Infos für Berater/innen Infos für Berater/innen
01/02
2016

HIV-Beratung *aktuell*

2 Infektionserkrankungen bei Asylsuchenden in Deutschland
3 Asylpaket II: „Womöglich bald noch einfacher Menschen mit HIV abzuschieben...“
4 HIV-Prävention für und mit Migrant_innen
8 Medizinische Versorgung von Flüchtlingen *live*
11 Praxisbeispiele AIDS-Hilfe Freiburg, AIDS-Hilfe Essen
15 Praxisbeispiel Asylunterkünfte für Schwule, Lesben, Bi, Trans und Queer, Praxisbeispiel „LesMigraS“
22 Kurzmitteilungen

aidshilfe.de

Deutsche AIDS-Hilfe

Inhalt

1. Vorwort 1
2. Infektionserkrankungen bei Asylsuchenden in Deutschland 2
3. Asylpaket II: „Womöglich bald noch einfacher, Menschen mit HIV abzuschieben…“, Tanja Gangarova (DAH) 3
4. HIV-Prävention für und mit Migrant_innen 4
5. Medizinische Versorgung von Flüchtlingen live, Antje Sanogo 8
6. Praxisbeispiel 1: „Get together“, AIDS-Hilfe Freiburg 11
7. Praxisbeispiel 2: „Mashallah“, AIDS-Hilfe Essen 13
8. Praxisbeispiel 3: Asylunterkünfte für Schwule, Lesben, Bi, Trans und Queer 15
9. Praxisbeispiel 4: „LesMigraS“ 21
10. Kurzmitteilungen 22
11. Seminarankündigung 23
12. Impressum 23

Vorwort

Berlin, 28.04.2016

Liebe Leserin, lieber Leser,

obwohl viele Aidshilfen und der Öffentliche Gesundheitsdienst schon seit Jahren gute Präventions- und Beratungsangebote für Migrant_innen bereit halten, fristete der Arbeitsbereich vielerorts ein Nischendasein. Mit der zunehmenden Einreise von Asylsuchenden nach Deutschland ändert sich dies allmählich, Fragen der Versorgung von Migrant_innen finden in der Fachwelt immer mehr Beachtung.

So ging es auch auf den diesjährigen Münchner AIDS- und Hepatitis-Tagen schwerpunktmäßig um Projekte, die sich um Flüchtlinge kümmern sowie um die Auswirkungen neuer politischer Rahmenbedingungen wie des Asylpaketes II auf die medizinische Versorgung von Migrant_innen.

Trotz der hohen Präsenz des Themas: beim Gros der Geflüchteten kommt HIV nicht viel häufiger als in der deutschen Bevölkerung vor. Andere Erkrankungen wie Tuberkulose, Magen-Darm-Infektionen oder parasitäre Hauterkrankungen wären, so das RKI, da wesentlich häufiger und seien vor allem mit den schwierigen Lebensbedingungen auf der Flucht und mit ihrer Prävalenz in den Herkunftsländern assoziiert

Mit zunehmender Migration wird es jedoch nicht ausbleiben, dass auch mehr Menschen mit HIV nach Deutschland kommen.

In dieser Ausgabe von Beratung *aktuell* wollen wir die aktuellen Entwicklungen und ihre Auswirkungen auf die Aidshilfearbeit reflektieren. Dabei stellen wir unterschiedliche Projekte für Migrant_innen aus dem Verband vor und berichten über die Erfahrungen der Kolleg_innen vor Ort.

Da es uns nicht möglich erschien, ein solch komplexes Thema auf den üblichen Umfang von Beratung *aktuell* zu reduzieren, haben wir uns diesmal für eine Doppelausgabe entschieden.

Wir wünschen euch eine angenehme Lektüre.

Mit freundlichen Grüßen

Steffen Taubert, Tanja Gangarova, Werner Bock

Infektionserkrankungen bei Asylsuchenden in Deutschland

Auf den Münchner AIDS- und Hepatitis-Tagen haben Dr. Osamah Hamouda und Dr. Viviane Bremer vom Robert-Koch-Institut Daten zur Prävalenz meldepflichtiger Infektionserkrankungen unter Asylsuchenden in Deutschland präsentiert.

HIV, dass zeigte der Vortrag von Viviane Bremer, spielt vor allem in jener Gruppe der Migrant_inne eine Rolle, die aus Subsahara-Afrika kommen. Seit ca. vier Jahren gebe es in dieser Bevölkerungsgruppe einen deutlichen und stetigen Anstieg der HIV-Neudiagnosen.

Hamouda betonte, dass HIV-Infektionen in den derzeit dominierenden Migrant_innen-Gruppen aus Syrien und Afghanistan hingegen nicht wesentlich häufiger vorkämen als hierzulande. Tuberkulose- und Hepatitis-B-Infektionen kämen in dieser Gruppe dagegen häufiger vor als in der deutschen Bevölkerung. Im Vordergrund stünden vor allem „impfpräventable Krankheiten“ (wie Windpocken und Grippe), Magen- und Darminfektionen sowie parasitäre Hauterkrankungen.

Dies bestätigten auf der Tagung auch Ärzt_innen, die sich für die medizinische Versorgung von Asylbewerber_innen engagieren. Mathias Wendeborn von Refudocs, einer Initiative, die Asylbewerber_innen in der Bayern-Kaserne versorgt, berichtete, dass die meisten Erkrankungen dem „klassisch hausärztlichen“ Bereich zuzuordnen seien. Viele Erkrankungen, z. B. Infektionen mit Krätzemilben, seien typisch für Flucht und Lagerleben. *tau*

Asylpaket II: „Womöglich bald noch einfacher, Menschen mit HIV abzuschieben…“

von Tanja Gangarova (DAH)

Ende Februar stimmte der Bundesrat dem sogenannten „Asylpaket II“ zu. Für die Migrant_innen in Deutschland bringt das neue Gesetz wenig Erfreuliches. Unter der Überschrift „Viel Härte, wenig Wirkung“ findet sich eine gute Übersicht über die beschlossenen Maßnahmen auf zeit.de.

Foto: Tanja Gangarova, DAH-Referentin für Migration

Das beschlossene Asylpaket II der Bundesregierung verschärft die ohnehin schon schwierige Situation der Geflüchteten. Auch die Lage von Flüchtlingen mit HIV könnte sich weiter verschlechtern.

Als Abschiebehindernis gelten nach dem Gesetzentwurf nur lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankungen, die sich durch eine Abschiebung wesentlich verschlechtern würden. Prinzipiell gehört eine HIV-Infektion dazu, die unbehandelt zum Tod führen kann. Das heißt in der Praxis aber nicht automatisch, dass Menschen mit HIV von einer Abschiebung verschont bleiben.

HIV nicht zwangsläufig ein Abschiebehindernis

Auch bisher war es nicht einfach, eine HIV-Infektion als Abschiebehindernis anzuerkennen. Die Rechtsprechung geht davon aus, dass in den meisten Herkunftsländern eine antiretrovirale Therapie zur Verfügung steht. Meist werden nur die Botschaften oder staatliche Behörden der jeweiligen Länder befragt. Gutachten großer Nichtregierungsorganisationen werden selten berücksichtigt. Doch die Aussagen der Regierungen spiegeln in der Regel nicht die realistische Versorgungssituation wider.

In manchen Ländern sind HIV-Therapien zwar prinzipiell vorhanden, aber z. B. nicht in ländlichen oder durch Gewalt erschütterten Gebieten. Eine „ausreichende medizinische Versorgung“ ist nach dem neuen Gesetzentwurf aber in der Regel schon dann anzunehmen, wenn sie „nur in einem Teil des Zielstaates gewährleistet ist“. Damit wird es womöglich noch einfacher, Menschen mit HIV abzuschieben, ohne dass sie in ihrem Heimatland einen realisierbaren Zugang zu einer Behandlung haben.

Schneller Abschiebung bei Menschen aus „sicheren Herkunftsländern“

Die Maßnahmen im Asylpaket II sollen auch zur Beschleunigung der Asylverfahren dienen. Dies betrifft u. a. Menschen aus sicheren Herkunftsstaaten und Flüchtlinge ohne Papiere. Faire Verwaltungs- und Gerichtsverfahren sind in diesen „Eilverfahren“ nicht möglich. Eine eingehende Prüfung lässt sich nicht in einer Woche abschließen.

Das Asylpaket II erfordert auch, dass ein ärztliches Attest innerhalb kürzester Zeit die lebensbedrohliche Erkrankung dokumentieren muss. Liegt ein solches Attest nicht fristgerecht vor, wird es nicht berücksichtigt. Ein solches Attest „unverzüglich“ zu beschaffen, wird in der Praxis wahrscheinlich oft nicht möglich sein. Hinzu kommen Komplikationen, weil nicht mehr jede_r Ärzt_in oder Psychotherapeut_in als Gutachter anerkannt wird.

Anonymisierte Datenbank mit Asylfällen

Um die Auswirkungen des verschärften Asylrechts auf die Situation von Flüchtlingen mit HIV besser einschätzen und demnach erforderliche Maßnahmen entwickeln zu können, sammelt die Deutsche AIDS-Hilfe anonymisierte Fälle.

Wir bitten diejenigen von euch, die aktuell Flüchtlinge mit HIV betreuen oder auf dem Weg zur Legalisierung begleiten, uns zu kontaktieren, um eine Vorlage für die Erfassung der Fälle zu erhalten: tanja.gangarova@dah.aidshilfe.de, Tel.: 030 690087-18

Tanja Gangarova/tau

HIV-Prävention für und mit Migrant_innen

von Tanja Gangarova (DAH)

Einführung

Nach Deutschland zugewanderte Menschen sind nicht zwangsläufig weniger gesund als Einheimische, das Gegenteil kann sogar der Fall sein. Unter bestimmten Umständen haben Migrant_innen allerdings erhöhte Risiken zu erkranken. Gleichwohl haben sie oft nicht den gleichen Zugang zum Gesundheitssystem, zu aufschlussreicher Information, Aufklärung und Versorgung wie Menschen, die hier geboren wurden. Dies trifft auch auf den Bereich HIV/Aids zu. In Deutschland gibt es verschiedene Migranten-Gruppen, die unterschiedlich stark von HIV/Aids betroffen sind.

Wieso HIV-Prävention für und mit Migrant_innen?

In Deutschland leben circa 16 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund, das sind knapp 19,7% der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt 2014). Dabei handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe, die sich nach Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsstatus, Herkunftskultur, sozialer Lage und Migrationserfahrung unterscheidet. Fast jede dritte HIV-Neuinfektion betrifft eine/einen Migrant_in, das heißt eine Person, die zugewandert ist (RKI, 2014a). Die HIV-Risiken von Migrant_innen sind ebenso vielfältig wie die Gruppen, die unter dem Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ zusammengefasst werden.

Betroffene Personen kommen vor allem aus Ländern mit höherer HIV-Prävalenz (Subsahara Afrika), aber auch aus Südostasien, Zentral- und Osteuropa. Während bei Personen aus Subsahara-Afrika mehrheitlich Frauen betroffen sind und überwiegend heterosexuelle Übertragungsrisiken vorliegen, betreffen die HIV-Neuinfektionen bei Personen aus Zentral- und Osteuropa Menschen, die Drogen konsumieren und zum Teil auch Männer, die Sex mit Männern haben (MSM).

2005-2014 entfielen 70 % der HIV-Neudiagnosen bei Heterosexuellen auf Migrant_innen und davon wiederum knapp die Hälfte (49 %) auf Menschen aus Subsahara-Afrika. Bei Schwulen und anderen MSM betrafen 15 % der HIV-Neudiagnosen Migranten (die meisten aus Zentral- und Westeuropa), bei Drogengebrauchenden traf dies auf 42 % zu (größtenteils aus Zentral- und Osteuropa).

Da die Infektionen nicht nur aus den Herkunftsländern mitgebracht werden, sondern bei 40% der betroffenen Migrant_innen in Deutschland stattfinden, müssen Angebote der HIV-Prävention zielgerichteter auf die Bedürfnisse der Migrant_innen abgestimmt werden.

Verteilung der gesicherten HIV-Erstdiagnosen (2005-2014) nach Risikogruppen und Herkunft

(RKI: Erstdiagnosen mit unbekannter Herkunft sind nicht dargestellt)

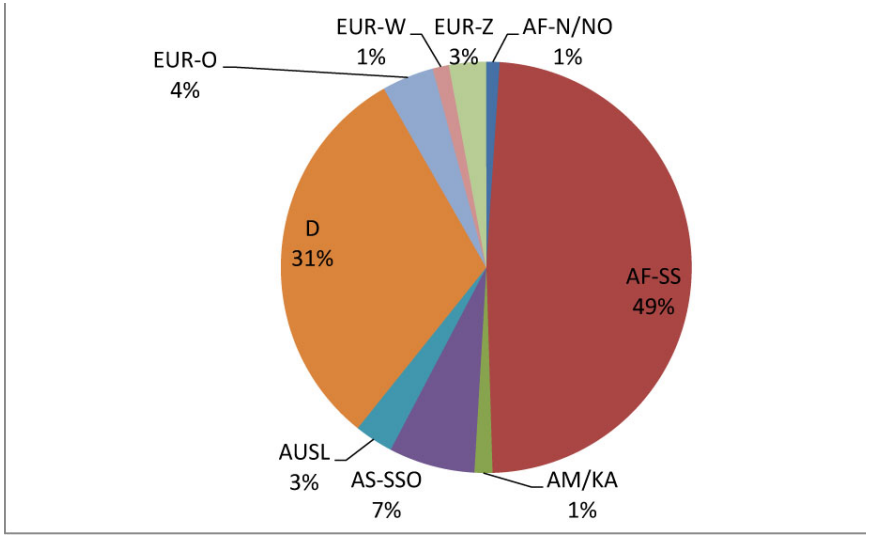

Abb 1: Heterosexuelle

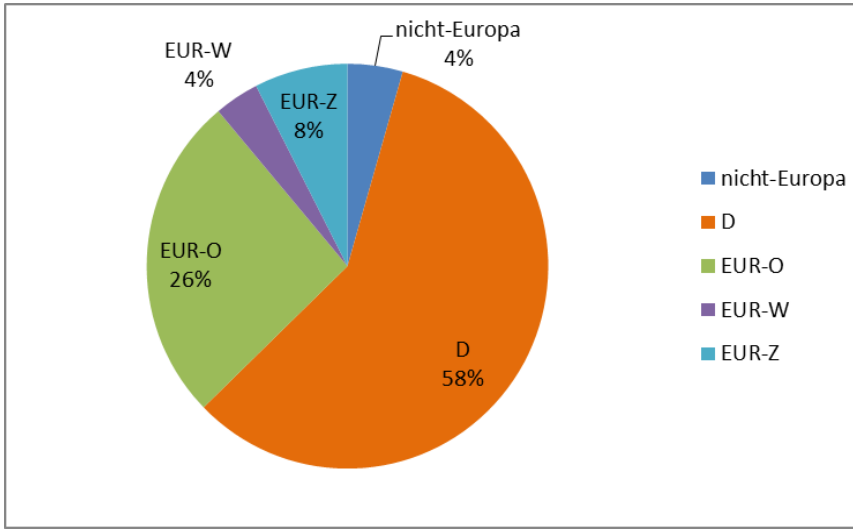

Abb 2: Intravenös Drogengebrauchende

Diese Zahlen zeigen deutlich, dass bestimmte Migranten_gruppen epidemiologisch relevante Zielgruppen sind – und dies unabhängig von dem aktuell angestiegenen Anteil der Flüchtlinge. Die Daten zeigen auch, dass Migrant_innen in jeder Risikogruppe vorzufinden und somit mitzudenken sind.

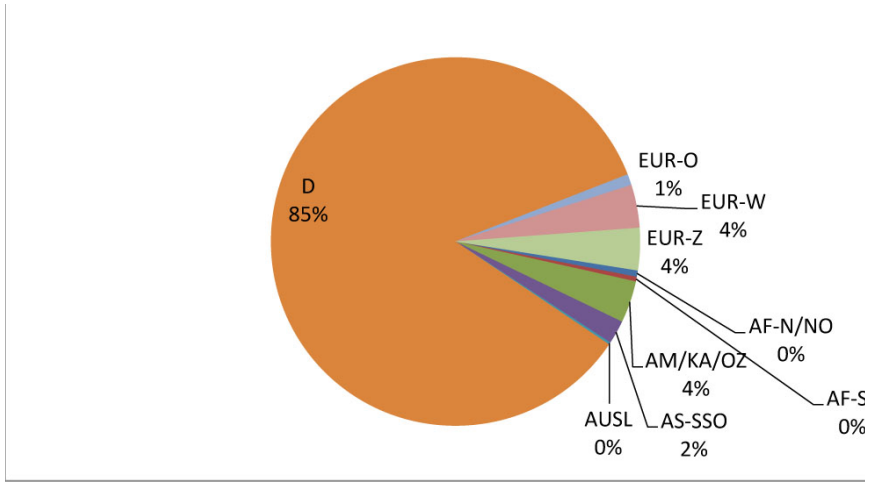

Abb.3: MSM

Schwerpunkt Subsahara-Afrika

Die Mehrheit der aktuell nach Deutschland kommenden Flüchtlinge kommt aus Ländern mit niedriger HIV-Prävalenz. Die Sub-Sahara-Staaten (insbesondere Eritrea, Somalia und Äthiopien), die nicht unter den häufigsten Herkunftsländern aufgeführt sind, behalten jedoch ihre Bedeutung bei importierten Infektionskrankheiten, wie HIV, TBC und Malaria. Bei steigenden Einwanderungs- bzw. steigenden Flüchtlingszahlen wird es nicht ausbleiben, dass auch mehr Menschen mit HIV nach Deutschland kommen.

Ressourcen der Migrant_innen nutzen

Die große Heterogenität der Migrant_innen, die vorhandene Vielfalt an Lebensweisen, Sprachen, Kulturen und rechtlichen Situationen, stellt die HIV-Prävention vor großen Herausforderungen und macht es unmöglich, über die Migrant_innen als eine „Zielgruppe“ zu sprechen.

Um besser mit den Migranten-Communities zusammen arbeiten zu können, sollten problem- und defizitorientierte Sichtweisen überwunden werden. Besser ist, das lebensweltliche Wissen und die Kompetenzen von Migrant_innen ressourcenorientiert zu nutzen und zu fördern.

Beteiligung der Migrant_innen an der Entwicklung und Umsetzung von Prävention ist unabdingbar

Um die Angebote der HIV-Prävention besser auf die Bedürfnisse von Migrant_innen abzustimmen, müssen in erster Linie Personen aus den Zielgruppen mit Migrationshintergrund verstärkt an der Prävention beteiligt und in ihrer Selbstorganisation unterstützt werden. Eine stärkere Partizipation von Migrant_innen könnte u.a. erreicht werden durch Festeinstellungen von Migrant_innen, durch die Ausbildung und Zusammenarbeit mit Multiplikator_innen oder Peers, durch Kooperationen mit Migrantenselbstorganisationen (MSO), durch gemeinsame Bedarfserhebungen usw.) sowie der Förderung der Selbstorganisation durch die Bereitstellung von Räumlichkeiten, gemeinsame Aktionen, Schulungen usw.

Um Fachkenntnisse und Dienstleistungen aus verschiedenen Bereichen zusammenzubringen sind Kooperationen mit anderen Fachorganisationen unabdingbar(MSO, Migrantenberatungsstellen, Malteser-Migranten-Medizin, MediBüro, Ärzte der Welt, ProAsyl, Flüchtlingsräten, Gesundheitszentren, Caritas, Diakonie usw.).

Fortbildungen für Berater_innen

Der Umgang mit „kulturellen Unterschieden“ und „Tabus“ wird oft als zentrale Herausforderung beschrieben. Hier können Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeitende unserer Einrichtungen (z. B. zu interkulturellen bzw. Diversity-Kompetenzen) unterstützend wirken. Fachwissen zu EU- sowie Asylrecht, das im Rahmen der DAH-Fortbildungsseminare angeboten wird, kann die Arbeit mit Migrant_innen deutlich erleichtern.

Auszug aus dem DAH-Fortbildungskalender

- Wie kann man Menschen aus den neuen EU-Ländern krankenversichern? (19. Mai 2016 – 20. Mai 2016
- Diversity in der HIV-Prävention (16.-18.09.2016)
- Sozialrechtliche Situation asylsuchender Flüchtlinge(05. - 06 . 09.2016)

Anmeldung online

In der Regel ist HIV/AIDS nicht das einzige oder wichtigste gesundheitliche Anliegen der Communities. Es ist leichter, Interesse zu wecken und ins Gespräch zu kommen, wenn es umfassend um das Wohlbefinden von Migrant_innen geht. Deshalb kann eine thematische Einbettung von Angeboten der HIV-Prävention in andere Angebote der Gesundheitsförderung, Frauengesundheit, Jugendgesundheit, Schwangerschaftsberatung und in Informationen über den Zugang zum Gesundheitssystem hilfreich sein.

Strukturelle Prävention wichtig

Viele Probleme in der HIV-Prävention für und mit Migrant_innen entstehen u. a. durch ihre rechtliche und soziale Benachteiligung. Strukturelle Prävention ist daher auch bei der HIV-Prävention für & mit Migrant_innen konsequent mitzudenken und umzusetzen. Konkret heißt das, dass wir uns für eine Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse einsetzen müssen, die HIV-Risiken und Schutzverhalten von Migrant_innen beeinflussen:

Anti-Diskriminierungskampagnen (gegen die medizinische Unterversorgung von Flüchtlingen, für einen gleichberechtigten Zugang zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere, gegen Rassismus im Alltag), Öffentliche Arbeit, Lobbyarbeit, Fachtagungen usw.). Eine HIV-Prävention, die die gesellschaftlichen (Macht)-Verhältnisse ausblenden würde, die zu erhöhten HIV-Risiken beitragen, bliebe in ihrer Wirkung begrenzt.

Mehr dazu im DAH-Band: „HIV-Prävention für & mit Migrant_innen: Standards, Praxisbeispiele, Grundlagen“ (2015).

Tanja Gangarova

"Do you have a Yellow Paper?"

Medizinische Versorgung von Flüchtlingen *live*, Antje Sanogo

Für Asylsuchende ist das „Yellow Paper" ein enorm wichtiges Dokument. Ohne diese Bescheinigung erhalten sie in Deutschland keine freie medizinische Versorgung.

Ich arbeite seit Anfang 2016 in der Asylsozialberatung in einer Übergangsunterkunft für Flüchtlinge der Stadt München. Da die Unterkunft gerade erst eröffnet worden ist, sind wir ein ganz neues Team. Mit viel Enthusiasmus stürzen wir uns die Arbeit, und dies bedeutet vor allem, die Unterstützung für die medizinische Versorgung der Bewohner_innen zu bekommen.

Foto: Antje Sanogo

Eines der großen Probleme sind Zahnschmerzen. Verständlicherweise ist die Pflege der Zähne auf der Flucht ein eher unwichtiges Thema. Nach der Ankunft und ein paar Tagen Ruhe werden die Schmerzen irgendwann unerträglich, und dann beginnen die Probleme: kein Yellow Paper für die/den Zahnärzt_in! Zunächst glaubt man als erfolgsverwöhnte/r Berater_in noch: Notfallambulanz – die müssen ja behandeln. Aber weit gefehlt: Ohne „Yellow Paper" geht bei dem Zahnarzt nichts.

Ein kranker Zahn will schnell behandelt werden

Ein Yellow Paper zu besorgen, ist nicht so einfach, wie man glaubt. Ausgestellt wird der Behandlungsschein von der Sozialbehörde, also derselben Behörde, die auch für die Auszahlung der Geldleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zuständig ist. Die Geldleistungen müssen jeden Monat an jeden Flüchtling persönlich ausgezahlt werden. Das heißt, jeder Flüchtling muss mindestens einmal im Monat auf der Behörde vorsprechen.

Gelb – weiß – grün: das bunte Farbenspiel der Bürokratie

Manchmal scheint es, als wären Flüchtlinge nichts ohne ihr „Yellow Paper". Aber das ist nicht ganz richtig. Flüchtlinge brauchen auch ein „White Paper", ihre Registrierungsbestätigung. Davon bekommen sie ironischerweise jedoch nur den grünen Durchschlag.

Dieser ist die Grundlage dafür, dass ihnen ihre Bescheinigung über die Meldung als Asylsuchende – die inzwischen berühmte BüMA – ausgestellt wird. Gleich danach kommt aber das Yellow Paper, der Behandlungsschein für die ambulante ärztliche Versorgung. In Bayern wird er von der zuständigen Sozialbehörde auf gelbem Papier ausgedruckt.

Daraus folgt, dass die Behörde immer überlaufen ist und die Sachbearbeiter_innen permanent unter Stress stehen.

Zwar wird versucht, jedem Flüchtling zu Beginn eines Quartals zumindest einen Behandlungsschein für den Allgemeinarzt und dem Zahnarzt mitzugeben. Aber meist kommt es anders: Lädierte Knie müssen zum Orthopäden, Nierensteine zur Nephrologin, Projektilreste zum Chirurgen, und so pflegen wir inzwischen ein sehr persönliches Verhältnis zu der für unsere Unterkunft zuständigen Sachbearbeiterin in der Sozialbehörde. Wir schreiben uns täglich E-Mails und telefonieren miteinander. Wie sich schon angedeutet hat, kann die Beschaffung eines Yellow Paper also schon einmal mehrere Tage dauern. Mit Zahnschmerzen ist das nicht angenehm.

Fehlende Sprachmittler

Doch die Probleme mit der medizinischen Versorgung sind mit der Beschaffung des Behandlungsscheines noch lange nicht gelöst. Hat der Bewohner sein Yellow Paper erhalten, greift die/der geübte Berater_in zum Telefon und ruft eine entsprechende Arztpraxis an, um einen Termin zu vereinbaren. Sobald das erste Mal der Begriff „Asylbewerber“ oder „Flüchtling“ fällt, spürt sie/er am anderen Ende der Leitung schon eine gewisse Skepsis.

Dann bekommt sie/er entweder einen Termin in vier bis sechs Wochen, oder erfährt, dass keine Patient_innen mit Behandlungsschein vom Sozialamt genommen werden. Für uns ist das auch eine Art interkulturelles Lernen. Inzwischen haben wir uns abgewöhnt, Termine zu vereinbaren. Wir schicken unsere Bewohner_innen einfach ohne Termin zu den Ärzt_innen – dann ist es weniger leicht, sie abzuwimmeln.

Ein weiteres riesiges Problem ist die sprachliche Verständigung. Es gibt einfach keine finanziellen Mittel, um bei jedem Arztbesuch einen Dolmetscher mitzuschicken. Natürlich finden es alle wichtig, dass Dolmetscher_innen verfügbar sind, aber, wie gesagt, bezahlen will sie niemand. Wir haben als Sozialdienst pro Bewohner_in und Jahr 60 Euro für Dolmetscher_innen-Dienste zur Verfügung. Damit müssen wir schon priorisieren.

So behelfen wir uns mit Bewohner_innen, die Englisch sprechen und bereit sind, ihre Landsleute, die kein Englisch sprechen, zu Arztterminen zu begleiten. Das geht aber eigentlich nur bei Schnupfen, Husten, Heiserkeit. Sobald es intimer wird, wird es schon schwieriger, sagen wir einmal, bei einer Analfissur. Im alltäglichen Kampf um die medizinische Versorgung kann ich den Satz „Ohne Dolmetscher können wir nicht behandeln“ nicht mehr hören. Irgendwann wünschen wir uns auf der anderen Seite endlich einmal ein gewisses Maß an Flexibilität.

Überweisungsmarathon

Ein Bewohner mit einer schlecht verheilten Schussverletzung, in der sich noch Projektilreste befanden, wurde zehn Wochen lang von Arzt zu Arzt, zum Krankenhaus und zur Ambulanz herumgereicht, bis sich endlich einmal jemand dazu durchringen konnte, dass die Projektilreste dann doch rausmüssten, und eine Operation angesetzt wurde.

Diese Odyssee hatte übrigens nichts mit Finanzierungsfragen zu tun, denn die Sozialbehörde hatte sich von Anfang an bereit erklärt, die Operationskosten zu übernehmen. Es schien vielmehr so, als ob sich einfach niemand traute, die Verantwortung für die Behandlung und Operation zu übernehmen, und

dann lieber noch einmal zum nächsten Spezialisten geschickt wird.

Ein Bewohner mit heftigen Knieschmerzen tourte wochenlang von Radiologietermin zu Radiologietermin, weil sich die Hausarztpraxis und die Radiologiepraxis nicht darüber einigen konnten, ob zusätzlich zum berühmten Yellow Paper noch ein Überweisungsschein ausgestellt werden müsse. Das Problem ließ sich nicht abschließend klären. Die Radiologiepraxis lenkte irgendwann ein und untersuchte das Knie ohne Überweisungsschein.

Ein Bewohner hat eine Metallplatte im Bein, die ihm nach einem Unfall eingesetzt wurde. Die Platte ist aber aus irgendeinem Grund so verwachsen, dass sie starke Schmerzen verursacht und dringend entfernt werden muss. Seit mehr als drei Monaten versuchen wir, für diesen Mann eine Operation zu organisieren. Auch hier ist die Finanzierung längst geklärt.

Dennoch kommt die Operation nicht zustande, weil die Klinik und der Patient nicht zusammenkommen und seltsame Dinge schiefgehen. Der Patient kam mit Unterlagen, die auf begonnene Operationsvorbereitungen schließen lassen, in die Unterkunft zurück. Aber mit der Klinik ließ sich nicht klären, warum die Operationsvorbereitungen abgebrochen wurden, oder der Patient nicht aufgenommen wurde, da der begleitende Landsmann nicht gut genug Englisch sprach. Er solle sich einen professionellen Dolmetscher suchen.

Dann fehlte wieder einmal ein Yellow Paper, wahlweise die Kostenzusicherung, die sich dann doch anfand. Als wir den inzwischen fünften Termin für die Operation vereinbarten, sagte der Bewohner zu mir, er sei nun sehr müde, und es tue ihm leid, dass ich seinetwegen so viel Arbeit hätte.

Gesundheitssystem muss flexibler werden

Was habe ich in den ersten drei Monaten Asylsozialberatung zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen gelernt? Unser Gesundheitsversorgungssystem muss sich auf die Flüchtlinge einstellen, indem es flexibler wird! Die Probleme, die wir derzeit sehen, werden sich nicht lösen lassen, indem man weiterarbeitet wie immer und Flüchtlinge als potenzielle Störfaktoren eingespielter, starrer Abläufe wahrnimmt. Diese Abläufe müssen hinterfragt und vor allem müssen Ausnahmen und kreative neue Ansätze gefunden werden. Am Ende hilft das vielleicht auch allen anderen Patient_innen.

Antje Sanogo

Zur Autorin: Antje Sanogo arbeitet seit 1990 im Migrationsbereich. Sie war über 13 Jahre bei der Münchner Aids-Hilfe, zuletzt als Leiterin des Bereiches „Beratung und Prävention“. Seit Januar 2016 arbeitet sie in der Asylsozialberatung in einer Münchner Gemeinschaftsunterkunft für Flüchtlinge.

Praxisbeispiel 1: „Get together“, AIDS-Hilfe Freiburg

Interview mit Bettina Deuschle

Warum habt ihr das Projekt initiiert? Warum habt ihr einen Bedarf gesehen?

Seit elf Jahren arbeitet die AIDS-Hilfe Freiburg gemeinsam mit dem Landesverband Badisches Rotes Kreuz an Projekten zum Thema „Flucht und Gesundheit“. Bei unserer Arbeit hat sich gezeigt, dass der Gesundheitsbereich für Flüchtlinge nach wie vor einen großen Bedarf aufweist.

In den Gemeinschaftsunterkünften finden wir heute eine veränderte Personenkonstellation vor. Waren in den Unterkünften bis vor wenigen Jahren vor allem Familien, sind es heute in der Mehrheit alleinstehende junge Männer, die ohne Familienzusammenhalt, ohne emotionale oder soziale Bindungen, völlig allein und auf sich selbst gestellt sind; viele sind traumatisiert, orientierungslos sowie körperlich und psychisch angeschlagen.

Aufgrund ihrer Jugend verfügen viele über einen niedrigen Bildungsstand und haben weder eine Berufsausbildung noch Berufserfahrung. Mit der Zunahme von Kriegsflüchtlingen ist der (medizinische) Bedarf infolge der widrigen Fluchtumstände stark angestiegen.

Projektbeschreibung

„Get together“ ist ein weiterentwickeltes Kooperationsprojekt des Badischen Roten Kreuzes, der Kreisverbände Freiburg im Breisgau und Villingen-Schwenningen sowie der AIDS-Hilfe Freiburg. Das Programm „Get together“ ist für die Zielgruppe Flüchtlinge und insbesondere unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) konzipiert.

Es gibt eine Aufgabenteilung: Während die Mitarbeiter_innen des Roten Kreuzes mit spezialisierten Einrichtungen wie Sucht- und Traumaberatungsstellen oder in den Bereichen Sport- und Musik- sowie Gesundheitsförderung Angebote machen, übernimmt die AIDS-Hilfe Freiburg Aufgaben im Bereich „sexuelle Gesundheit“.

Es geht darum, die Migrant_innen dabei zu unterstützen, sich um die eigene und die Gesundheit ihrer Familie zu kümmern, und ihnen dabei behilflich zu sein, einen Zugang zu medizinischen Fachstellen, seien es Fachärzt_innen oder Psychotherapeut_innen, zu erhalten.

Was konkret getan wird

Der Aidshilfepart von „Get together“ –besteht aus zwei Hauptaufgaben:

1) **Präventionsangebote zu HIV/STIs für Asylbewerber_innen**

Dazu gibt es Veranstaltungen in Flüchtlingswohnheimen, Wohngruppen für UMF und Vorbereitungsklassen, die nach Geschlechtern getrennt sind. Diese Veranstaltungen werden von einem Team aus zwei hauptamtlichen Mitarbeiter_innen und vier geschulten Peers durchgeführt. Die Peers haben

selbst einen Migrationshintergrund, der den Kontakt wesentlich vereinfacht. Sie decken die Sprachen Englisch, Französisch, Portugiesisch und Arabisch ab und werben für die Test- und Präventionsangebote der AIDS-Hilfe Freiburg durch ihren Zugang zu ihren Communitys.

Thematisch geht es zunächst um allgemeine Informationen über das deutsche Gesundheitssystem. Die Migrant_innen müssen z. B. erst einmal erfahren, wann man in Deutschland zu niedergelassenen Ärzt_innen, wann ins Krankenhaus geht. Auch das Thema „Schweigepflicht“ spielt eine Rolle.

Erst dann geht es um sensiblere Themen, wie z. B. sexuelle Gesundheit oder sexuelle Vielfalt. Bei beiden Geschlechtern können die Themen „Schwangerschaft“ und/oder „Verhütung“ eine Brücke schlagen, um auch über HIV und andere STIs ins Gespräch zu kommen.

2) Beratung und Begleitung HIV-positiver Flüchtlinge

Die Kontaktaufnahme geschieht häufig durch HIV-Schwerpunkt-Mediziner_innen, die Uniklinik oder die Sozialdienste der Flüchtlingseinrichtungen. Wenn nötig, wird unter Einbeziehung ausgebildeter Dolmetscher_innen medizinisch, sozial- und asylrechtlich sowie psychosozial beraten und betreut. Darüber hinaus werden – von einem Frauenfrühstück bis hin zu Bewerber_innen-Trainings – diverse Angebote gemacht. Im Fall der Begleitung Schwangerer wird in der interdisziplinären Zusammenarbeit eine engmaschige Betreuung gewährleistet.

Themenschwerpunkte von „Get Together“

1.Unterstützung traumatisierter und schwer kranker Flüchtlinge

2. Gesundheitsförderung, HIV/STI-Prävention und -Betreuung, Gewalt- und Suchtprävention

3. Bildung und Vorbereitung auf die Arbeitsmarktintegration

4. Interkulturelle Öffnung und „Willkommenskultur“ im Gemein- und Gesundheitswesen

5. Familien schulen – Jugendliche stärken

6. Prävention gegen körperliche und sexuelle Gewalt

Was muss man als Mitarbeiter_in mitbringen?

Dazu sagt Bettina: „Offenheit und Neugier sind sehr wichtig bei der Arbeit mit Menschen aus unterschiedlichen kulturellen Hintergründen. Meine Weiterbildung zur interkulturellen Trainerin hilft mir dabei sehr. Die Arbeit verlangt viel Sensibilität. Man muss manchmal Dinge stehen lassen können und andere Sichtweisen aushalten, z. B. wie schwer es für Frauen ist, nicht darüber sprechen zu können, dass sie HIV-positiv sind. Sensibilität ist auch bei Präventionsveranstaltungen gefragt. Es passt nicht immer, einfach den Dildo rauszuholen.“

Erfahrungen von „Get Together“

- Der Einsatz der Peers bei den Präventionsveranstaltungen erleichtert den Zugang zu den Migrant_innen enorm. Die Peers übernehmen eine wichtige Brückenfunktion.
- Mit dem Begriff „Aidshilfe“ sollte man zurückhaltend sein. Aufseiten der Migrant_innen gibt es schnell Blockaden. Auch auf den Infomaterialien sollte z. B. nicht zu prominent „Aidshilfe“ draufstehen. Über dieses Thema gibt es im Aidshilfeteam aber unterschiedliche Meinungen.
- Nicht sofort mit den Themen „HIV“ und „STIs“ beginnen – für diese sensiblen Themen braucht es Vertrauen und Vorarbeit. Es braucht einen breiteren Zugang, z. B. zunächst Informationen über das deutsche Gesundheitssystem.
- In vielen Kulturen sind kulinarische Häppchen bei einem Infogespräch eine wichtige Komponente.

WB

Praxisbeispiel 2: „Mashallah“, AIDS-Hilfe Essen

Interview mit Güner

Der Titel des Projekt stammt aus dem Arabischen/Türkischen und bedeutet „großartig, prima“

Warum habt ihr das Projekt initiiert? Warum habt ihr einen Bedarf gesehen?

„Mashallah“ gibt es schon seit 2005. Wir haben bemerkt, dass es für Migrant_innen aus dem arabischen oder türkischen Raum, die sich als homo- oder bisexuell empfinden, nicht so viele Ansprechpartner zu Themen rund um Homosexualität gibt. Außerdem fehlte es ihnen an Räumlichkeiten, in denen sie in einem geschützten Rahmen Gleichgesinnte treffen konnten.

Das Projekt beruht auf drei Säulen.

1. **Beratung:** Zweimal im Monat gibt es ein persönliches oder telefonisches Beratungsangebot zu Themen wie sexueller Orientierung, Coming-out, HIV und anderen STIs, aber z. B. auch zu den Ausgehmöglichkeiten in Essen.
2. **Öffentlichkeitsarbeit:** Diese richtet sich sowohl an die deutsche Öffentlichkeit, z. B. Informationen über „Mashallah“ in der schwul-lesbischen Community, als auch an die Migrant_innen-Communitys, die z. B. durch Infostände bei interkulturellen Festen, aber auch durch die regelmäßige Vernetzung mit den verschiedensten Migrant_innen-Organisationen erreicht werden.

3. **Gruppenangebot:** Regelmäßig treffen sich acht bis zehn Teilnehmer zum Austausch über verschiedene Themen; häufig haben die Treffen auch Freizeitcharakter; man geht gemeinsam etwas trinken oder trifft sich zum Feiern. Die Teilnehmer sind zwischen 18 und 40 Jahre alt.

Was muss man als Mitarbeiter_in mitbringen?

Als Leitung des Projekts braucht es eine Person, mit der sich die Zielgruppe identifizieren kann. Deswegen sind der eigene Migrationshintergrund, eigene Erfahrungen in der schwul-lesbischen Community und die eigene Homosexualität der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters von großer Bedeutung. Dadurch wird die Kontaktaufnahme wesentlich leichter. Der eigene Migrationshintergrund macht auch die Kontakte zu anderen Migrant_innen-Projekten einfacher.

Gibt es spezielle Probleme der Ratsuchenden mit Migrationshintergrund?

Das Outen gegenüber der Familie und der eigenen Community spielt eine große Rolle. Ich erlebe die Probleme der Ratsuchenden ähnlich wie die deutscher Lesben/Schwuler in den 1960er- und 1970er-Jahren. Heute werden in Deutschland die Homo-Ehe oder das Adoptionsrecht lesbischer/schwuler Paare diskutiert. Bestimmte muslimische Kreise sind mit der Akzeptanz dieser Themen längst nicht so weit. Andererseits ist das in bestimmten christlichen Kreisen ja genauso.

Man muss auf die eigene Schere im Kopf aufpassen und Stereotype hinterfragen, z. B. dass Muslim_innen besonders homophob seien. Ich habe viele positive Beispiele erlebt, die das widerlegen, z. B. ein Gespräch mit türkischen Frauen, die zwar ein Kopftuch trugen, gegenüber dem Thema „Homosexualität“ aber erstaunlich offen waren.

Falls auch andere Aidshilfen ein Projekt wie „Mashallah“ ins Leben rufen wollen, worauf sollten sie achten?

Sie sollten nicht dieser Illusion erliegen: Wir bieten Migrant_innen etwas an, und dann kommen die Leute automatisch. Es braucht eine/n Mitarbeiter_in, die/der eine Identifikationsfigur sein kann. Bei der Bewerbung sollte man sich nicht nur auf die deutschen Medien, z. B. die schwul-lesbische Presse, verlassen. Man muss in die Migrant_innen-Communitys hineinwirken, und bei den Räumlichkeiten für die Gruppentreffen sollte man im Hinterkopf haben, dass ein Schutzraum vorhanden sein muss.

Wie könnten Aidshilfen für Menschen mit Migrationshintergrund attraktiver werden?

Die Aidshilfen müssen sich interkulturell mehr öffnen, sowohl nach außen als auch nach innen. Nach außen können sie das, indem es z. B. Flyer in verschiedenen Sprachen gibt oder die Homepage der Aidshilfe mehrsprachig ist. Nach innen gelingt das, wenn Menschen mit einem Migrationshintergrund in allen Bereichen der Aidshilfe Normalität sind, als Ehrenamtliche, als Hauptamtliche oder auch im Vorstand des Vereins.

WB

Praxisbeispiel 3: Asylunterkünfte für Schwule, Lesben, Bi, Trans und Queer

Selbstverständlich sagen können: "Ich bin schwul." Erstes Flüchtlingsheim für LSBTI* in Berlin eröffnet

Es ist ein regnerischer Tag, als ich mit dem Motorrad in den Ostberliner Bezirk Treptow fahre. Gewerbeflächen, Eisenbahngleise, Altbauten und düstere Eckkneipen. Mein Ziel: ein Besuch beim bundesweit ersten Heim für LGBTI-Flüchtlinge. Während ich mich an parkenden LKWs und Baustellen vorbeischlängele suche ich das Heim und bin mehr als überrascht, als ich plötzlich vor einem hellen Neubau stehe. Nach einem Check durch das Sicherheitspersonal werde ich von Stephan Jäkel freundlich begrüßt.

Foto: Stephan Jäkel

Stephan Jäkel ist Abteilungsleiter für den Bereich HIV und Hepatitis bei der Schwulenberatung Berlin. Mit viel Beharrlichkeit hat er in den letzten beiden Jahren den Aufbau diese Einrichtung vorangebracht, LSBTI*-Community sowie Politiker für das Projekt interessiert. Die Freude war riesig, als Ende letzten Jahres der Berliner Senat die Finanzierung einer Not- und Gemeinschaftsunterkunft für LSBTI*, also Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans- und Intersexuellen bewilligte. Finanziert wird die Unterkunft über Tagessätze, die der Berliner Senat für die Unterbringung von Asylsuchenden zahlt.

Die ersten 20 Bewohner_innen sind bereits eingezogen, in den nächsten Wochen sollen hier insgesamt über 122 Menschen leben.

***Redaktion**: Stephan, wie kam es, dass sich die Schwulenberatung Berlin mit dem Thema „LSBTI*-Flüchtlinge“ beschäftigt hat?*

Stephan: Die steigenden Flüchtlingszahlen und die Anti-Homo-Propaganda-Gesetzgebung in Osteuropa hat uns sensibilisiert, auch weil zunehmend Klient*innen aus diesen Ländern zu uns kamen.

***Redaktion: I**hr richtet euch an LSBTI*. Erreicht ihr alle gleichermaßen?*

Stephan: Der Großteil, etwa zwei Drittel, sind schwule Männer, ein Drittel trans* und einige wenige lesbische Frauen.

***Redaktion**: Ich war ja ganz erstaunt, als ich ankam. Ich dachte, ich finde jetzt irgendso einen maroden Bau, den ihr notdürftig sanieren musstet, und war ganz beeindruckt, so ein schönes neues Gebäude zu finden.*

Stephan: Das freut uns hier auch. Das Haus ist als als Wohn- und Bürohaus geplant und passt super. Wir haben jetzt 29 Wohnungen, von 1-Zimmer-Apartments bis zu 4-Zimmer-Wohnungen. Es gibt einen Bürotrakt, einen offenen Gemeinschaftsbereich mit Mensa sowie einen Aufenthaltsraum. *(Stephan zeigt mir diese Räume im späteren Verlauf des Gesprächs)*

Eintritt nur nach Security-Check. Foto: tau

Redaktion: *Wow und wie viele Leute braucht ihr hier um die Einrichtung zu betreiben?*

Stephan: Neben dem Heimleiter gibt es noch fünf Sozialarbeiter_innen, die hier teilzeitmässig arbeiten. Dann wird ab Mai noch ein Rechtsanwalt und ab Juli ein Psychologe das Team unterstützen.

Redaktion*: und dann gibt's ja auch viele, die euch ehrenamtlich unterstützen.*

Stephan: Ja, das ist beeindruckend. Da gibt es erst einmal die unzähligen Ehrenamtlichen, die beim Einrichten der Wohnungen und nun bei der Essenausgabe helfen. Dann kommen viele weitere Angebote rein, die wir noch sortieren von Sprachkursen, Sportangeboten, Theatergruppen und und und…

Redaktion*: Ihr seid hier ja nicht gerade im Schwulenkiez von Berlin. Wie haben denn die Nachbarn reagiert, als sie mitbekamen, dass eine LGBT-Flüchtlingsunterkunft in der Nachbarschaft eröffnet werden soll?*

Stephan: Wir fanden den Kiez von Anfang an toll. Aber es gab Befürchtungen vom LAGESO und auch die Polizei mahnte zur Vorsicht, weil es noch keine Erfahrung mit einer LSBTI*_Unterkunft gibt. Aber es lief bisher alles sehr gut. Wir hatten eine öffentliche Veranstaltung in der benachbarten Kirchengemeinde im Gemeindesaal, dort waren über 100 Menschen. Es gab zwischendurch mehrmals einen großen Willkommensapplaus. Manche Anwohner sprechen uns auf der Straße an und fragen wie es läuft. Im Vorfeld dachten wir, dass wir die Feinde einer solchen Einrichtung eh nicht über-

Aufenthaltsraum. Foto: tau

zeugen können, wir werden aber die, die uns wohlmeinen, mit einer vorsichtigen Öffentlichkeitsarbeit für uns gewinnen können, und so war es auch.

***Redaktion**: Welche Menschen können zu euch kommen?*

Stephan: Unsere Einrichtung ist für besonders Schutzbedürftige LSBTI*-Geflüchtete. Es ist eine Mischung aus Not- und Gemeinschaftsunterkunft. Das bietet den Vorteil, dass wir die Leute wirklich vom ersten Tag an, wo sie in Berlin registriert sind, aus den Turnhallen und Flughafenhangars rausholen können und hier unterbringen können. Wir sind dann für die Vollverpflegung und die Ausgabe von Hygienematerialien verantwortlich.

Mensa- und Aufenthaltsbereich. Foto: tau

***Redaktion**: Wer übernimmt die Kosten, zum Beispiel die Miete für Bewohner, die bei euch leben?*

Stephan: Mit der Miete haben wir gar nichts zu tun. Es gibt einen Vertrag zwischen dem Land Berlin und dem Eigentümer. Wir bekommen für alle Bewohner_innen einen Tagessatz, worüber das sozialpädagogische Personal, der Sicherheitsdienst und laufende Kosten des alltäglichen Bedarfs gedeckt werden.

***Redaktion**: Wie lange bleiben die Menschen bei euch?*

Stephan: Von der Theorie her, dürfen Asylsuchende nach einem halben Jahr private Wohnungen über reguläre Mietverhältnisse anmieten. Eine Wohnung zu bekommen ist für sie jedoch oft extrem schwer. Deshalb bieten wir im Heim auch Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften an . In den Gemeinschaftsunterkunftwohnungen leben dann Geflüchtete in

kleinen WGs mit eigener Küche. Sie bekommen Geldleistungen und können und müssen sich selbst verpflegen.

***Redaktion**: Habt ihr schon viele Nachfragen?*

Stephan: Ja, wir mussten leider auch schon viele ablehnen, da wir im Moment nur Notunterkunft sind mit Vollverpflegungsangebot sind. Aber wir haben nun endlich die Genehmigung für das komplette Haus bekommen. Jetzt warten wir nur noch auf die Lieferung der Küchen für die Wohnungen und ab Mai können wir dann voll belegen.

***Redaktion**:Auch wenn noch nicht alles fertig ist, es ist schon beeindruckend, wie schnell ihr mit dem Heim an den Start gehen konntet. Hat euch die Entwicklung ein wenig selber überrascht?*

Stephan: Ein bisschen schon. Die Idee hatten wir das erste Mal im November 2014. Da haben wir noch gedacht, es tut eine große Altberliner Wohnung mit sieben Zimmern. So, und jetzt sind wir hier und haben irgendwie ein Haus mit 122 Plätzen und glauben, das wird nicht reichen.

***Redaktion**:Warum braucht es überhaupt eine besondere Einrichtung für LGBT-Flüchtlinge?*

Stephan: Viele wollen in unserer Einrichtung leben, da sie hier offen ihre sexuelle Orientierung, bzw. geschlechtliche Identität leben können. Einige kommen aus Bürgerkriegsländern, andere aus Ländern, in denen Homosexualität nicht gelebt werden darf, wie der Iran. Fast alle hatten oder haben Angst um ihr Leben. Viele berichten uns, hier wäre das erste Mal in ihrem Leben, dass sie einen sicheren Ort erfahren, wo sie angenommen sind, wo sie selbstverständlich sagen können: "Ich bin schwul."

Klassisches Mehrbettzimmer. Foto: tau

***Redaktion**:Könnte eine solche Sicherheit nicht auch ein konventionelles Flüchtlingsheim bieten?*

Stephan: Leider erleben die Leute in den Heimen oft physische und psychische Gewalt, sowohl von anderen Bewohner_innen als auch von Security-Personal...

***Redaktion**:Kommt das häufig vor?*

Stephan: Das ist zwar nicht die Regel, die Unterkünfte provozieren dass aber ein wenig. Da sind Männer und Frauen in Turnhallen untergebracht mit 100, 200 Personen in einer Halle, ohne Privatsphäre. Da reichen drei gewalttätige Idioten aus, um denen das Leben zur Hölle zu machen.

***Redaktion**: Ja klar. Das macht eine ungute Atmosphäre aus.*

Stephan: Es ist zudem schwer, geeignete Dolmetscher_innen zu finden. Wenn rauskommt, dass jemand schwul, ist, dann haben wir schon erlebt, dass Sprachmittler die Übersetzung abbrechen oder die Menschen verfluchen. Oder sie sagen den Leuten "Das musst du hier nicht sagen“, auch wenn es für das Asylverfahren natürlich wichtig wäre.

***Redaktion**: Habt ihr eigene Übersetzer _innen an der Hand?*

Stephan: Wir brauchen auf jeden Fall mehr Sprachmittler_innen, weil wir auch merken, dass die ehrenamtliche Übersetzung oder dass die Übersetzung mit anderen Bewohner_innen sofort sehr problematisch ist. Wir müssen sicherstellen, dass auch genau das wertfrei übersetzt wird, was die Klienten oder wir formulieren.

***Redaktion**: Es gibt auch Kritik in der Migranten-Szene an solch spezifischen Angeboten für LGBTI-Flüchtlinge, dies würde eine Bevorzugung bedeuten und könnte einen Keil in die Community der Migrant_innen treiben. Was ist eure Haltung dazu?*

Stephan: Dann könnten wir auch sagen: "Warum braucht es überhaupt eine Schwulenberatung? Warum braucht es überhaupt Frauenhäuser?“ Das treibt auch einen Keil in die Gesamtgesellschaft. Es ist zwar auch nicht meine Idealvorstellung vom gesellschaftlichen Leben, eine solche LSBTI*-Einrichtung zu haben. Sie ist aktuell aber zwingend notwendig. LSBTI* Geflüchtete sind einfach eine besonders Schutz bedürftige soziale Gruppe. Wir müssen erst mal einen sicheren Raum für unsere Zielgruppe bereitstellen, von wo aus sie dann selbstbestimmt in die Gesellschaft hineinwirken. Das ist der rote Faden, der sich durch all unsere Angebote durchzieht. Nicht alle wollen unser Angebot, nicht alle brauchen unser Angebot. Es kommen aber sehr viele und für sie ist es, glaube ich, sehr sinnvoll und bedeutet eine immense Stärkung.

Gemeinschaftsraum in einer der Wohnungen. Foto: tau

***Redaktion:** Rechnet ihr auch mit schwer traumatisierten Menschen?*

Stephan: Durchaus. Nicht jede_r hat eine schlimme Erfahrung gehabt. Zu uns kommen auch Menschen zum Beispiel aus Syrien, die sind in sehr liberalen Familienverhältnissen aufgewachsen, mit einer guten Ich-Stärke aufgewachsen, aber ein Großteil eben auch nicht. Wenn dann noch Erfahrungen von Bürgerkrieg, Flucht, Ermordung von Freunden hinzukommen wird es brenzlig. Wir haben Menschen, deren Liebhaber, Freunde, Beziehungspartner sind von der IS ermordet worden.

Und die sind gerade noch geflüchtet und haben selber noch Drohanrufe bekommen. Und sind auf verschiedenen Stationen der Flucht dann auch noch diskriminiert, misshandelt, vergewaltigt oder beinahe ermordet worden.

Redaktion:*Was könnt ihr diesen Menschen anbieten?*

Stephan: Da ist eine sichere Unterkunft schon mal sehr viel. Mit unserem neuen Psychologen werden wir Trauma stabilisierende Gruppenarbeit und ein Clearing anbieten können. Braucht es eine Psychotherapie? Reichen psychologisch angeleitete Gruppen oder Eingliederungshilfe? Wir können und wollen dabei keinesfalls sofort tief in die Traumaarbeit reingehen. Dafür braucht es einen sicheren Aufenthaltsstatus, sichere Lebensverhältnisse und Zeit. Ich träume aber schon mal von einem psychotherapeutischem Behandlungszentrum für LSBTI* Geflüchtete analog zu dem Berliner Behandlungszentrum für Folteropfer (BZFO). Dafür wollen wir auch Teil des Berliner Netzwerks für besonders Schutzbedürftige werden.

Darüber hinaus haben wir mit den ersten medizinischen Sprechstunden in der Unterkunft angefangen, die ab jetzt regelmäßig mit einem LGBTI-erfahrenen Arzt/Ärztin stattfinden.

Redaktion*: Wie sieht es mit HIV/AIDS und anderen STI aus?*
Stephan: Ja, die Leute gehen auch zu unseren Testangeboten. Auch Drogenkonsum spielt eine Rolle in der Beratung. Also wir haben eigentlich alle Themen, mit denen wir es auch sonst in der Community zu tun haben: Liebe, Lust und Leidenschaften. Dazu kommen dann einfach noch die Fragen des Asylprozesses und –verfahrens.

Redaktion *Wie gut wissen denn eurer Ratsuchenden über HIV/AIDS Bescheid?*

Stephan: Es gibt unglaubliche Wissensunterschiede. Manche haben ein vergleichbares Wissen wie wir hier auch und sind völlig aufgeklärt. Andere haben überhaupt noch nie irgendeine Sexualaufklärung in ihrem Leben gehabt. Da reden wir noch gar nicht von HIV und STI, sondern wie funktioniert der eigene Körper? Da fangen wir teilweise bei völligen Basics an.

Redaktion: *Was können Aidshilfen deiner Meinung nach für Geflüchtete tun? Manche Kollegen berichten, dass Aufklärungsplakate in Heimen abgerissen werden und das Thema HIV/AIDS oft nur wenig Beachtung findet.*

Stephan: Zunächst mal Bündnispartner suchen, zum Beispiel fitte Heimleitungen. Wenn man Plakate aufhängt, sollte man sich fragen: Müssen diese Plakate in den Gemeinschaftsbereichen hängen? Oder können die auch in den Beratungsbüros hängen, wo sie sozusagen nicht unbeobachtet einfach abgerissen werden können. Eventuell sollte auch an Schulungen für Multiplikator_innen gedacht werden. Aber ich bin da auch nicht der Experte für Situationen in allgemeinen Heimen. Für uns war von Anfang an klar, wir gehen nicht so sehr in die Heime rein, sondern wir gucken eher, wie kriegen wir die Leute aus den Heimen raus. Das ist jetzt mal so unser Weg.

Redaktion: Stephan, viel Erfolg für den weiteren Projektverlauf und danke für das Interview!

Unterkunft für homosexuelle Flüchtlinge auch in Nürnberg

Deutlich kleiner als das Berliner Flüchtlingsheim ist das Angebot für LGBT-Geflüchtete, dass der Nürnberger Verein „Fliederlich“ aufgebaut hat. Vor wenigen Monaten mietete das Schwullesbische Zentrum Fliederlich eine Wohnung an, um sie als Flüchtlingsunterkunft umzunutzen. Eine Kostenzusage durch Stadt oder Land bekam der Verein, anders als die Schwulenberatung Berlin, jedoch nicht. „Wir sind hier zunächst mal in Vorleistung gegangen, berichtet „Fliederlich“-Geschäftsführer Michael Glas. Finanziert werden soll die Wohnung zukünftig über Tagessätze der Stadt Nürnberg.

„Derzeit bekommen wir Anfragen aus dem ganzen Bundesgebiet. Teilweise finden die Menschen zu uns über Medienberichte, zum Teil werden sie aber auch von Sozialarbeitern aus Aufnahmeeinrichtungen auf uns verwiesen.“ sagt Michael Glas. Auch in Nürnberg berichten Ratsuchende davon, dass Diskriminierung in den klassischen Aufnahmeeinrichtungen fortgeschrieben wird. „Auch wenn tätliche Übergriffe eher selten sind, leben LGBT in klassischen Einrichtungen auf Grund der negativen Erfahrungen aus dem Heimatländern oft mit der Angst, dass ihre sexuelle Orientierung aufgedeckt wird und sie dann zu einem Opfer werden. Diese Menschen brauchen einen Schutzraum“, fordert Glas

Da Überführungen aus anderen Bundesländern oder Regierungsbezirken schwierig ist, leben - trotz vieler Anfragen- bisher erst zwei Bewohner in der Einrichtung, zehn sollen es insgesamt werden. Größtes Problem derzeit ist, dass die Wohnung nur zur Zwischennutzung bis Ende des Jahres zur Verfügung steht.

„Die Stadt Nürnberg hat uns aber versichert, dass sie uns Ende des Jahres dabei unterstützt dann auch adäquaten, neuen Wohnraum für unsere Bewohner zu finden“, sagt Glas.

tau

Praxisbeispiel 4: „LesMigraS“

Einsatz für Rechte von LGBTI-Flüchtlingen

Als „Antidiskriminierungs- und Antigewaltprojekt der Berliner LESBENBERATUNG begonnen, berät LesMigras heute auch allgemeiner LGBTI, die als Migrant_innen nach Deutschland kommen.

In ihren lesenswerten Beitrag „Viele schweigen aus Scham“ schildert Saideh Saadat-Lendle von LesMigras ihre Erfahrungen aus der Beratungsarbeit.

Ein Schwerpunkt des Interviews ist eine Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten für LSBTI in Deutschland Asyl zu beantragen.

Magazin.hiv hat diesen Beitrag letzes Jahr online gestellt.
LINK: http://magazin.hiv/2015/08/31/viele-schweigen-aus-scham

tau

Hilfreiche Links mit Fokus LGBTQ-Flüchtlinge:

- LSVD (mehrsprachig) – http://www.queer-refugees.de/
- Les Migras (mehrsprachig): http://www.lesmigras.de
- http://queer-refugees-support.de/ (Queer Refugees Support Hamburg)
- Gladt e.V.: http://www.gladt.de
- Quarteera e.V.: http://www.quarteera.de/home
- http://www.adnb.de/de/
- https://www.schwulenberatungberlin.de/wir-helfen/queere-fluechtlinge/
- https://queer-leben.de

zanzu Mein Körper in Wort und Bild

Darüber hinaus gibt es eine neue Webseite der BZgA für Migrant_innen und Menschen, die Migrant_innen beraten. Die Webseite stellt Gesundheitsinformationen - auch zu HIV/STIs - in unterschiedlichen Sprachen zur Verfügung. www.zanzu.de

tau

Kurzmitteilungen

Infos zur Asyl- und Flüchtlingspolitik

Hier ändert sich gerade ständig etwas, sodass man sich am besten im Internet informiert. Einen guten Überblick liefert der Paritätische Gesamtverband:
www.migration.paritaet.org/nc/fluechtlingshilfe/faq/
Dort finden sich auch viele Arbeitshilfen:

www.migration.paritaet.org/fluechtlingshilfe/arbeitshilfen/

Gute und aktuelle Informationen bietet auch Pro Asyl:
www.proasyl.de/de/themen/rechtspolitik/stellungnahmen/

Gegen Diskriminierung

Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes hat zwei interessante Veröffentlichungen herausgegeben:

1. In der aktuellen Studie „Diskriminierung auf dem Wohnungsmarkt – Strategien zum Nachweis rassistischer Benachteiligungen“ wird der Frage nachgegangen, wo Diskriminierungsrisiken auf dem Wohnungsmarkt bestehen.
2. Die Broschüre „Fair mieten, fair wohnen – gegen rassistische Diskriminierung auf dem Wohnungsmarkt“ richtet sich an Mieter_innen und Beratungsstellen. Sie klärt über die rechtlichen Grundlagen auf und beschreibt anhand von Fallbeispielen aus Beratungsstellen, wo Diskriminierung auf dem Wohnungsmarkt auftritt und was dagegen getan werden kann.

tau

Seminarankündigung

Migration und Trauma

Für das DAH-Seminar „HIV und Trauma“ gibt es noch einige Restplätze

Menschen mit Migrationshintergrund stellen in Bezug auf HIV eine besonders vulnerable Gruppe dar. Viele von ihnen sind aufgrund von Kriegswirren und Gewalterfahrungen nach Deutschland gekommen. Die HIV-Infektion kann dabei intensiv mit den Faktoren verknüpft sein, die zu Flucht und Vertreibung führten. Häufig sind dies Erfahrungen von fortgesetzter (sexueller) Gewalt, die Spuren in Form von psychischen Traumata hinterlassen haben.

Ein Problem ist dabei, dass ein nicht verarbeitetes Trauma wiederum die Verarbeitung der eigenen Infektion erschweren kann. Ein anderes Problem ist, dass sich traumatische Erfahrungen in Betreuungsbeziehungen reinszenieren können. Für Betreuende ist es deshalb von besonderer Bedeutung, spezifische Gegenübertragungsaspekte in der Arbeit mit Traumatisierten verstehen zu können. Auf der Folie konkreter Fälle geht es darum, herauszuarbeiten, wie Migrationserfahrungen, HIV-Infektion und mögliche Traumafolgen im konkreten Betreuungsfall zusammenwirken.

Zielgruppe	Sozialpädagog(inn)en, Psycholog(inn)en, Ärzte/Ärztinnen, Pflegepersonal und andere angestellte Mitarbeiter/innen im Arbeitsfeld HIV und HEP
Leitung	Werner Bock, Dipl.-Sozialpädagoge, Deutsche AIDS-Hilfe e.V. sowie Michaela Müller, Psychologische Psychotherapeutin, München
Ort	Bildungs-und Tagungszentrum Akademie Schönbrunn 85229 Markt-Indersdorf
Termin	09.09.-11.09.2016
Seminarzeiten	Freitag, 16.00 – 21.00 Uhr Samstag, 09.00 – 19.00 Uhr Sonntag, 09.00 – 13.30 Uhr
Teilnahme-gebühr	100,00 € Die Kosten für Unterkunft im Einzelzimmer mit Vollverpflegung sind enthalten. Reisekosten werden nach Maßgabe des Bundesreisekostengesetzes weitgehend erstattet.
Seminarkennzahl	2 B-63170
Anmeldeschluss	Sechs Wochen vor Seminarbeginn
Onlineanmeldung	https://www.aidshilfe.de/event/hiv-psyche-migration-trauma-aufbaukurs

Impressum

HIV-Beratung *aktuell*

Herausgeber
Deutsche AIDS-Hilfe e. V., Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
Fon: 030 690087-0, Fax: 030 690087-42, www.aidshilfe.de

Redaktion/V. i. S. d. P.
Werner Bock, Steffen Taubert

Texte in dieser Ausgabe
Werner Bock (WB), Tanja Gangarova, Antje Sanogo, Steffen Taubert (tau)

Koordination/Kontakt
Steffen Taubert, steffen.taubert@dah.aidshilfe.de

Lektorat eines Teils dieser Ausgabe
Dr. Kirsten Nies, Martin Heiderich

Transkription
Anne Bergmann (Interview „Praxisbeispiel 3“)

Grafikvorlage
Carmen Janiesch