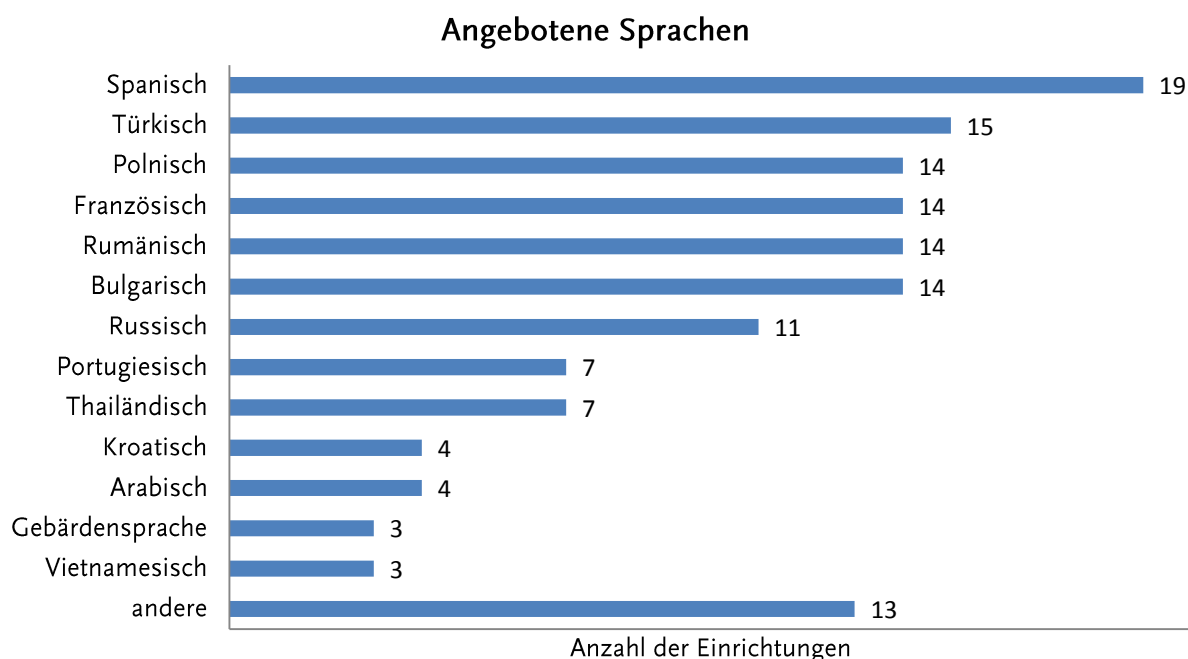


Abbildung 10: Anzahl der Einrichtungen mit Sprachmittlung, die bestimmte Sprachen anbieten (n=32)

Aufsuchende Arbeit

65% der Einrichtungen (n=24) gaben an, aufsuchende Arbeit für besondere Zielgruppen anzubieten. MSM, Migrant/innen und Sexarbeiter/innen waren dabei die am häufigsten genannten Zielgruppen (Abb. 11). Unter der Kategorie „andere“ wurden jeweils zweimal Schulen, Freier und Mädchen/ Frauen genannt und jeweils einmal Allgemeinbevölkerung, Einrichtungen der Jugendhilfe, Mütterzentren, Frauentreffpunkte, Transsexuelle, Multiplikator/innen in der Szene sowie Pornokino/ Chaträume.

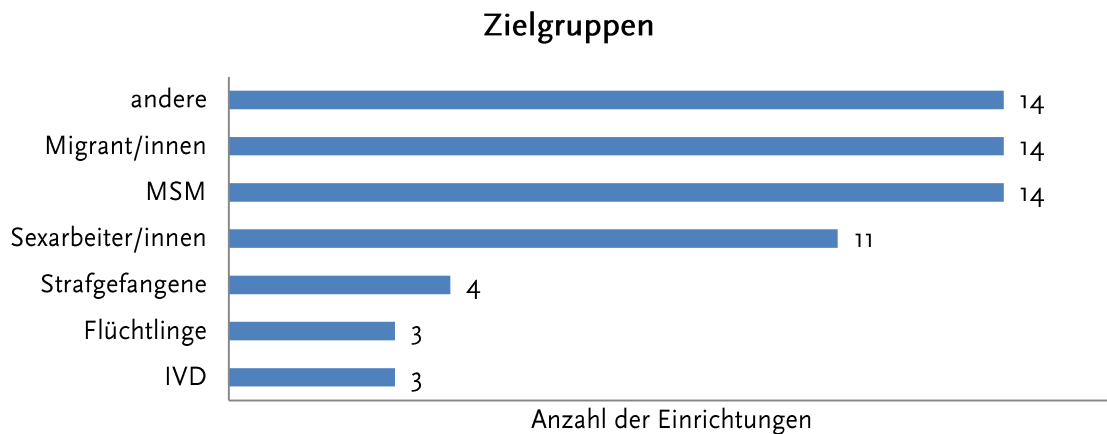


Abbildung 11: Anzahl der Einrichtungen, die spezifische Zielgruppen mit aufsuchender Arbeit erreichen (n=24)

5.3 Datenerfassung im Rahmen der Testberatung

Fast alle Einrichtungen erhoben im Rahmen der Testberatung Daten zu ihrer Klientel (n=36), wobei die Art und Anzahl der verwendeten Indikatoren stark variierte (Abb. 12). Eine regelmäßige Auswertung dieser Daten berichteten 58% (n=21) der Befragten, während (31%) (n=11) diese nur bei Bedarf analysierten und drei Einrichtungen keine Analysen vornahmen.

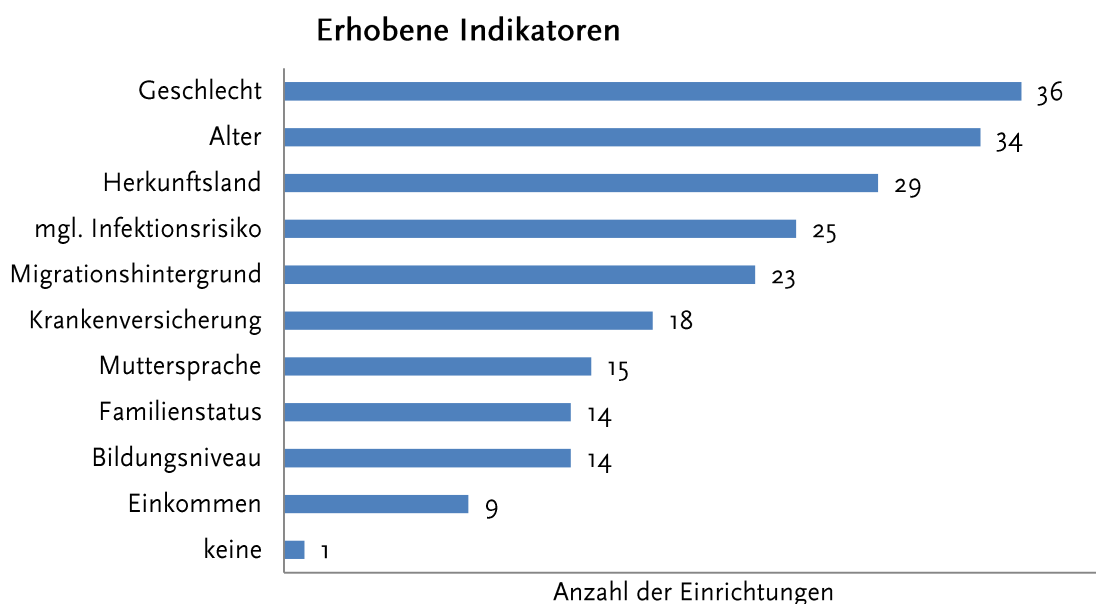


Abbildung 12: Anzahl der Einrichtungen, die spezifische Indikatoren erheben (n=37)

6 Diskussion

6.1 Kulturverständnis und Diversität

Den Fokusgruppen lag die Vorstellung zu Grunde, dass Migrantinnen und Migranten eine heterogene Gruppe mit unterschiedlich gutem Zugang zu HIV- und STI-Testangeboten sei. Zur Beschreibung derjenigen Populationen, die durch bestehende Angebote entweder erreicht oder nicht erreicht wurden, wurden häufig bestimmte Herkunftsländer und Regionen mit anderen Begriffen oder bestimmten Geschlechtern kombiniert: „afrikanische Community“, „Asiatinnen“, „bulgarische und rumänische“ Frauen oder Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, „türkische“, „arabische“ und „muslimische“ Männer, „osteuropäische“ und „Russisch sprechende“ Sexarbeiter.

Hier wird deutlich, dass sich Migrantinnen und Migranten – ganz im Sinne des Diversity-Ansatzes – hinsichtlich vieler Merkmale, wie zum Beispiel ihres Geschlechts, ihres Alters, ihrer Sprachen, ihrer sozialen und kulturellen Bezugsräume, ihrer Verhaltensweisen und somit auch bezüglich ihrer HIV-Risiken unterscheiden.

Diversity besagt, dass Menschen stets Mitglieder von einer Vielzahl von Gruppen sind. Sie können nicht auf eine einzige Identität wie etwa ihre Herkunft festgelegt werden. Amartya Sen beschreibt dies in seinem Buch „Die Identitätsfalle. Warum es keinen Kampf der Kulturen gibt“ (Sen 2010). Im Zusammenhang mit HIV-Prävention bei Migrantinnen und Migranten betont Gangarova, dass der Diversity-Ansatz eine Möglichkeit darstelle, „den Umgang mit der vorhandenen Vielfalt – nach innen und nach außen – produktiv und wertschätzend zu gestalten“ (Zitat Gangarova 2015, S. 75).

Die MiTest-Studie zeigt, dass die teilnehmenden Praktikerinnen und Praktiker im Sinne der aktuellen Verhandlung von Kulturkonzepten und -Zuschreibungen denken. Mit der Berücksichtigung von Heterogenitätsmerkmalen, die über den Migrationshintergrund hinausgehen, ist die Grundlage für eine erfolgreiche Umsetzung kultursensibler Angebote unter den Teilnehmenden gegeben.

Dies ist in der öffentlichen Diskussion häufig nicht der Fall. Menschen werden weiterhin ausschließlich über ihre ethnische, nationale und mittlerweile auch religiöse Herkunft definiert. Dabei wird davon ausgegangen, dass sämtliche Verhaltensweisen durch die Kultur bestimmt wären, die als geschlossen und unveränderlich wahrgenommen wird. In der Migrationsforschung wurde dieses Verständnis jedoch längst von einem dynamischen und praxisorientierten Kulturverständnis abgelöst, welches Kultur als einen Prozess versteht, als etwas, dass sich durch die Begegnung kultureller Ordnungen und Systeme stetig verändert.⁹

⁹ Siehe dazu auch das Kapitel „Vor dir steht ein Mensch und keine Kultur“ von Rosalyn M’Bayo in Gangarova, T.: HIV-Prävention für & mit Migrant_innen. Standards. Praxisbeispiele. Grundlagen, Berlin, DAH 2015.

In den Lösungsvorschlägen der Teilnehmenden nahm Kultursensibilität einen großen Raum im Hinblick auf die Optimierung der Erreichbarkeit von Migrantinnen und Migranten ein. Kultursensibilität ist als etwas zu verstehen, das in einer kulturell heterogenen Gesellschaft und daraus entstehenden Herausforderungen Orientierung gibt (Sarma 2012).

In den Fokusgruppen wurde mehrfach betont, dass zur Verbesserung der Angebote eine Selbstreflexion stattfinden müsse, Barrieren nicht ausschließlich auf der Seite der Nutzenden gesucht werden dürften und Kenntnisse über die Lebenswelt von Migrantinnen und Migranten und deren rechtliche Situation erworben werden müssten. Die genannten Aspekte sind nach dem Erziehungswissenschaftler Auernheimer wichtige Schritte in der Aneignung interkultureller Kompetenz, die ein weiterer wichtiger Faktor für die kultursensible Öffnung von Angeboten ist (Auernheimer 2002). Unter interkultureller Kompetenz versteht er die Fähigkeit, mit einer selbstreflexiven und machtsensiblen Haltung innerhalb einer kulturell heterogenen Gesellschaft kontextabhängig angemessene Umgangsweisen entwickeln zu können (Sarma 2012).

6.2 Zugang zu HIV- und STI-Testung

Die MiTest-Studie bestätigt einvernehmlich – übergreifend über alle Studienstädte und Einrichtungen - die zu Beginn beschriebene Feststellung vorangehender Studien; dass Migrantinnen und Migranten keinen gleichberechtigten Zugang zu HIV- und STI-Testung und somit zu Gesundheit haben. Rechtliche und administrative, sowie kulturelle und sprachliche Barrieren – wie sie in den Fokusgruppen ausführlich beschrieben wurden - sind sowohl auf internationaler, europäischer als auch auf regionaler Ebene als einschränkende Faktoren bekannt (Borde T 2003, Spallek J 2007, UNAIDS 2008, ECDC 2009, von Unger, Klumb et al. 2011, RKI 2012, Zoufaly, an der Heiden et al. 2012, Huschke 2013, ECDC 2014, Santos-Hovener, Marcus et al. 2015). Was in regionalen zielgruppenspezifischen Studien beobachtet wurde, ist in der MiTest-Studie wiederzufinden (Pakomi, MiSSA).

Entsprechend wurde in den Diskussionen eine Kritik hinsichtlich dessen geäußert, dass sehr viel geforscht und gewusst wird, sich an den immer wieder diskutierten Defiziten und Problemfeldern aber trotz bestehender Lösungsvorschläge nichts ändert. Dieser Punkt wurde im abschließenden Workshop aufgegriffen und diskutiert (siehe Kapitel 0).

Einen wichtigen Stellenwert in allen Diskussionen nahm die HIV-Testung vor dem Hintergrund eingeschränkter Behandlungsmöglichkeiten für Menschen ohne Anspruch auf Behandlung ein. Dazu hatte der Nationale AIDS-Beirat im März 2014 in einem Votum bereits Stellung genommen (BMG 2014). In München wurde dies insbesondere im Hinblick auf die HIV-Testung in bayrischen Erstaufnahmestellen diskutiert, die bei allen asylsuchenden Menschen ohne Beratung und Einholung einer Einverständniserklärung vorgenommen wurde.

Zugangsbarrieren wurden auf drei Ebenen der von der Deutschen STI-Gesellschaft entwickelten Indikatorenliste für sexuelle Gesundheit in Deutschland identifiziert (DSTIG 2013):

politische und gesetzliche Rahmenbedingungen, Angebote und Nutzung, wobei alle Ebenen miteinander verknüpft sind. Entsprechend ergaben sich folgende Handlungsbedarfe, um Migrantinnen und Migranten noch besser zu erreichen:

- **Politische und gesetzliche Rahmenbedingungen:** Voraussetzungen schaffen, um Menschen unabhängig von ihrer Herkunft einen gleichberechtigten und selbstbestimmten Zugang zu Gesundheit zu ermöglichen
- **Angebote:** Bedarfsermittlung und Umsetzung bedarfsangepasster Angebote
- **Nutzung und Inanspruchnahme:** Optimierung der Lebenssituation im Zielland im Hinblick auf gleichberechtigte Handlungsmöglichkeiten und Zugänge zu Angeboten

6.3 Die MiTest Studie: ihr Beitrag zum Diskurs

Vernetzung

Die MiTest-Studie zeichnet sich dadurch aus, dass sie Menschen aus unterschiedlichen Einrichtungen und Regionen zusammengebracht hat, um die aktuelle Situation der HIV- und STI-Testung zu diskutieren. Die Fokusgruppen ermöglichten die unmittelbare Vernetzung der Teilnehmenden. Es entstand ein Raum, in dem Menschen in einen Dialog treten konnten, die zu den gleichen Themen arbeiten und mit ähnlichen Herausforderungen konfrontiert sind. Viele von ihnen waren ohnehin gut vernetzt, zwischen anderen fand bisher aber kein Austausch statt und so schufen die Fokusgruppen eine Gelegenheit, Kontakte herzustellen und herauszufinden, welche Möglichkeiten der gegenseitigen Unterstützung es gibt.

Sprach- und Kulturmittlung

Sprachbarrieren sind Barrieren struktureller Art, die in vielen Abhandlungen zum Thema Gesundheitsversorgung/ Migration beschrieben sind. Die MiTest-Studie erweiterte die Diskussion zu dieser Problematik, indem in ihr Sprachmittlerinnen als Expertinnen zu Wort kamen, ihre Rolle beschrieben und Vorschläge für die Optimierung der Angebote im Hinblick auf die Überwindung der Sprachbarrieren machten. Es wurde deutlich, dass es wichtig ist, alle Akteurinnen und Akteure der HIV- und STI-Testung und –Beratung an den Forschungsprozessen zu beteiligen.

Heterogenität

Die Fokusgruppen konnten keine einfache Antwort darauf geben, welche Menschen gut und welche schlecht von Testangeboten erreicht werden. Die Faktoren, die den Zugang zu HIV- und STI-Testung ermöglichen bzw. einschränken, sind zu komplex und vielschichtig.

Was die Fokusgruppen jedoch zeigten, ist das Menschen vor allem dann Testangebote nicht in Anspruch nehmen, wenn sie sich von allgemeinen oder zielgerichteten Angeboten, wie es sie z.B. für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, Drogengebrauchende und MSM gibt, nicht angesprochen fühlen. Das kann mit fehlenden Identifikationsflächen oder aber einer Diskrepanz zwischen anvisierten Zielgruppen der Angebote und der selbst zugeschriebenen Identität zusammenhängen.

Denn Angebote für bestimmte Gruppen erreichen nicht diejenigen, die sich nicht mit diesen Gruppen identifizieren. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn von außen Identitäten für bestimmte Gruppen festgelegt werden, ohne dabei zu berücksichtigen, dass die selbst zugeschriebenen Identitäten ganz andere sein können. Deswegen sollte der Aspekt der Selbstidentität aufgegriffen werden und eine stärkere Rolle in der zukünftigen Planung von Projekten spielen.

Partizipation, also Teilhabe sowohl in der Forschung, der Konzeption von Angeboten als auch in den Beratungsstellen, ist dabei eine wichtige Methode. Denn wichtig ist es, Angebote zu schaffen, die dem tatsächlichen Bedarf entsprechen. Ein gutes Angebot holt Menschen dort ab, wo sie stehen. Dafür ist ein hohes Maß an Sensibilität und Offenheit gefragt.

Sexuelle Gesundheit

Im Einklang mit dem Konzept der sexuellen Gesundheit wurde in den Fokusgruppen betont, dass es wichtig sei, die Diskussion um die HIV-Testung in einen breiteren Kontext einzubetten. Über Themen wie reproduktive Gesundheit oder Hepatitis (was laut der Teilnehmenden nicht so stark stigmatisiert sei), könnten Zugänge geschaffen werden. Wir greifen diesen Punkt auf und schlagen vor, die Indikatorenliste zur sexuellen Gesundheit von der DSTIG als Instrument für die Bedarfsermittlung für die Optimierung von Angeboten zu nutzen. Sie wurde sowohl bei der Entwicklung des Fokusgruppenleitfadens, als auch bei der Datenauswertung berücksichtigt. Es bestätigte sich, dass sich die Kategorien auf die vorliegende Thematik anwenden lassen (DSTIG 2013).

6.4 Limitationen der Studie

Das qualitative Studiendesign erforderte die Auswahl weniger Städte und eine Begrenzung der Fokusgruppenteilnehmenden. Mit der Methode des Schneeballprinzips versuchten wir in dem uns zur Verfügung stehenden Rahmen, relevante Einrichtungen möglichst vollständig zu identifizieren und in die Studie einzuschließen. Es fehlen dabei aus zuvor beschriebenen Gründen die Stimmen von Ärztinnen und Ärzten aus Hausarztpraxen und gynäkologische Praxen. Die Studie erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität.

Die Termine für die Fokusgruppen konnten aus zeitlichen oder ressourcenbedingten Gründen leider nicht von allen eingeladenen Personen wahrgenommen werden. Beratungsstellen und medizinische Versorgungseinrichtungen für Migrantinnen und Migranten waren auf Grund der knappen personellen Besetzung unterrepräsentiert.

Auf Grund der kurzen Projektlaufzeit wurden die Fokusgruppendifkussionen nicht transkribiert, sondern in Form von Protokollen und jeweils einer Audioaufnahme dokumentiert. Der Fragebogen zur Vorbereitung auf die Fokusgruppen erwies sich im Prozess der Studie als sehr aufwendig und stellt deswegen nur einen kleinen Abschnitt im Ergebnisteil dar.

7 Workshop

Um die Ergebnisse der Fokusgruppen den Teilnehmenden vorzustellen und zu diskutieren, veranstalteten wir am 08.05.2015 einen Workshop (siehe Anhang 5). Er fand im RKI mit insgesamt 21 teilnehmenden Personen statt: mindestens eine Person aus jeder Studienstadt, sowie drei Personen, die aus zeitlichen Gründen nicht an den Fokusgruppen teilnehmen konnten sowie sechs Kolleginnen und Kollegen aus dem RKI.

Der Workshop ermöglichte eine kritische Reflexion der Studienergebnisse und ließ Akteure und Akteurinnen aus allen sechs Studienregionen in einen Dialog treten. So konnten Erfahrungen und Ideen auch über die Städtegrenzen hinaus ausgetauscht werden. Zudem bildete die Diskussion der Studienergebnisse die Basis für die Entwicklung von Handlungsempfehlungen, an der im Rahmen des Workshops Menschen aus der Praxis, der Wissenschaft und der Politik beteiligt waren.

Entsprechend wurden im Anschluss an die Diskussion der Ergebnisse Kleingruppen gebildet, um relevante Inhalte für Handlungsempfehlungen zu identifizieren. Diese wurden für alle Teilnehmenden visualisiert, was wiederum die Grundlage für das weitere Vorgehen bildete. Gemeinsam wurde es für sinnvoll erachtet, dass es verschiedene Empfehlungen für verschiedene Entscheidungstragende geben sollte: Einrichtungen, Politik und Wissenschaft. Anschließend wurden die Inhalte der Empfehlungen konkretisiert.

Im Nachgang entwickelten wir ein Empfehlungspapier, in dem alle Inhalte zusammengefasst sind (siehe Kapitel 6).

Abschließend wurden im Workshop mögliche Kommunikationskanäle für die Inhalte der MiTest-Studie diskutiert. Dabei wurde der Kritikpunkt aus den Fokusgruppen berücksichtigt, dass viel geforscht und gewusst würde, aber Forschungsergebnisse oft nicht an die betroffenen Menschen zurückkommuniziert würden:

Über nationale bzw. internationale Publikationen auf der RKI-Webseite und in Journals sowie über Verteilerlisten wie zum Beispiel der AIDS-Hilfen oder dem Afrikanischen Gesundheits- & HIV Netzwerk in Deutschland (AGHNIID), das im Rahmen des oben genannten DAH-Projektes PaKoMi entstanden ist, wurden Kongresse (DSTIG) und Verlinkungen auf Webseiten wie zum Beispiel der Deutschen STI-Gesellschaft (DSTIG), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD) genannt. Ziel sollte sein, mit den Ergebnissen der Studie und den Empfehlungen möglichst viele verschiedene Akteurinnen und Akteure und Schlüsselpersonen in den Communities, Kulturvereinen und Verbänden zu erreichen.

8 Empfehlungen

Generell muss der Zugang zu HIV- und STI-Testung gewährleistet sein und darf nicht durch einen unregelmäßigen Aufenthaltsstatus, fehlende Krankenversicherung, fehlende Deutschkenntnisse, finanzielle Limitationen oder andere, durch den Migrationsprozess bedingte, Aspekte eingeschränkt sein. Bestehende Barrieren müssen effektiv und langfristig abgebaut werden. Daraus ergeben sich folgende konkrete Handlungsbedarfe:

1. HIV-Behandlung sicherstellen

Die Grundvoraussetzung für ein ethisch vertretbares HIV-Testangebot in Deutschland ist die uneingeschränkte Gewährleistung einer Behandlung bei einem positiven HIV-Testergebnis. Dies gilt auch für Personen ohne gültigen Aufenthaltsstatus und ohne Krankenversicherung. Der Aufenthalt in Deutschland darf dabei nicht gefährdet sein.

2. Partizipation von Migrantinnen und Migranten gewährleisten

In die Planung und Durchführung politischer Prozesse und Entscheidungen, sowie in Forschung und Praxis müssen Migrantinnen und Migranten grundsätzlich aktiv eingebunden sein.

3. Ausreichende finanzielle und personelle Ressourcen verfügen

Damit für alle Menschen ein besserer Zugang zu HIV- und STI-Testung und -Beratung gewährleistet ist, sollten ausreichend Mittel zur Verfügung stehen. Bund, Länder und Kommunen müssen sich den Herausforderungen stellen und ein gesichertes und langfristiges Finanzierungskonzept entwickeln. Einrichtungen sollten entsprechend ihrer Funktion ausreichend personell und finanziell ausgestattet sein.

4. Bedarfsangepasste Angebote sichern und Qualitätssicherung implementieren

Die Voraussetzung für bedarfsangepasste Angebote ist die wissenschaftliche Begleitung von Maßnahmen und Angeboten. Durch eine kontinuierliche Bedarfsermittlung ist es möglich, Angebote an die dynamische Situation anzupassen. Qualitativ hochwertige Angebote erfordern Standards, regelmäßige Evaluation und Supervisionen für das Personal (auch für Sprach- und Kulturmittelnde).

Es sollten Identifikationsflächen vorhanden sein. Zentral hierbei ist die Sicherstellung von Kultur- und Sprachmittlung in allen Einrichtungen. Dies kann, neben den Sprachkompetenzen der Mitarbeitenden, durch die Einrichtung von Kultur- und Sprachmittlungspools oder

die Einbindung von professionellen Kultur- und Sprachmittelnden als feste Teammitglieder umgesetzt werden. Möglichkeiten der Qualifizierung und Zertifizierung von Sprach- und Kulturmittelnden sollten unterstützt werden.

Für einige Gruppen sind niedrigschwellige Angebote von großer Bedeutung. Dazu gehört die gezielte Ansprache durch aufsuchende Arbeit, die ausgebaut werden sollte.

5. Ethische Aspekte beachten

Die HIV-Testung muss im Sinne der Menschenrechte und nach internationalen Standards erfolgen. Dazu gehört die Einstellung der HIV-Testung ohne Beratung und ohne Einholung einer Einverständniserklärung bei Menschen im Asylverfahren. Auch die HIV- und STI-Testung ohne Möglichkeit einer Behandlung ist ethisch nicht vertretbar.

6. Diskriminierung und Stigmatisierung in Bezug auf Migration und HIV entgegenwirken

Durch Sensibilisierung für das Thema sexuelle Gesundheit und HIV des Personals in den Test-, Beratungs-, und Versorgungseinrichtungen, sowie durch Anerkennung von Diversität und Förderung der Kultursensibilität kann Diskriminierung und Stigmatisierung entgegen gewirkt werden. Eine kultursensible Sprache sollte gefördert und die Heterogenität von Migrantinnen und Migranten bezüglich beispielsweise Identität, sexueller Orientierung, rechtlichem Status und Zugehörigkeit zu einer bestimmten Szene mitgedacht werden.

Fortbildungen zum Thema könnten durch Fortbildungspunkte für Ärztinnen und Ärzte attraktiv gemacht werden.

7. Vernetzung ausbauen und fördern

Netzwerke müssen weiterhin etabliert und gestärkt werden – sowohl auf kommunaler als auch auf Bundesebene. Dabei sollten Akteurinnen und Akteure aus der HIV- und STI-Testung und -Beratung, der Beratung für Migrantinnen und Migranten, der Ärzteschaft, der Community und der Wissenschaft eingebunden sein.

9 Forschungsbedarf

Weiterhin gibt es einen hohen Forschungsbedarf im Hinblick auf die Inanspruchnahme von HIV- und STI-Testangeboten für Migrantinnen und Migranten. Diese ergeben sich aus den offenen Fragen der Fokusgruppenteilnehmenden:

- „Wir wissen nicht, wen wir nicht erreichen“: Neben den bekannten Risikogruppen, die bereits Gegenstand der Forschung sind, müssen weitere Gruppen identifiziert werden, die in ihrem Zugang zu Testung eingeschränkt sind.
- Wie kann besser mit Themen wie Tabuisierung von Sexualität, Risikoverhalten, Coming-Out und sexueller Identität umgegangen werden?
- Selbstreflexion: Was können wir (Testeinrichtungen) verbessern? Welche Rolle spielen wir?
- Wie kann das Wissen zu relevanten Gruppen (Lebenswelt, rechtliche Aspekte etc.), sowie zu HIV und STI in medizinischen und betreuenden Einrichtungen optimiert werden?

Die MiTest-Studie machte deutlich, dass es bereits an vielen Stellen gute Ansätze und einen reflektierten Umgang mit den Themen Migration, HIV und STI gibt. Die Ergebnisse der Fokusgruppen und die Empfehlungen des abschließenden Workshops sind eine gute Basis, um diese guten Beispiele und auch neue Ansätze noch breiter in Deutschland zu verankern.

Das Engagement für die Teilnahme an der MiTest-Studie durch verschiedene Akteurinnen und Akteure, sowohl an den Fokusgruppen als auch an dem Workshop, war hoch. Dies zeigt, dass es einen hohen Handlungsbedarf hinsichtlich der Optimierung von Testangeboten gibt. Denn viele der in der Forschung bereits umfassend beschriebenen Problemfelder sind weiterhin im Alltag der Einrichtungen präsent.

Insbesondere mit partizipativen Forschungsmethoden sehen wir eine Chance, Angebote effektiver an den Bedarf anzupassen und Forschungsergebnisse an die betroffenen Personen besser zurückspiegeln zu können. Dabei ist eine enge Kooperation zwischen Praxis und Forschung von zentraler Bedeutung.

10 Präsentationen und Publikationen im Rahmen des Projektes

Publikation: Sarma, N, Thorlie, A. Die MiTest Studie. Wie wird das HIV/STI Test- und Beratungsangebot von Migrant_innen in Deutschland genutzt? HIV&more 3/2015.

Publikation: Sarma, N. Wir wissen nicht genau, wen wir nicht erreichen. magazin-hiv, DAH-Blog, Deutsche AIDS-Hilfe 3. Juli 2015.

Poster: Sarma, N, Thorlie, A. MiTest Studie. Zugang zu HIV/STI-Testung für Migrant_innen in Deutschland. Zwischenergebnisse, Fachtag des FG 34 des RKI: „Blut, Sex und Infektionen“, 11.-12.12.2014, Berlin.

Vortrag: Sarma, N, Thorlie A. Zugang zu HIV/STI-Testung für Migrant_innen in Deutschland, FG 34 Runde am RKI, 17.02.2015, Berlin.

Vortrag: Sarma, N. Zugang zu HIV/STI-Testung für Migrant_innen in Deutschland. Ergebnisse der MiTest-Studie, Workshop zur MiTest-Studie, RKI, 08.05.2015, Berlin.

Vortrag und Poster: Sarma, N. Inanspruchnahme von HIV- und STI-Testangeboten durch Migrantinnen und Migranten in Deutschland: Praxiserfahrungen und Handlungsbedarfe (MiTest-Studie), DSTIG-Kongress, 07.-09.07.2016, Berlin.

11 Literaturverzeichnis

- Altmann, M. (2012). "Befragung zum STI/HIV-Angebot und zur Datenerhebung in Gesundheitsämtern, 2012", Abschlussbericht, RKI.
- Alvarez-Del Arco, D., et al. (2014). "HIV testing policies for migrants and ethnic minorities in EU/EFTA Member States." *Eur J Public Health* 24(1): 139-144.
- Auernheimer, G. (2002). *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. Wiesbaden, VS Verlag.
- BAMF (2015). *Migrationsbericht 2014*.
- BMG (2014). *Der Nationale AIDS-Beirat äußert sich zum Zugang zu ärztlicher Versorgung, Beratung und HIV-Therapie*.
- Borde T, D. M., Ed. (2003). *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Frankfurt, Mabuse.
- Bowling, A. (2002). *Research methods in health : investigating health and health services*. Buckingham. Philadelphia, Open University Press.
- Burns, F. and K. A. Fenton (2006). "Access to HIV care among migrant Africans in Britain. What are the issues?" *Psychol Health Med* 11(1): 117-125.
- Deblonde, J., et al. (2010). "Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review." *Eur J Public Health* 20(4): 422-432.
- DSTIG (2013). "Sexuelle Gesundheit in Deutschland - Indikatoren als Instrumente zum Beschreiben, Planen und Evaluieren. Der Indikatorenkatalog der Deutschen STI-Gesellschaft." *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 56 (7): 313-921.
- ECDC (2009). *Technical Report: Background note to the 'ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU'*.
- ECDC (2009). *Technical Report: Migrant health: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries*.

- ECDC (2009). Technical Report: Migrant health: Epidemiology of HIV infection and AIDS.
- ECDC (2013). Thematic Report: Migrants - Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2012 progress report. ECDC SPECIAL REPORT.
- ECDC (2014). Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA.
- ECDC (2014). TECHNICAL REPORT: Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA.
- Flick, U. (2011). Qualitative Sozialforschung eine Einführung. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Huschke, S. (2013). Kranksein in der Illegalität. Undokumentierte Lateinamerikaner/-innen in Berlin. Eine medizinethnologische Studie. Bielefeld, Transcript.
- Jansen, K., et al. (2013). "Sexual health in Germany: indicators as instruments for describing, planning and evaluating : indicators of the German STI society." Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 56(7): 913-921.
- Keygnaert, I., et al. (2014). "Sexual and reproductive health of migrants: Does the EU care?" Health Policy 114(2-3): 215-225.
- Kittner, J. M., et al. (2015). "Lack of awareness in both patients and physicians contributes to a high rate of late presentation in a South West German HIV patient cohort." Infection. 43(3): 299-305.
- Mayring, P. (1993). Einführung in die qualitative Sozialforschung eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim, Beltz.
- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken. Weinheim, Beltz.
- RKI (2012). "HIV bei Migranten in Deutschland." Epidemiologisches Bulletin(3).
- Santos-Hovener, C., et al. (2015). "Determinants of HIV, viral hepatitis and STI prevention needs among African migrants in Germany; a cross-sectional survey on knowledge, attitudes, behaviors and practices." BMC Public Health 15(1).

- Sarma, O. (2012). KulturKonzepte. Ein kritischer Diskussionsbeitrag für die interkulturelle Bildung. Frankfurt am Main, Amt für multikulturelle Angelegenheiten.
- Schenk, L., et al. (2006). "Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus." Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 49(9): 853-860.
- Sen, A. (2010). Die Identitätsfalle. Warum es keinen Kampf der Kulturen gibt, München, Deutscher Taschenbuchverlag.
- Spallek J, R. O. (2007). "Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention." Med Klein 102: 451-456.
- Spornraft-Ragaller, P., et al. (2013). "Analysis of risk factors for late presentation in a cohort of HIV-infected patients in Dresden: positive serology for syphilis in MSM is a determinant for earlier HIV diagnosis." Infection 41(6): 1145-1155.
- UNAIDS (2008). "Criminalization of HIV Transmission."
- Vertovec, S. (2007). "Super-diversity and its implications." Ethnic and Racial Studies 30(6): 1024-1054.
- von Unger, H., et al. (2011). "Herausforderungen der HIV-Prävention für Migranten." Prävention und Gesundheitsförderung 6(1): 19-26.
- von Unger, H. G., T (2011). "PaKoMi_Handbuch. HIV-Prävention für & mit Migrant/inn/en." Berlin, DAH.
- WHO (2008). The Right to Health. Fact Sheet No. 31. U. Nations. Geneva.
- Wiessner, P. (Hg.) (2010). "Migration und HIV-Prävention." Berlin, AIDS Forum DAH 58.
- Zoufaly, A., et al. (2012). "Late presentation for HIV diagnosis and care in Germany." HIV Med 13(3): 172-181.

III Anhang

Anhang 1: Projektbeschreibung

Anhang 2: Fokusgruppenleitfaden

Anhang 3: Fragebogen

Anhang 4: Auswertungskategorien mit zugehöriger Definition und Textbeispielen

Anhang 5: Workshop Programm

Anhang 1: Projektbeschreibung

Die MiTest-Studie: Zugang zu HIV/STI-Testung für Migrant/innen in Deutschland

Hintergrund

Migrantinnen und Migranten, die in Deutschland im Hinblick auf die Übertragung von HIV und sexuelle übertragbaren Infektionen (STI) eine Rolle spielen, sind in Bezug auf Herkunftsregion, Lebenssituation, HIV/STI-Übertragungsrisiko und den Zugang zu HIV/STI Präventions-, Beratungs- und Testangeboten eine heterogene Gruppe.

Beispielsweise machen Personen aus Subsahara-Afrika knapp die Hälfte aller HIV-Erstdiagnosen unter Personen mit heterosexueller Übertragung aus. Migrantinnen aus Ost- und Zentraleuropa, die in der Sexarbeit tätig sind, haben höhere Diagnoseinzidenzen von STI als Nichtmigrantinnen. Durch intravenösen Drogengebrauch infizierte Menschen (IVD) nicht-deutscher Herkunft kommen vorwiegend aus Ost- und Zentraleuropa und der Anteil der Migranten unter HIV-neudiagnostizierten MSM nimmt weiterhin zu. HIV-Meldedaten zeigen uns, dass Deutschland nicht selten das Infektionsland einer HIV-Infektion bei Migrantinnen und Migranten ist. Zudem kommt es vor, dass Migrantinnen und Migranten in einem späteren klinischen Stadium mit HIV diagnostiziert werden als Nicht-Migrantinnen und Migranten, was zum einen zu einer größeren Krankheitslast, aber auch zu einer längeren Infektiosität führen kann.

Ein erhöhtes HIV/STI-Risiko bei Migrantinnen und Migranten kann verschiedene Ursachen haben. So kann die Vulnerabilität in Bezug auf HIV/STI durch den aufenthaltsrechtlichen Status, HIV/STI-risikoreiches Verhalten (ungeschützter Sex mit Männern oder häufig wechselnden Sexualpartner/innen, Drogengebrauch etc.), kulturelle und sozio-ökonomische Faktoren sowie durch Rassismus- und Diskriminierungserfahrung beeinflusst sein. Migrantinnen und Migranten, die neu zugewandert sind, keine Kenntnisse der lokalen Sprache und Umgebung haben und über wenig oder keine finanzielle Mittel verfügen können Schwierigkeiten haben, sich im deutschen Sozial- und Gesundheitssystem zurechtzufinden. Sie sind auf Grund ihrer prekären Lebenslage besonders gefährdet, ein durch bestimmte Verhaltensweisen erhöhtes HIV/STI-Risiko zu haben.

Diese Faktoren gelten auch für einen schlechteren Zugang zu Test- und Versorgungsangeboten. Weitere Barrieren können die fehlende interkulturelle Kompetenz von Einrichtungen, ein schlechter Informationsstand von Migrantinnen und Migranten sowie Sprachbarrieren auf beiden Seiten sein.

Die HIV/STI-Testlandschaft in Deutschland ist extrem komplex, denn Migrantinnen und Migranten können nicht nur HIV/STI-Testangebote des öffentlichen Gesundheitsdiensts (ÖGD) nutzen, sondern auch auf Angebote freier Träger oder auch niedergelassener Ärzte

zurückgreifen. Auch finden für die Personen im Asylverfahren Gesundheitschecks in den Aufnahmelagern statt, bei denen eventuell auf HIV/STI getestet werden kann.

Aufgrund der spezifischen Vulnerabilität für HIV/STI und dem wahrscheinlich eingeschränkten Zugang zu Testangeboten, ist es wichtig einschätzen zu können, in wieweit Migrantinnen und Migranten Zugang zu HIV/STI-Testung haben und diesen nutzen. Auf einem Workshop des ECDC in Madrid im Oktober 2013 präsentierten einige Länder ihre Daten zu HIV-Surveillance bei Migrantinnen und Migranten. Viele dieser Länder hatten Informationen zur Nutzung des HIV/STI- Testangebotes und waren somit in der Lage Subpopulationen zu identifizieren, die die Angebote nicht ausreichend nutzen und zudem Diagnoseinzidenzen für die untersuchten Gruppen zu berechnen.

HIV/STI Test- und Beratungsangebote, die für alle Menschen erreichbar sind und in dem auch die Bedürfnisse benachteiligter Bevölkerungsgruppen berücksichtigt werden, sind eine wichtige Voraussetzung für eine gelungene Primärprävention und entsprechen dem von der UN formulierten Recht auf Gesundheit.

Ziel des Forschungsprojektes

MiTest hat zum Ziel, eine Situationsanalyse zur Inanspruchnahme von HIV/STI Test- und Beratungsangeboten durch Migrantinnen und Migranten zu erstellen.

Es wird ermittelt, welche Migrantinnen und Migranten bei welchen Anbietern (ÖGD, freier Träger, Schwerpunktpraxen) auf HIV/STI getestet werden. Außerdem fragen wir nach Barrieren, Ressourcen und Herausforderungen in Bezug auf den Zugang zur HIV/STI Test- und Beratungsangebote bei bestimmten Subpopulationen, die ein erhöhtes HIV/STI-Risikoverhalten zeigen. In Zusammenarbeit mit Einrichtungen, in denen es ein HIV/STI Test- und Beratungsangebot gibt, möchten wir die aktuelle Test- und Beratungspraxis bei Migrantinnen und Migranten beschreiben. Auf Basis der Ergebnisse werden schließlich Empfehlungen und Best Practice Guidelines zur Gestaltung und Durchführung des HIV/STI Test- und Beratungsangebots für verschiedene Migrantinnen- und Migrantengruppen formuliert.

Vorgehen

Die MiTest-Studie ist eine qualitative Studie. Wir möchten von Expertinnen und Experten erfahren, wie Sie in ihrer Arbeit die aktuelle Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten einschätzen.

Zuerst werden wir mit einem Fragebogen Basisinformationen zum strukturellen Aufbau der HIV/STI- Test- und Beratungsstellen erfassen. In Form von Fokusgruppen werden wir anschließend Akteurinnen und Akteure unterschiedlicher HIV/STI Test- und Beratungsstellen (z.B. ÖGD, freie Träger, HIV-Schwerpunktpraxis) zusammenbringen und mit ihnen über die oben genannten Aspekte besprechen. Die Fokusgruppen werden in Berlin, Frankfurt am Main/ Offenbach, Hamburg, Köln, München und Stuttgart durchgeführt. An den Fokusgruppen werden jeweils sechs bis zehn Expertinnen und Experten aus HIV/STI Test- und

Beratungsstellen der entsprechenden Stadt teilnehmen. Für die Fokusgruppen, die von uns moderiert werden, haben wir jeweils einen Zeitraum von zwei Stunden vorgesehen. Ihre Expertise ist für diese Studie sehr wichtig. Wenn wir Sie für eine Teilnahme an einer Fokusgruppe gewinnen können, stimmen wir das weitere Vorgehen direkt mit Ihnen ab. Für Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Ansprechpartnerinnen:

Adama Thorlie

ThorlieA@rki.de

Tel: 030-18754-3514

(Mo, Do, Fr)

Navina Sarma

SarmaN@rki.de

Tel: 030-18754-3516

(Mo, Di, Do)

Anhang 2: Fokusgruppenleitfaden

MiTest – Gesprächsleitfaden für die Fokusgruppen

Ziele der Fokusgruppen

- Ermittlung der aktuellen HIV- und STI-Testpraxis bei Migrant/innen
- Feststellung der Zugänglichkeit und Nutzung des HIV- und STI-Testangebots durch Migrant/innen
- Erfassung von Barrieren und Ressourcen, die für Migrant/innen im Zugang zu HIV- und STI- Testangeboten bestehen
- Einblick in die Praxis der Datenerhebung und die Aufbereitung der Daten
- Erfahrungsaustausch zu bestehenden zielgruppenorientierten Angeboten
- Gemeinschaftliche Entwicklung von Empfehlungen und Best Practice Guidelines

Ablauf

1. Vorstellung und Ziele

- Vorstellungsrunde (kurz! Name, Einrichtung, Zuständigkeitsbereich und was man sich von der Diskussion/Studie verspricht)
- Ziele
 - einen Einblick in die aktuelle HIV- und STI-Testpraxis in Bezug auf den Zugang zu Migrant/innen erhalten
 - und sowohl Barrieren als auch Best Practices besprechen

2. Vorstellung des Projektes

Warum machen wir die Studie?

- Migrant/innen spielen eine wichtige Rolle im Kontext der HIV- und STI-Testung in Deutschland
- denn sie können in ihrem Zugang zu Testangeboten eingeschränkt sein
- wir sehen hier einen Handlungsbedarf
- und möchten gemeinsam mit Ihnen Barrieren, Herausforderungen und Ressourcen identifizieren
- um gemeinschaftlich Empfehlungen und Best Practice Guidelines entwickeln zu können, die Deutschlandweit anwendbar sind
- wir finden das wichtig, weil uns auf nationaler Ebene keine Daten zu der Inanspruchnahme von Testangeboten bekannt sind
- und möchten daran erinnern, dass es uns nicht um Präventions- oder Versorgungsangebote geht, sondern ganz gezielt um Testangebote

Was haben die Teilnehmer/innen (und auch die beforschte Zielgruppe) davon, an der Studie teilzunehmen?

- Vernetzung untereinander wird gestärkt
- Wir diskutieren das Thema gemeinsam
- Und erarbeiten gemeinschaftlich konkrete Lösungsvorschläge
- Ergebnisse werden veröffentlicht, gehen an das BMG und sind von jedem zugänglich

Diskussion

3. Einblick in die aktuelle Testpraxis

Wie wir gesehen haben, sind in dieser Runde Mitarbeiter/innen verschiedener Einrichtungen vertreten, die Erfahrungen aus der HIV- und STI-Testung und der Arbeit mit Migrant/innen mitbringen. Die Einrichtungen haben verschiedene Zielgruppen, Angebote und Ressourcen.

- Beschreiben Sie ihr Angebot
 - Welche Rolle spielen Migrant/innen bei Ihrem Testangebot?

- Welche Migrant/innen nehmen ihr HIV- und STI-Testangebot in Anspruch?
 - Welche Gruppen treten besonders häufig auf?
 - Was sind die Gründe für einen HIV oder STI-Test?
 - Welche Migrant/innen-Gruppen kommen nicht zu Ihnen?
 - Welche Migrant/innen gehen zu welchen Anbietern (ÖGD, freier Träger, Schwerpunktpraxen)?
 - *Geschlecht*
 - *Bestimmte Herkunftsländer/ HPL*
 - *Alter*
 - *sexuelle Identität*
 - *Sexarbeiter/innen*
 - *IDU*
 - *Menschen mit ungeklärter Aufenthaltsstatus*
 - *Menschen mit/ ohne Krankenversicherung*
 - *Familienstand*

4. Identifizierung von Barrieren und Herausforderungen

Wie wir gesehen haben gibt es bestimmte Gruppen von Migrant/innen, die ihr Angebot nicht in Anspruch nehmen. Im Folgenden wollen wir besprechen, was die Ursachen dafür sind.

- Welche Barrieren gibt es ihrer Ansicht nach für Migrant/innen, das Angebot nicht in Anspruch zu nehmen?
- Welche Migrant/innengruppen sind davon besonders betroffen?
- Welche Faktoren halten Sie für besonders einschränkend?
 - *Sprachbarrieren*
 - *unpassende Öffnungszeiten*
 - *Terminvergabe*
 - *fehlende Information über das Angebot an sich*
 - *Unkenntnis des Verlaufs im HIV- und STI-Testverfahrens*
 - *komplizierte Prozedur im Testverfahren*
 - *Kosten*
 - *Ängste*
 - *Stigmatisierung*
 - *Diskriminierung*
 - *Anonymität*
 - *schlechte Erfahrungen/ Vorbehalte gegenüber Ämtern*
 - *Lokalisation der Angebote*
 - *Begegnungen innerhalb der Community*
 - *sexuelle Identität*
 - *Rechtslage*
 - *Aufenthalts- und Versicherungsstatus*
 - *Persönliche Risikoeinschätzung*

5. Austausch über Erfolge in der Arbeit mit Migrant/innen

Nachdem wir die Barrieren identifiziert haben, die Migrant/innen den Zugang zu HIV- und STI-Testangeboten erschweren, möchten wir nun überlegen, wie man diese Barrieren überwinden und Testangebote für Migrant/innen leichter zugänglich machen kann.

- Haben sie gute Beispiele, wie Migrant/innen erreicht werden können?
- Wie können Migrant/innen am besten informiert werden?
 - Schneeballsystem, Outreach
 - Direkter Kontakt zu Communities, Online
 - Facebook? Spezifische Webseiten? Smart Phones?
 - Was sind die Vor- und Nachteile des jeweiligen Modus?
- Wie sieht Ihrer Meinung nach eine kultursensible Testberatung aus? Welche Elemente sind dabei wichtig?
- Wie sieht ein gutes Testangebot aus?
 - Wo sollte es stattfinden?
 - Was ist wichtig damit sich Patient/innen wohlfühlen?
 - Was sollte vermieden werden?
 - Sollte man extra Sprechstunden für Migrant/innen haben? (Wie finden Sie das? Vorteile? Nachteile?)
- Welche Netzwerke sind wichtig? Mit welchen Organisationen, die im Bereich Migration eine Expertise haben, arbeiten Sie zusammen?
- Welche Voraussetzungen brauchen wir für ein gutes Angebot?
 - *Finanzielle Mittel*
 - *Personal: Ausbildung, Motivation, Erfahrung*
 - *technische Ausstattung*
- Wie würden Sie die Bereitschaft bei Migrant/innen oder bestimmten Gruppen beschreiben, Ihre Angebote in Anspruch zu nehmen?
 - *Selbsthilfegruppen*
 - *Vernetzung*
 - *Sprachkompetenzen*

6. Formulierung von Lösungsvorschlägen

Wie wir gesehen haben, gibt es sehr unterschiedliche Strategien um den Zugang zu HIV- und STI-Testangeboten für Migrant/innen zu optimieren. Lassen Sie uns nun konkrete Lösungsvorschläge entwickeln.

- Welche konkreten Vorschläge haben Sie, die man im Rahmen der gegebenen Ressourcen (kurzfristig, mittelfristig und langfristig) umsetzen kann?
- Was würden Sie ändern, wenn sie die gute Fee wären?
- Auf welche drei zentralen Punkte können wir die Diskussion zusammenfassen? Was nehmen Sie mit nach Hause?

Abschließendes

- Reflexionsrunde: Raum für Kommentare, Rückfragen, Wünsche
- Abschließende Worte

Anhang 3: Fragebogen



Fragebogen zur Erhebung von Daten zu den teilnehmenden Einrichtungen der MiTest-Studie

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

wir freuen uns sehr, dass Sie an einer Fokusgruppe im Rahmen der MiTest-Studie zur Testung von HIV und sexuell übertragbaren Infektionen (STI) bei Migrant/innen teilnehmen. Der Fragebogen dient unserer Vorbereitung auf die Fokusgruppen. Zudem möchten wir die erhobenen Daten anonymisiert in unsere Auswertung mit einbeziehen.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert etwa 5-10 Minuten. Es geht uns dabei um Einschätzungen Ihrerseits. Sie müssen keine Daten oder Ähnliches vorliegen haben. Mehrfachantworten sind möglich. Sie können den Fragebogen am PC ausfüllen. Wir möchten Sie bitten, den ausgefüllten Fragebogen zeitnah per Email an uns zurückzusenden. Gerne können wir auch einen Telefontermin vereinbaren, um den Fragebogen gemeinsam durch zu gehen.

Name Ihrer Einrichtung: _____

Allgemeine Informationen zur HIV/STI-Testung

(Wenn Sie keine Testung anbieten, dann bitte weiter mit Frage 10)

1. Bieten Sie HIV-Tests an? ja nein ja, aber nur für bestimmte Zielgruppen
2. Bieten Sie STI-Tests an? ja nein ja, aber nur für bestimmte Zielgruppen
3. Bieten Sie kostenlose Tests an? HIV-Test: ja nein STI-Test: ja nein
4. Können Sie in etwa sagen, wieviel Zeit Ihre Klient/innen für einen HIV/STI-Test mitbringen müssen?
 < 30 Minuten 30-60 Minuten > 1 Stunde kann ich nicht sagen
5. Gibt es darüber hinaus ein gynäkologisches/ urologisches Angebot? ja nein
6. Wie viele Personalstunden sind pro Woche für das Testangebot vorgesehen? _____
7. Welche Berufsgruppen sind im Team für die Testberatung vertreten?
 Ärzte/ Ärztinnen
 Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen
 Krankenpflegepersonal andere: _____
8. Wie viele Menschen haben etwa im letzten Jahr ihre Einrichtung aufgesucht? _____

9. Und wie hoch war ungefähr der Anteil von Migrant/innen? _____%
10. Haben Sie eine mobile Testberatung? ja nein

Informationen zum Klientel¹⁰

11. Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Migrant/innen ohne Krankenversicherungsschutz? _____%
12. Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Migrant/innen mit unregelmäßigem Aufenthaltsstatus? _____%
13. Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Migrant/innen mit keinen oder mangelnden Deutschkenntnissen? _____%

Informationen zum Angebot

14. Machen Sie aufsuchende Arbeit? ja nein
15. Wenn ja, welche Zielgruppen sprechen Sie dadurch an? (mehrere Antworten möglich)
- MSM
 - Sexarbeiter/innen
 - Drogengebrauchende Menschen
 - Strafgefangene
 - Flüchtlinge
 - bestimmte Migrant/innen-Communities: _____
 - andere _____
16. Wie erfahren Menschen von Ihrem Angebot? (mehrere Antworten möglich)
- aufsuchende Arbeit
 - Werbung
 - Mund-zu-Mund Propaganda
 - andere Einrichtungen
 - Internet
 - Informationsveranstaltungen
 - Plakate / Poster
 - Flyer
 - Peer to Peer
 - andere _____
17. Arbeiten Sie mit Sprachmittlung¹¹ ? ja nein
18. Wenn ja, welche Sprachen werden angeboten? (mehrere Antworten möglich)
- Bulgarisch
 - Rumänisch
 - Polnisch
 - Russisch
 - Französisch
 - Englisch
 - Vietnamesisch
 - Thailändisch
 - Türkisch
 - Arabisch
 - Portugiesisch
 - Spanisch
 - Gebärdensprache
 - andere _____

Informationen zur Datenerfassung

¹⁰ Bezugsgröße ist die Gesamtheit der Migrant/innen, die Sie in Ihrer Beratungsstelle antreffen

¹¹ unter *Sprachmittlung* verstehen wir ein Angebot, das es Menschen mit wenigen oder keinen Deutschkenntnissen ermöglicht, in Ihrer Einrichtung beraten und informiert zu werden (durch mehrsprachige Mitarbeiter/innen, Dolmetscher etc.)

19. Welche Daten erheben Sie? (mehrere Antworten möglich)
- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alter | <input type="checkbox"/> Bildungsniveau | <input type="checkbox"/> keine |
| <input type="checkbox"/> Geschlecht | <input type="checkbox"/> Familienstatus | |
| <input type="checkbox"/> Migrationshintergrund | <input type="checkbox"/> Einkommen | |
| <input type="checkbox"/> Herkunftsland | <input type="checkbox"/> Krankenversicherung | |
| <input type="checkbox"/> Muttersprache | <input type="checkbox"/> mögliches Infektionsrisiko (z.B. Sexarbeit, MSM) | |
20. Werten Sie diese Daten aus? ja nein bei Bedarf
-

Vielen herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten. Nun freuen wir uns auf eine interessante Diskussion mit Ihnen!

Herzliche Grüße, Adama Thorlie und Navina Sarma

Anhang 4: Auswertungskategorien mit zugehöriger Definition und Textbeispielen

MiTest-Kategorien mit Definitionen und Beispielen

Kategorie (Subkategorie)	Definition	Beispiele (Paraphrase)
<i>Einstellung zu „Migration und Testung“</i>	Welche Grundeinstellung haben die TN zu Migration/ Migrant_innen? Welche Ansätze liegen ihrer Arbeit zugrunde? In welcher Rolle verstehen sich die TN?	1. Migrant_innen werden grundsätzlich als Teil der Allgemeinbevölkerung angesehen 2. denn sie (spezielle Angebote) werden als stigmatisierend empfunden
<i>Motivation</i>	Welche Fragen möchten die TN in dieser FGD stellen? Was interessiert sie? Was versprechen sich die TN davon, an der FGD teilzunehmen?	1. Es sollte auch die Möglichkeit geben, sich noch über offene Fragen der Studie zu äußern 2. Sie ist daran interessiert von den anderen TN zu erfahren, welche Gruppen relevant hinsichtlich HIV/STI sind und wie wir (als Beratungs- und Testeinrichtungen) etwas verbessern können
<i>Einblick in die Testlandschaft</i>	Was wird angeboten? Für welche Gruppen gibt es Angebote? Wird mit aufsuchender Arbeit, Sprachmittlung, Community Mitgliedern etc. gearbeitet? Was wird getestet? Gibt es ein medizinisches Angebot?	1. Wichtig ist, so ME, das sich Angebote an der Lebenswelt der Menschen orientieren 2. SW testet nur auf STI und bieten Impfungen an
<i>Erfahrungen (Best Practice und was nicht funktioniert)</i>	Alles, was aus der Erfahrung in der Arbeit mit Migrant_innen berichtet wird Mit welchen Strategien werden Migrant_innen gut erreicht? Mit welchen Methoden wurden gute Erfahrungen gemacht? Welche Strategien funktionieren nicht?	1. ...gibt es keine speziellen Angebote für Migrant_innen 2. Wer besser integriert ist, wird besser erreicht
<i>HIV/ STI Risiko (-gruppen)</i>	Wer wird als Risikogruppe verstanden? Wodurch wird das HIV/STI Risiko erhöht/ verringert? Verhaltensweisen, die das HIV/STI Risiko erhöhen können	1. Bildung sagt nichts über ein hohes oder niedriges HIV/STI Risikoverhalten aus 2. in Berlin gibt es viele bildungsnahe Menschen, die ein hohes HIV/STI Risiko und eine geringe Bereitschaft haben sich testen zu lassen

<p><i>Lösungsvorschläge</i></p> <p>Subkategorien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strukturelle Lösungen - Lösungen Anbieter-Ebene - Lösungen Migrant_innen 	<p>Vorschläge der TN zur Optimierung des Angebots</p>	<p>1. Wichtig ist zudem Endstigmatisierung, eine Erweiterung der Präventionsangebote (STI mit in das HIV Testangebot integrieren), die Kontinuität des Personals in HIV/STI-Teststellen und eine bessere Finanzierung der HIV/STI Testberatungen.</p> <p>2. Informationen zum Thema HIV/STI müssen konkreter sein</p>
<p><i>Datenerfassung</i></p>	<p>Welche Daten werden erfasst? Welche Daten liegen vor? Welche Probleme/ Chancen entstehen durch die Datenerhebung?</p>	<p>1. Identifizierung des Migrationshintergrundes erfolgt in den befragten Einrichtungen durch die Erfragung der Muttersprache und/oder der Herkunft im Fragebogen</p> <p>2. SJ berichtet vom Evaluationsbericht durch PP</p>
<p><i>Barrieren</i></p> <p>Subkategorien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strukturelle Barrieren - Barrieren Anbieter-Ebene - Barrieren Migrant_innen 	<p>Wodurch wird der Zugang zu Testung erschwert?</p>	<p>1. Defizite im Zugang zu HIV/STI Testung für bestimmte Migrant_innen -Communities</p> <p>2. Nicht die fehlende Bildung, sondern ein fehlendes Bewusstsein für HIV/STI ist, so GP, eine Barriere</p>
<p><i>Wer wird erreicht?</i></p>	<p>Wer nimmt die Angebote in Anspruch? Welche Angebote werden von wem in Anspruch genommen? Informationen dazu, wie Menschen erreicht werden, findet man unter Erfahrungen (Best Practice und was nicht funktioniert)</p>	<p>1. PP erreicht zudem viele Sexarbeiter und wohnungslose Menschen</p> <p>2. MSM: gehen vor allem zu PP, SW etc</p>
<p><i>Wer wird nicht erreicht?</i></p>	<p>Wer nimmt die Angebote nicht in Anspruch? Welche Gruppen werden als „hard-to-reach“ eingeschätzt?</p>	<p>1. sog. staatenlosen russischsprechenden Menschen aus den baltischen Staaten (v.a. Lettland): sind kaum versorgt</p> <p>2. IDU und aus Russland/ Ukraine müssen besser erreicht werden (>80% sind HCV pos.)</p>
<p><i>(Test-)Verhalten</i></p>	<p>Was wird über das Verhalten von Migrant_innen bezüglich der Themen HIV/STI berichtet? Was sind Gründe eine Beratungsstelle aufzusuchen, um einen Test zu machen?</p>	<p>1. Auch fragen manche aus Scham nicht nach einer Kostenbefreiung.</p> <p>2. Zudem stehen akute Erkrankungen für viele Menschen im Vordergrund, denn „HIV sieht man nicht“</p>

Anhang 5: Workshop Programm

Workshop mit Teilnehmer_innen der

MiTest-Studie

Zugang zu HIV/STI-Testung für Migrant_innen in Deutschland

Programm

Freitag, 8 Mai 2015, RKI, Nordufer 20, 13353 Berlin Moderation: Claudia Santos-Hövenner & Navina Sarma	
10:15 - 11:00	Ankommen, informeller Austausch (Kaffee/Tee) (Raum: No1.U1.005)
11:00-11:05	Begrüßung durch Viviane Bremer
11:05 - 11:45	Vortrag „MiTest –Studie: Ergebnisse der Fokusgruppen“ (Navina Sarma)
11:45 - 12:00	Inhaltliche Nachfragen zum Vortrag
12:00 - 13:00	Diskussion der Studienergebnisse/ Brainstorming im Hinblick auf die Empfehlungen
13:00 - 14:00	Mittagessen
14:00 – 14:30	Vorstellung der Diskussionsergebnisse
14:30 - 15:30	Formulierung konkreter Empfehlungen in Kleingruppen
15:30 - 16:00	Kaffeepause
16:00 - 16:45	Diskussion und Entwicklung eines Empfehlungspapiers im Plenum
16:45 - 17:00	Feedbackrunde

Ziele des Workshops:

- Entwicklung praxisrelevanter Empfehlungen für einen verbesserten Zugang zu Testangeboten für Migrant_innen
- Vernetzung und Erfahrungsaustausch untereinander

Wo findet was statt?

Empfang/ Mittagessen:

- Foyer

Seminarraum:

- No1.U1.005 (Untergeschoss, Haus 1)

Kleingruppen:

- No1.U1.005 (Untergeschoss, Haus 1)
- No1.01.021, 1. Etage, Haus 1 (neben Präsidentenzimmer)
- No1.01.074 Seminarraum und Teeküche, Haus 1, 1. Etage, FG16 (Gang auf der rechten Seite, ganz hinten)
- Pausenraum, Haus 3, 3. Etage am hinteren Ende des Ganges (über den hinteren Hof, dabei links halten, bis zum blühenden Flieder gehen, dort links abbiegen: hier ist der Eingang)

Impressum

Die MiTest-Studie: Abschlussbericht 2016

Eine qualitative Studie zur Inanspruchnahme von HIV- und STI- Testangeboten durch Migrantinnen und Migranten in Deutschland

Herausgeber

Robert Koch-Institut (RKI)

Nordufer 20

13353 Berlin

Internet: www.rki.de

E-Mail: zentrale@rki.de

Twitter: [@rki_de](https://twitter.com/rki_de)

Redaktion

Lina Kraft (FG34 HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen)

Autorin

Navina Sarma (FG 35 Gastrointestinale Infektionen, Zoonosen und tropische Infektionen)

Titelfoto

Foto aus dem Workshop am 8.5.2015, aufgenommen von Viviane Bremer

Druck

RKI-Hausdruckerei

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut. Die MiTest-Studie: Abschlussbericht 2016. Eine qualitative Studie zur Inanspruchnahme von HIV- und STI- Testangeboten durch Migrantinnen und Migranten in Deutschland, Berlin 2016.

DOI: [10.17886/rkipubl-2016-012](https://doi.org/10.17886/rkipubl-2016-012)

Bezugsquelle

Der Bericht ist online abrufbar: www.rki.de/mitest-studie



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

„Das Ideal wäre, dass eine Ebene geschaffen wird, in der Migrantinnen und Migranten, bei denen zurzeit Barrieren im Zugang bestehen, so wie alle anderen zu uns kommen.“

„Wir aber wissen nicht, wen wir nicht erreichen, wo Bedarfe entstehen.“

„Migranten fragen: was habt ihr für einen Bedarf? Was braucht ihr für Angebote?“

„Es ist ein sehr praktisches Know-how, dass ich weiß, was eine Duldung, die alle drei Monate verlängert wird, bedeutet, und wie sich diese auf die Lebenswirklichkeit von Menschen auswirkt“

„Aufhören mit der „Flickschusterei“ in der Behandlung“