

ROBERT KOCH INSTITUT



HIV/STI-Surveillance bei Migrant/innen aus Subsahara Afrika

Vertiefung der Situationsanalyse
zu Lebenswelten afrikanischer Migrant/innen in Deutschland

Robert Koch-Institut
Abteilung für Infektionsepidemiologie (Abt. 3)
Fachgebiet 34: HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen

DGZ-Ring 1
13086 Berlin

Dezember 2012

Carmen Koschollek
Claudia Santos-Hövenner

Inhalt

<u>I</u>	<u>Einleitung</u>	1
<u>II</u>	<u>Das Wichtigste in Kürze</u>	3
II.a	Die rechtliche Situation afrikanischer Migrant/innen in Deutschland	3
II.b	Die Situation von Migrant/innen ohne legalen Aufenthaltsstatus.....	5
II.c	Das Gesundheitssystem	6
II.d	Lebenswelten	7
<u>III</u>	<u>Die rechtliche Situation afrikanischer Migrant/innen in Deutschland</u>	10
III.a	Die Einreise nach Deutschland.....	10
III.a.i	„Legale“ Einreise mit Visum	10
III.a.ii	„Illegale“ Einreise ohne Visum	11
III.b	Die verschiedenen Aufenthaltstitel	13
III.b.i	Die Aufenthaltsgestattung nach § 55 AsylVfG	13
III.b.ii	Die Bescheinigung über die vorübergehende Aussetzung der Abschiebung (Duldung) nach § 60 a AufenthG.....	16
III.b.iii	Die Aufenthaltserlaubnis	18
III.b.iii.1	Aufenthaltserlaubnisse mit Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz	18
III.b.iii.2	Zwischenfazit Asylbewerberleistungsgesetz und medizinische Versorgung.....	20
III.b.iii.3	Aufenthaltserlaubnisse mit Wohnsitzauflage.....	21
III.b.iii.4	Die übrigen Aufenthaltserlaubnisse.....	22
III.c	Aufenthaltsverfestigung.....	22
III.c.i	Die Niederlassungserlaubnis.....	23
<u>IV</u>	<u>Die Situation von Migranten/innen ohne legalen Aufenthaltsstatus</u>	24
IV.a	Wege in die Illegalität	24
IV.b	Problemlagen illegalisierter Migrant/innen.....	26
IV.b.i	Rechtliche und sozioökonomische Probleme illegalisierter Migrant/innen	26
IV.b.ii	Medizinische Versorgung illegalisierter Migrant/innen	28

<u>V</u>	<u>Das Gesundheitssystem</u>	<u>29</u>
V.a	Zugangswege und Barrieren	29
V.b	Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit.....	31
V.c	Rassismus im deutschen Gesundheitswesen	33
<u>VI</u>	<u>Lebenswelten.....</u>	<u>37</u>
VI.a	Netzwerke und Ressourcen	37
VI.b	Vereine und Schlüsselpersonen.....	39
VI.c	Religion und Tradition.....	43
VI.d	Einstellungen zu HIV/ STI	44
VI.e	Stigmatisierung HIV-Positiver innerhalb afrikanischer Communities.....	46
<u>VII</u>	<u>Literatur</u>	<u>48</u>
<u>VIII</u>	<u>Linkliste.....</u>	<u>57</u>
<u>IX</u>	<u>Anhang A: Das deutsche Asylverfahren.....</u>	<u>58</u>

I Einleitung

Migrant/innen aus Subsahara-Afrika stellen eine in Deutschland vulnerable Gruppe im HIV-Infektionsgeschehen dar. 10-15% der HIV-Erstdiagnosen entfallen auf diese Gruppe (Robert Koch-Institut 2011), wobei etwa 30% dieser Infektionen in Deutschland erworben worden sind (Robert Koch-Institut 2012). Ebenfalls erfolgen die Diagnosen zumeist in einem späten Stadium (Robert Koch-Institut 2011), was darauf zurückzuführen sein könnte, dass Migrant/innen aus Subsahara-Afrika oder auch Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung und besonders zu HIV-Testangeboten haben. Um mehr Informationen zu dieser Zielgruppe zu bekommen, hat das RKI, in enger Zusammenarbeit mit der BZgA, im März 2011 eine Situationsanalyse begonnen, in der relevante Akteure identifiziert, sowie Studien und Präventionsmaßnahmen analysiert wurden. Um den aktuellen Forschungsstand zu HIV bei Migrant/innen aus Subsahara Afrika zu präsentieren, aber auch um Forschungsbedarfe zu definieren und potentielle Zugangswege zu Migrant/innen aus SSA zu diskutieren, fand im November 2011 ein von RKI und BZgA organisiertes Arbeitstreffen statt, bei dem Mitglieder afrikanischer Communities, sowie Vertreter verschiedenen Einrichtungen, die mit Migrant/innen aus SSA arbeiten, geladen.

Hauptaussagen des Workshops waren:

- Ein Forschungsprozess für diese Zielgruppe sollte partizipativ gestaltet werden.
- Es soll eine Steuerungsgruppe Migration gebildet werden.
- Die Situationsanalyse bisher ist nicht ausreichend und sollte vertieft werden.
- Der Nutzen des Forschungsprozesses für die afrikanischen Communities sollte sichergestellt werden.

Die vorliegende Literaturrecherche, deren inhaltliche Struktur während des Arbeitstreffens im November 2011 festgelegt wurde, geht auf die Lebenswelten afrikanischer Migrant/innen in Deutschland ein: Um mögliche Studien zu sexueller Gesundheit und auch zu HIV in dieser Zielgruppe besser planen zu können, ist es zunächst notwendig, die rechtlichen Bedingungen zu kennen, denen ein Teil der afrikanischen Migrant/innen ausgesetzt sind. Auch wird hier die Lebenssituation von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus beschrieben. Darüber hinaus wird auf afrikanische Migrant/innen als Patienten im deutschen Gesundheitswesen eingegangen. Welche Zugangswege werden genutzt und welche Barrieren gibt es? Gibt es ein anderes Verständnis von Gesundheit und Krankheit, was die Zielgruppe vielleicht daran hindert, Präventionsangebote in Anspruch zu nehmen? Welchen Teil tragen hier ansässige

Ärzte und Pflegepersonal sowie allgemein die Institutionen des Gesundheitssystems dazu bei, dass der Weg zum Arzt möglicherweise aufgeschoben wird? Im dritten Teil soll auf mögliche Zugangswege zur Zielgruppe eingegangen werden. Welche Netzwerke bestehen unter Afrikaner/innen? In welchen Vereinen sind Afrikaner/innen organisiert? Wo treffen sie sich? Wer könnten mögliche Schlüsselpersonen zur Community sein? Da Kirchen und Religionsgemeinschaften sowohl als Treffpunkte aber auch als Ressource eine besondere Rolle spielen, wird auf diese gesondert eingegangen. Dies hängt auch damit zusammen, dass Religion und Tradition eine wichtige Rolle dabei spielen, welche Einstellungen es in Bezug auf HIV/STIs gibt bzw. ob und wie diese vor der eigenen Community vertreten werden können. Ebenfalls wird in diesem Zusammenhang auf die Stigmatisierung HIV-Positiver innerhalb afrikanischer Communities eingegangen.

II Das Wichtigste in Kürze

II.a Die rechtliche Situation afrikanischer Migrant/innen in Deutschland

Die Einreise nach Deutschland kann für afrikanische Migrant/innen entweder auf legale Weise mit einem Visum oder auf illegale Weise ohne ein solches Dokument stattfinden. Ein Visum wird von der deutschen Botschaft oder einem Generalkonsulat im Herkunftsland erteilt und ist an einen bestimmten Zweck gebunden. Wird ein Visum zum längerfristigen Aufenthalt in Deutschland beantragt, beispielsweise zum Zweck des Studiums, so erfolgt im Anschluss an die Einreise die Beantragung einer Aufenthaltserlaubnis zum selben Zweck. Notwendig für die Erteilung eines Visums ist immer der Nachweis eigener Mittel zur Sicherung des Lebensunterhaltes bzw. ggf. eine Verpflichtungserklärung einer die Kosten für den Aufenthalt tragenden Person sowie die Sicherstellung ausreichenden Krankenversicherungsschutzes. Weigert sich die Reisekrankenversicherung im Falle einer Krankheit die Kosten zu übernehmen, so wird derjenige zur Übernahme herangezogen, der die Verpflichtungserklärung unterzeichnet hat.

Im Falle der Einreise ohne Visum¹ ins Bundesgebiet hält sich die entsprechende Person unrechtmäßig hier auf und hat zwei Möglichkeiten, einen rechtmäßigen Aufenthaltsstatus zu erwerben. Zum einen kann sie Asyl beim Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge (BAMF) beantragen, zum anderen besteht die Möglichkeit der Beantragung einer Aufenthaltserlaubnis aus humanitären Gründen (nach § 25 Abs. 5 Aufenthaltsgesetz (AufenthG)) bei der Ausländerbehörde. Obgleich die zweite Möglichkeit einen Aufenthaltstitel mit weniger ‚Privilegien‘ nach sich zieht, wird sie häufiger genutzt, denn die Verteilung in dieselbe Gemeinde, in der die betreffende Person ansässig ist, ist wesentlich wahrscheinlicher als bei der Stellung eines Asylantrages. In beiden Fällen kann für HIV-Positive eine Aufenthaltserlaubnis im Falle nicht vorhandener oder finanzierbarer Behandlungsmöglichkeiten im Herkunftsland ermöglicht werden, die Antragsstellung bei der Ausländerbehörde hat jedoch zur Konsequenz, dass entsprechende Personen unter den Leistungsumfang des Asylbewerberleistungsgesetzes fallen.

Der Aufenthaltsstatus ist letztlich davon abhängig, wie und zu welchem Zweck ein/e Migrant/in nach Deutschland eingereist ist. Grundsätzlich ist zu sagen, dass die Status, die

¹ Es gibt natürlich auch Staaten, mit denen Abkommen geschlossen wurden, so dass deren Bürger auch ohne Visum nach Deutschland einreisen und sich hier aufhalten können. Migrant/innen mit Staatsangehörigkeiten afrikanischer Staaten befinden sich nicht in einer solch privilegierten Situation, dass ihre Einreise ohne Visum legal möglich ist.

unter den Leistungsbereich des Asylbewerberleistungsgesetzes fallen, die weniger privilegierten Status sind. Dies ist zum einen der Fall, da Ihnen finanzielle Mittel unterhalb der Sätze des SGB II zur Verfügung stehen, die Aufenthaltstitel immer mit einer Wohnsitzauflage (auch bekannt als „Residenzpflicht“) verbunden sind und die medizinische Versorgung sich auf akute Fälle beschränkt. Was in diesem Zusammenhang als akut zu werten ist, bestimmt darüber hinaus häufig nicht die/der Ärzt/in, sondern die/der Sozialamtsmitarbeiter/in, bei dem der Krankenschein zur Kostenübernahme der ärztlichen Behandlung zunächst beantragt werden muss. Status im Leistungsbereich des Asylbewerberleistungsgesetzes sind die Aufenthaltsgestattung während des Asylverfahrens², der Status der Duldung, die gleichbedeutend ist mit einer nicht vollziehbaren Ausreisepflicht, so wie einige Aufenthaltserlaubnisse, die ausreisepflichtige Migrant/innen u.U. erhalten (nach § 25 Abs. 4 Satz 1, § 25 Abs. 4 a und 4 b sowie § 25 Abs. 5 AufenthG).

Eine weitere Einschränkung bringen Aufenthaltstitel mit sich, wenn sie mit einer Wohnsitzauflage versehen sind. Dies bedeutet, dass die/der Inhaber/in dieses Titels bundeslandabhängig entweder den Landkreis oder das Bundesland nicht ohne Zustimmung der Ausländerbehörde verlassen darf. Diese Auflage kann in Bezug auf die medizinische Versorgung dann Schwierigkeiten mit sich bringen, wenn ein/e Facharzt/in im anderen Landkreis oder Bundesland niedergelassen ist und erst eine Verlassenserlaubnis beantragt werden muss, bevor betreffende Person dort vorstellig werden kann. So kann es zu verzögerter oder gar, wenn die Verlassenserlaubnis nicht erteilt wird, zu einer nicht stattfindenden Behandlung kommen. Mit einer solchen Wohnsitzauflage sind die Aufenthaltsgestattung, die Duldung sowie alle humanitären Aufenthaltstitel (nach §§ 22 bis 26 AufenthG mit Ausnahme von Asylberechtigten (§ 25 Abs. 1 AufenthG) Flüchtlingen (§ 25 Abs. 2 AufenthG)) verbunden.

Bezüglich der übrigen Aufenthaltserlaubnisse ist festzuhalten, dass es für Inhaber/innen dieser nicht einfach ist, in die gesetzliche Krankenversicherung zu kommen. Am ehesten ist dies möglich über eine Familienversicherung oder die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Ist eine solche Versicherung auf Grund eines mangelnden versicherten Familienmitgliedes oder auf Grund der nicht vorhandenen Erwerbstätigkeit nicht möglich und werden diese Personen nicht von einer gesetzlichen Krankenkasse aufgenommen, so können und müssen sie sich zum Basistarif in einer privaten Krankenversicherung versichern.

² Für Inhaber dieses Titels gelten häufig noch weitere Einschränkungen, wie die Unterbringung in Sammelunterkünften oder die Ausgabe von Wertgutscheinen oder Sachleistungen an Stelle von Bargeld.

Ist ein/e Migrant/in Inhaber/in eines eher unsicheren Aufenthaltstitels, so kommt eine Aufenthaltsverfestigung über eine Eheschließung mit oder die Geburt eines Kindes von einem/r Deutschen oder einem/r Migrant/in mit sicherem Aufenthaltsstatus in Frage. Vor dem Hintergrund einer Ehe machen sich jedoch gerade Frauen erpressbar, da sie erst nach drei Jahren Ehe ein eigenständiges Aufenthaltsrecht unabhängig vom Ehepartner erwerben können. Bei häuslicher Gewalt oder Gewalt gegen die gemeinsamen Kinder stellt dies gerade für Frauen ein Hindernis dar sich zu trennen bzw. scheiden zu lassen. Eine Scheidung in einem solchen Fall ist zwar möglich, die Unzumutbarkeit des weiteren Zusammenlebens muss jedoch bewiesen werden. Ebenfalls besteht für geduldete Migrant/innen für die Zeit der Prüfung der Heiratspapiere kein Abschiebeschutz, was im Falle eines wegfallenden Abschiebehindernisses trotz geplanter Hochzeit zur Abschiebung führen kann. Der sicherste Aufenthaltsstatus für eine/n Migrant/in in Deutschland ist die unbefristete Niederlassungserlaubnis, die je nach Aufenthaltstitel nach verschiedenen Fristen erteilt werden kann.

II.b Die Situation von Migrant/innen ohne legalen Aufenthaltsstatus

In die Illegalität ‚rutschen‘ Afrikaner/innen insbesondere nach abgelehntem Asylantrag, nach Ablauf des Visums zu beispielsweise Studienzwecken oder nach unerlaubter Einreise ab. Theoretisch treffen die Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes auch auf Migrant/innen ohne legalen Aufenthaltsstatus zu. Die Leistungen können jedoch rein praktisch nicht in Anspruch genommen werden, da dies eine Registrierung bei den Ausländerbehörden voraussetzen würde, was bei ausreisepflichtigen Migrant/innen jedoch die Abschiebung nach sich ziehen würde. Illegalisierte Migrant/innen sind demnach auf illegale Erwerbsarbeit angewiesen, um ihren Lebensunterhalt zu erwirtschaften. Da sie keine rechtliche Handhabe im Falle nicht erfolgreicher Lohnzahlungen haben, machen sie sich erpressbar. Würden sie Anzeige erstatten, so hätte die/der zuständige Richter/in im Falle eines Verfahrens die Pflicht, die bekannt gewordene Statuslosigkeit den Ausländerbehörden zu übermitteln (Übermittlungspflicht). Bis 2009 traf dies im Falle eines Krankenhausaufenthaltes auch auf die Sozialamtsmitarbeiter/innen zu, an die sich die Verwaltungsmitarbeiter/innen des Krankenhauses zu Abrechnungszwecken wandten, was zu ‚Abschiebungen aus dem Krankenbett‘ heraus führte. Seit 2009 gilt daher in einem solchen Falle der verlängerte Geheimnisschutz (der sich aus der ärztlichen Schweigepflicht ergibt), der die Sozialamtsmitarbeiter/innen von der Übermittlungspflicht entbindet. In manchen Krankenhäusern hingegen ergibt sich hin und wieder aus der nicht geklärt scheinenden Kostenfrage die Ablehnung der Behandlung von Menschen ohne Papiere – dies kam und

kommt auch in Notfällen vor, in denen ein Krankenhaus eine Behandlung rein rechtlich überhaupt nicht verweigern *darf*.

II.c Das Gesundheitssystem

Für die genannten Gruppen, also diejenigen mit unsicherem Aufenthaltsstatus sowie die illegalisiert hier Lebenden, wird der Zugang zum Gesundheitssystem v.a. durch die rechtlichen Regelungen erschwert. Doch der Zugang ist ebenfalls für Afrikaner/innen mit gesichertem Aufenthaltsstatus sowie auch für die hier geborenen Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund nicht immer einfacher. Gründe dafür gibt es eine Reihe: Kommunikationsschwierigkeiten bezeichnen hier einerseits Probleme, die durch ungenügende Deutschkenntnisse seitens der Migrant/innen bzw. ungenügender Englisch- oder Französischkenntnisse seitens des medizinischen Personals, den Mangel an qualifizierten Dolmetscher/innen etc. entstehen, aber auch durch ein unterschiedliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Hierdurch können Unsicherheiten nicht immer ausgeräumt sowie die Diagnosestellung verzögert werden. Ebenfalls kann hierdurch auf beiden Seiten Frustration entstehen, was sich auch auf die Interaktion zwischen Patient/in und Ärzt/in auswirken kann – die/der Patient/in fühlt sich unverstanden oder nicht ernst genommen und die/der Ärzt/in geht möglicherweise von vornherein von stigmatisierenden, „kulturspezifischen Syndromen“ (s.u.) und Diagnosen wie dem „Heimatsyndrom“ aus. Ein weiteres Problem besteht darin, dass das deutsche Gesundheitssystem sehr weit ausdifferenziert und daher möglicherweise schwer zu überschauen ist. Dies könnte ein Grund dafür sein, dass von vielen Migrant/innen (nicht nur Afrikaner/innen) weniger Früherkennungs- und Präventionsangebote genutzt, dafür aber vermehrt Notaufnahmen aufgesucht werden. Als eine weitere Zugangsbarriere konnten die Kosten identifiziert werden, angefangen bei der Notwendigkeit der Zahlung der Praxisgebühr bis hin zu den Kosten für Medikamente. Häufig wird deshalb mit einer (schulmedizinischen) Behandlung gewartet und zunächst auf Herbalmedizin zurückgegriffen.

Hinsichtlich der Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit scheint für einige afrikanische Migrant/innen eine enge Verbindung zu bestehen mit der Religion, dem Glauben oder ihren Ahnen. Auch in der Nutzung von Herbalmedizin und dem Aufsuchen von Heilern – was vorwiegend bei akuten Beschwerden erfolgt – spiegelt sich ein anderes Verständnis von Krankheit wieder, welches traditionell-kulturell geprägt ist. Durch dieses Verständnis, das von dem in der Aufnahmegesellschaft vorherrschenden abweicht, kann es auch zu Missverständnissen in der Arzt-Patienten-Kommunikation kommen.

Rassismus im deutschen Gesundheitswesen besteht hinsichtlich dreier Ebenen: i. es gibt Unterschiede in der Therapie und Behandlung, ii. Unterschiede beim Zugang zum Gesundheitssystem sowie iii. Unterschiede hinsichtlich des Exponiertseins gegenüber Risikofaktoren. Unterschiede in Therapie und Behandlung entstehen einerseits durch misslingende Kommunikation zwischen Ärzt/in und Patient/in, aber auch durch Vorurteile, wodurch manche Untersuchungen nicht durchgeführt werden (s.u.). Dass der Zugang zum Gesundheitssystem schon allein aus strukturellen Gründen für manche Migrantengruppen eingeschränkt ist, ergibt sich, wie erwähnt, durch die Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes. So sind Migrant/innen mit unsicherem oder ohne Status stärker Risikofaktoren ausgesetzt, die ebenfalls zum Teil strukturell durch das Asylbewerberleistungsgesetz bedingt sind (z.B. Lagerunterbringung mit einem Mangel an Privatsphäre, Ruhe u.ä.), andererseits ist die Mehrheitsgesellschaft der Angst vor Abschiebung nicht ausgesetzt. Von Rassismus im Gesundheitssystem kann auch dann gesprochen werden, wenn Patienten/innen auf Grund von Sprachdifferenzen oder gar auf Grund des Namens (s.u.) die Behandlung gänzlich verweigert wird.

II.d Lebenswelten

Das Knüpfen von Netzwerken unter afrikanischen Migrant/innen ist durch die Verbreitung des Internet in den vergangenen Jahren einfacher geworden. Die wichtigsten Anknüpfungspunkte sind und bleiben nach Ankunft in Deutschland jedoch noch immer Freund/innen und Familie. Da (oder obwohl) die „afrikanische Diaspora“ in Deutschland vergleichsweise klein ist, sind die Netzwerkstrukturen gut entwickelt, um durch Bekannte auch Kontakte in andere Städte knüpfen zu können, wenn z.B. durch den Wechsel des Studienortes ein Umzug nötig wird. Treffpunkte für afrikanische Migrant/innen stellen neben der Universität v.a. Kirchen, Feste und das Fußballspielen dar, wodurch Kontakte in der eigenen Stadt zu Stande kommen und gefestigt werden.

Vernetzung unter afrikanischen Migrant/innen ist sowohl für legal in Deutschland Lebende als auch für illegal Aufhältige sehr wichtig. Geht es für die erste Gruppe neben Heimatgefühl, Verständnis und Austausch auch um Ablenkung vom Alltag in Deutschland, ist die Vernetzung für die zweite Gruppe sozusagen überlebenswichtig, nämlich um Hilfe bei der Arbeits- oder Wohnungssuche oder auch bei gesundheitlichen Problemen zu finden. Darüber hinaus ist die Community v.a. dann wichtig, wenn es um Selbstidentifikation und –definition in einer den Einzelnen nicht selten ausgrenzenden Gesellschaft geht. Die Themen, die dabei in den Untergruppen der Community behandelt werden, sind sehr breit gefächert und

reichen von Politik über Entwicklungs- und Friedensarbeit, Integrationshilfe im Aufnahmeland, Kultur und Religionsausübung.

Sowohl in wissenschaftlichen Publikationen als auch durch eine kurze Internetrecherche finden sich sehr viele Hinweise auf Vereine mit Bezug zu Afrika; bei einer nicht unerheblichen Anzahl ist aber nicht klar ob diese aktiv sind. Im Hinblick auf die Identifikation möglicher Schlüsselpersonen sind somit Vereine, die auf lokaler Ebene arbeiten und auch Treffen organisieren, interessanter. Bei einigen dieser Vereine ist das die Mitglieder verbindende Element der Sport bzw. im Speziellen der Fußball. Aber auch die Religionsausübung verbindet afrikanische Migrant/innen in den verschiedensten Religionsgemeinschaften. Zudem gibt es eine Vielzahl an afrikanischen Studentenvereinen. Schlüsselpersonen, also die Türöffner zur Community, können Trainer/innen und Mannschaftskapitäne in Sportvereinen, Pastoren und Imame in Religionsgemeinschaften sowie in studentischen Zusammenschlüssen die Vereinsvorsitzenden sein. Allerdings können auch andere Personen, die im Lebensumfeld von Afrikaner/innen eine Rolle spielen wie Besitzer/innen von und Mitarbeiter/innen in Afro-Shops oder afrikanischen Restaurants, von Diskotheken, Call-Centern oder Internet-Cafés, Schlüsselpersonen sein.

Wie bei anderen Migrantengruppen, scheinen für afrikanische Migrant/innen im neuen Lebensland neben der Community und den Netzwerken auch Religion und Tradition von besonderer Bedeutung zu sein. Traditionelle Werte werden häufig mehr betont als es im Herkunftsland üblich ist, was zu Identifikationsproblemen für die in Deutschland geborene ‚zweite Generation‘ führen kann. Auch die Religion stellt eine Ressource dar, wenn es darum geht in der Diaspora traditionelle Werte und die damit zusammenhängende eigene Identität zu bewahren. In Bezug auf die Religionszugehörigkeit scheinen christliche Kirchen ‚exklusiver afrikanisch‘ zu sein als dies auf islamische Gemeinschaften zutrifft. Letztere sind eher vermischt, auch mit Gläubigen aus Nordafrika oder dem arabischen Raum. Der größere Teil der gläubigen afrikanischen Migrant/innen in Deutschland dürfte einer christlichen Religionsgemeinschaft anhängen, die übrigen Gläubigen dem Islam oder traditionellen afrikanischen Religionen.

Ebenso wie im Zusammenhang mit den Einstellungen gegenüber Gesundheit und Krankheit stehen Religion sowie Tradition auch in Verbindung mit den Einstellungen bezüglich HIV und anderen STIs. HIV als besonders harter Schicksalsschlag wird von einigen afrikanischen Migrant/innen ebenso wie andere Krankheiten als Strafe Gottes angesehen, ein gottgefälliges Leben wird demnach als ausreichender Schutz angesehen. Zum Teil wird dies auch in den Kirchen propagiert, anstatt dass Aufklärung betrieben wird. Auch steht HIV gedanklich noch häufig in Zusammenhang mit Prostitution und Untreue, weshalb die

Auseinandersetzung mit dem Thema, aber auch der Gebrauch von Kondomen eher verpönt ist. Ebenfalls ist die Tabuisierung des Themas Sexualität in diesem Zusammenhang problematisch, da ein offener Umgang mit dem Thema und damit die Möglichkeit, sich Wissen anzueignen und dieses weiter zu verbreiten eher erschwert ist. Das mangelnde Wissen führt zu unnötig großer Angst, woraus die Isolation und die Marginalisierung HIV-Positiver resultieren können. Andererseits wird das Aneignen von Wissen auch dadurch verhindert oder zumindest aufgeschoben, da durch die rechtliche Situation von v.a. Asylbewerber/innen, Geduldeten und illegal Aufhältigen andere Probleme wesentlich dringender erscheinen und aus Sicht des Einzelnen vermutlich auch sind.

Vor diesem Hintergrund verwundert das Stigmatisierungspotential im Falle einer HIV-Infektion in der eigenen Community nicht. Aus Angst mit unmoralischem (Sexual-)Verhalten in Zusammenhang gebracht zu werden, aber auch aus Angst vor Ablehnung im Falle der Offenlegung des positiven Serostatus isolieren sich die Betroffenen oft selbst oder werden gar bei offenem Umgang mit der Infektion von anderen ausgeschlossen auf Grund mangelnden Wissens und der daraus resultierenden Angst, sich selbst zu infizieren. Da die Communities in Deutschland eher überschaubar sind, besteht ebenfalls die Angst vor Gerede und Lästereien. Die Geheimhaltung der Infektion birgt jedoch ebenfalls Probleme, nämlich dann, wenn neue Beziehungen eingegangen werden sowie dann, wenn auf den Gebrauch von Kondomen bestanden wird. Die Preisgabe der Infektion ist in beiden Fällen nicht auszuschließen. So werden Betroffene möglicherweise eher die Isolation wählen, was zu psychischen Störungen oder Depressionen führen kann, die dem Therapieerfolg eher nicht dienlich sein werden.

III Die rechtliche Situation afrikanischer Migrant/innen in Deutschland

In diesem Kapitel soll zunächst die rechtliche Situation der in Deutschland lebenden afrikanischen Migrant/innen betrachtet werden. Zunächst wird auf die Einreisemöglichkeiten nach Deutschland eingegangen, um auf erste Hürden hinzuweisen, die sich daraus ergeben können. Anschließend werden die verschiedenen Aufenthaltstitel betrachtet, da sie mit unterschiedlichen Rechten aber auch Restriktionen verbunden sind. Auf solche Restriktionen wird insbesondere in Bezug auf die medizinische Versorgung eingegangen. Am Ende dieses Kapitels werden Strategien der Aufenthaltsverfestigung und damit einhergehende mögliche Probleme betrachtet.

III.a Die Einreise nach Deutschland

Die Einreise nach Deutschland erfolgt seitens afrikanischer Migrant/innen auf sehr unterschiedliche Weise. Viele möchten studieren und reisen mit einem Visum ein, wieder andere haben Verwandte in Deutschland und reisen, ebenfalls mit einem Visum, zum Zweck der Familienzusammenführung ein. Wieder andere jedoch möchten vielleicht einen Asylantrag stellen, da sie in ihrem Heimatland politischer oder religiöser Verfolgung ausgesetzt sind. Diese Personengruppe reist vermutlich eher nicht mit einem Visum ein. Diese verschiedenen Einreisemöglichkeiten werden im Folgenden betrachtet.

III.a.i „Legale“ Einreise mit Visum

Die legale Art der Einreise nach Deutschland erfolgt für afrikanische Migrant/innen über die Beantragung eines Visums im Herkunftsland. Es gibt unterschiedliche Visa: Ein Visum der Kategorie C, das sog. Schengen-Visum, stellt ein Touristen- bzw. Besuchervisum dar, das seiner Art nach auf einen kurzfristigen Aufenthalt abzielt. Kurzfristig bedeutet hierbei, dass es zum Aufenthalt von maximal drei Monaten pro Halbjahr berechtigt. Je nach Visum ist hiermit eine Ein- oder auch Mehrfacheinreise möglich. Verlängert werden kann ein solches Visum um maximal drei Monate „nur aus völkerrechtlichen oder humanitären Gründen oder zur Wahrung politischer Interessen“ (Hügel 2013 S. 7, H.i.O.). Das nationale Visum der Kategorie D zielt hingegen auf einen längeren, zweckgebundenen Aufenthalt ab. Erteilt wird ein solches Visum ebenfalls über die deutsche Botschaft oder ein Generalkonsulat im Herkunftsland, allerdings in Abstimmung mit den Ausländerbehörden in Deutschland, die sich wiederum z.T. je nach Visumzweck zunächst mit der Bundesagentur für Arbeit verständigen. Nach der Einreise mit einem solchen Visum, beispielsweise zum Zwecke des

Studiums, folgt die Beantragung einer Aufenthaltserlaubnis zum selben Zweck. Visa der Kategorie D können nach den Vorschriften des Aufenthaltsgesetzes verlängert werden. Im Fall, dass nach Ablauf des Visums noch keine Aufenthaltserlaubnis erteilt ist, wird eine sog. Fiktionsbescheinigung ausgestellt, die zum Aufenthalt berechtigt, aber genauso wenig wie ein Visum den Eintritt in das deutsche Sozialsystem zulässt. Nach Auskunft einer Kölner Beratungsstelle findet diese Praxis, also die Visumsverlängerung bzw. die Ausstellung von Fiktionsbescheinigungen, immer häufiger Anwendung.

Die Erteilung eines Visums ist an eine Reihe von Bedingungen geknüpft. Sie setzt u.a. den Nachweis eigener Mittel bzw. eine Verpflichtungserklärung des Einladenden voraus und es muss darüber hinaus Krankenversicherungsschutz (Reisekrankenversicherung) bestehen. Zu Problemen im Krankheitsfall in Deutschland kann es jedoch trotzdem kommen, da die/der Unterzeichner/in der Verpflichtungserklärung zur Übernahme der Behandlungskosten herangezogen werden kann. Dies ist v.a. dann der Fall, wenn Reisekrankenversicherungen die Zahlung verweigern, wenn sie vermuten, dass die Erkrankung bereits bei Vertragsabschluss bestand. Wichtig ist ebenfalls, dass für die Erteilung eines kurzfristigen Schengen-Visums die Plausibilität und Nachvollziehbarkeit des Reisezwecks in Deutschland deutlich und glaubhaft gemacht werden muss. Dies kann insbesondere dann Konsequenzen haben, wenn mit einem solchen Visum in Deutschland geheiratet wird und eine Rückreise ins Herkunftsland zur Beantragung des nationalen Visums zur Familienzusammenführung erfolgt. Es ist möglich, dass es dann Schwierigkeiten bei der Beantragung des Visums bzw. später bei der Aufenthaltserlaubnis gibt, da die deutsche Ausländerbehörde Täuschung hinsichtlich des Einreisezwecks bei der Erteilung des ersten Visums annehmen kann (vgl. § 5 Abs. 2 AufenthG).

Es ist festzuhalten, dass es abhängig von der Art des Visums ist, ob und wenn ja die Beantragung welchen Aufenthaltstitels anschließend in Deutschland möglich ist.

III.a.ii „Illegale“ Einreise ohne Visum

„Illegale“ Einreise ins Bundesgebiet meint die Einreise ohne gültiges Visum. Zu den Formen der illegalen Einreise zählen die folgenden: „ (1) Missbrauch der visumfreien Einreise, (2) Einreise mit gefälschten oder manipulierten Dokumenten ^[3], (3) Einreise mit einem durch falsche Angaben erschlichenen Visum und (4) Einreise ohne erforderliche Dokumente“

³ Im Sample von Fleischer (2007) (N=24) erfolgte die Einreise nach Deutschland auf diesem Wege von zwei ihrer kamerunischen Interviewpartner/innen. Die Personalausweisbeschaffung erfolgte hierbei durch Kontakte in Frankreich (Vgl. Fleischer 2007: 16).

(Cyrus 2004: 15)⁴. Nach einer solchen unrechtmäßigen Einreise hält sich die betreffende Person illegal im Bundesgebiet auf und hat anschließend zwei Möglichkeiten, einen legalen Aufenthaltsstatus zu erhalten.

Die erste Möglichkeit ist die Asylantragsstellung beim Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Asyl kann beantragt werden, indem sich die betreffende Person bei einer offiziellen Stelle im Inland (z.B. bei der Polizei) als Asyl Suchend zu erkennen gibt. Über die nächstgelegene Erstaufnahmeeinrichtung wird die/der Asyl Suchende entsprechend dem Verteilungssystem ‚EASY‘ quotenabhängig an das für ihn zuständige Bundesland und die sich dort befindliche Aufnahmeeinrichtung weitergeleitet, die für ihre/seine Unterbringung sorgt. Die Asylantragsstellung erfolgt anschließend in einer Außenstelle des BAMF. Während des laufenden Asylverfahrens⁵ erhält er eine Aufenthaltsgestattung, die zwar keinen gültigen Aufenthaltstitel begründet, Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz werden jedoch gewährt (Näheres dazu im folgenden Kapitel).

Die zweite Möglichkeit, die eine illegal eingereiste Person hat, einen legalen Aufenthaltsstatus zu erwerben, ist die Beantragung einer Aufenthaltserlaubnis aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen (nach § 25 Abs. 5 Aufenthaltsgesetz (AufenthG)) bei der zuständigen Ausländerbehörde. Als solcher Grund gilt beispielsweise Reiseunfähigkeit im Krankheitsfall. Auch bei diesem Verfahren erfolgt seit 2005 theoretisch eine quotenabhängige Verteilung der Antragssteller über das Bundesgebiet (nach § 15a AufenthG), wenn jedoch die Kommune, in der er sich aufhält, die Quote noch nicht erfüllt hat, wird er in der Regel dieser zugewiesen. Im Vergleich zum ‚EASY-Verfahren‘ bei der Asylantragsstellung sind die Chancen, in der Kommune verbleiben zu können, demnach wesentlich größer.

Hier zeigen die Erfahrungen einer Kölner Beratungsstelle, dass die Zuweisungen zur Kommune ausschlaggebend sind, die zweite Möglichkeit bevorzugt zu nutzen, auch wenn dies mit einem ‚schlechteren‘ Aufenthaltstitel verbunden ist. Im Falle einer HIV-Infektion kann bei Asylantragsstellung möglicherweise subsidiärer Schutz gewährt werden (nach § 25 Abs. 3 AufenthG), wenn weder die Anerkennung als Asylberechtigter noch die Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft positiv beschieden wurde. Einen solchen Aufenthaltstitel erhalten HIV-Positive dann, wenn Abschiebungshindernisse wegen Gefahr für Leib und Leben bestehen, es also keine Behandlungsmöglichkeit im Herkunftsland gibt oder diese nicht finanzierbar wäre. Ein solcher Aufenthaltstitel ist dahingehend ‚besser‘, da diejenigen, die

⁴ Genauere Ausführungen zu diesen Formen finden sich dort ebenfalls.

⁵ Der Ablauf des deutschen Asylverfahrens ist zur Vertiefung ausführlich in Anhang A dargelegt.

ihn innehaben, keine (eingeschränkten) Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz beziehen. Wird hingegen auf Grund einer HIV-Infektion⁶ eine Aufenthaltserlaubnis aus humanitären Gründen (nach § 25 Abs. 5 AufenthG) bei der Ausländerbehörde gestellt, so fällt der Inhaber dieses Titels unter den Leistungsbereich des Asylbewerberleistungsgesetzes und hat damit schlechteren Zugang zur medizinischen Versorgung.

III.b Die verschiedenen Aufenthaltstitel

Im Anschluss an die Darstellung der verschiedenen Einreisemöglichkeiten werden nun die verschiedenen Aufenthaltsstatus, die daran anschließen (können) beschrieben. Hierbei wird auf Einschränkungen rechtlicher Natur eingegangen, die insbesondere auch Einfluss auf die Gesundheitsversorgung der Migrant/innen mit den entsprechenden Aufenthaltstiteln haben.

III.b.i Die Aufenthaltsgestattung nach § 55 AsylVfG

Eine Aufenthaltsgestattung nach § 55 AsylVfG erhält ein/e Migrant/in dann, wenn sie/er einen Asylantrag gestellt hat und dieser vom BAMF noch nicht entschieden ist. Die Aufenthaltsgestattung an sich stellt jedoch keinen Aufenthaltstitel dar, sondern erklärt nur, dass eine Asylantragsstellung erfolgte. Wird über diesen Antrag entschieden, so erlischt die Gestattung und der Aufenthalt wird entweder mit einem gültigen Aufenthaltstitel legitimiert oder aber es kommt zur Ausreisepflicht bei negativer Entscheidung über den Asylantrag. Mit der Asylantragsstellung und der Aufenthaltsgestattung sind in Stichworten häufig, aber nicht immer, verbunden: Residenzpflicht, Sammelunterkünfte und Sachleistungen bzw. Gutscheine.

Hinsichtlich der sozioökonomischen Situation ist festzuhalten, dass Migrant/innen mit Aufenthaltsgestattung Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beziehen. Den Kreis der Anspruchsberechtigten legt § 1 AsylbLG fest. Die finanziellen Leistungen nach AsylbLG lagen bis vor kurzem noch etwa $\frac{1}{3}$ unter dem Existenzminimum des ALG II (bis zu 37% unter den ALG II Sätzen) (Vgl. Flüchtlingsrat Baden-Württemberg e.V. (Hg.) - Redaktion 2010) für diejenigen, die dezentral untergebracht sind (Vgl. Kohlmeyer-Kaiser 2010). Durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG 1 BvL 10/10 vom 18.7.2012 Absatz-Nr. (1 - 140)) wurden die Leistungen seit Beschließen des Gesetzes 1993 nun zwar weitgehend an das Arbeitslosengeld II angepasst, dem Sachleistungsprinzip wird in einem ersten Gesetzesentwurf jedoch weiterhin Vorrang eingeräumt (Preuß 2012). Dieses Sachleistungsprinzip regelt § 3 AsylbLG. So sollen Grundleistungen bei zentraler

⁶ Dies ist bei Vorlage des Nationalpasses möglich, wenn Reiseunfähigkeit besteht oder keine Behandelbarkeit im Herkunftsland gegeben ist.

Unterbringung in Lagern vorwiegend als Sachleistungen bzw. wenn dies nicht möglich ist, „in Form von Wertgutscheinen oder anderen vergleichbaren unbaren Abrechnungen gewährt werden“ (§ 3 Abs. 1 AsylbLG). Kritikwürdig ist am Gutscheinsystem neben einem möglichen Stigmatisierungspotential auch das mangelnde Zutrauen in souveräne Kaufentscheidungen seitens der Flüchtlinge. Darüber hinaus nehmen nur ausgewählte Geschäfte die Gutscheine überhaupt an (Vgl. PRO ASYL e.V. and Interkultureller Rat in Deutschland e.V. (Hg.) 2011) und es muss ebenfalls für den nahezu exakten Wert des Gutscheins eingekauft werden, da Wechselgeld nicht herausgegeben wird, was die „ohnehin geringen Leistungen, die Flüchtlinge nach dem AsylbLG erhalten, [...] faktisch noch weiter herab(ge)setzt“ (PRO ASYL e.V. and Interkultureller Rat in Deutschland e.V. (Hg.) 2011). Ähnliches gilt für die Lebensmittelpakete, die oft in den Lagern verteilt werden. Einerseits wurde beobachtet, dass verdorbene Lebensmittel ausgegeben werden, andererseits führt der meist gleiche Inhalt dieser Pakete (Vgl. Linder 2010) zu unausgewogener Ernährung und missachtet kulturelle Ernährungsgewohnheiten (Vgl. PRO ASYL e.V. and Interkultureller Rat in Deutschland e.V. (Hg.) 2011).

Da Mittel nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zum Teil als Sachleistungen gewährt werden bzw. Geldleistungen momentan noch geringer als das Existenzminimum des ALG II sind, ist es entsprechend schwierig, den für das Asylverfahren oft notwendigen Anwalt zu bezahlen (Vgl. PRO ASYL e.V. and Interkultureller Rat in Deutschland e.V. (Hg.) 2011) oder z.B. den Kindern kleine Wünsche zu erfüllen. Gerade für Jugendliche, die in der Schule dem sozialen Druck der Mitschüler/innen ausgesetzt sind, birgt dies Gefahren der Ausgrenzung bzw. (selbstgewählten) Isolation. Diese Problematik wird weiterhin dadurch verschärft, dass es Asylbewerber/innen zum einen durch die räumliche Lage der Gemeinschaftsunterkünfte, (oft) aber auch durch die rechtlichen Rahmenbedingungen (zumindest für die ersten zwölf Monate) in Deutschland nicht möglich ist, einer (legalen) Arbeit nachzugehen (Vgl. Linder 2010). Somit kann es auch dazu kommen, dass Flüchtlinge illegalen Geschäften wie Drogenhandel o.ä. nachgehen, um entweder Geld für die Anwaltskosten oder Dinge des alltäglichen Bedarfs wie neue Kleidung zu verdienen (Vgl. Mangandango 2004)⁷. Darüber hinaus kann auch „Je nach Aufenthaltsstatus(...) die Nachrangigkeitsbestimmung geltend gemacht werden. Dabei kann eine Beschäftigung erst eingegangen werden, wenn diese nicht

⁷ Ein Interviewpartner von Mangandango (2004) spricht explizit an, dass es genügend gebrauchte europäische Kleidung auf den Märkten Sierra Leones gab und beschreibt, welch gutes Gefühl es wäre, neue, unbenutzte Kleidung, insbesondere Schuhe, zu tragen. Mit 40 € Taschengeld (nach den alten, vom Bundesverfassungsgericht nun gekippten Regelung des AsylbLG) kann dies jedoch kaum realisiert werden (Vgl. Mangandango 2004).

von deutschen Staatsbürgern [oder EU-Staatsangehörigen] nachgefragt wird“ (Baraulina, Borchers et al. 2008). Dies gilt auch bei der Aufenthaltsgestattung.

In Bezug auf die gesundheitliche Situation von Migrant/innen mit Aufenthaltsgestattung entstehen Probleme dadurch, dass sie nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und demnach für jede Untersuchung oder Behandlung die Kostenübernahme, also einen Krankenschein, beantragen müssen (Vgl. Classen 2009). Dies geschieht bei den Sozialämtern, die sich häufig nicht in der Nähe des Lagers befinden, wodurch wiederum Fahrtkosten entstehen (Vgl. PRO ASYL e.V. and Interkultureller Rat in Deutschland e.V. (Hg.) 2011). „Medizinische Versorgung wird laut dem Gesetz bei ‚akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen‘ gewährt, was in der Praxis vielfach zu verzögerter oder verweigerter medizinischer Behandlung führt“ (PRO ASYL e.V. and Interkultureller Rat in Deutschland e.V. (Hg.) 2011). Gem. Asylbewerberleistungsgesetz werden auch „Leistungen [die] zur Aufrechterhaltung der Gesundheit unerlässlich sind“ (Medibüro Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin (Hg.) 2010) gewährt, der Zugang zur medizinischen Regelversorgung ist jedoch nicht gegeben⁸. Darüber hinaus birgt auch die sog. Residenzpflicht gesundheitliche Risiken, so können z.B. spezielle Fachärzte, die in einem anderen Landkreis oder gar in einem anderen Bundesland niedergelassen sind, nur auf Antrag aufgesucht werden. Hierbei entstehen wiederum Verzögerungen bei der Behandlung.

In den letzten Jahren wurde die Residenzpflicht zwar weitgehend gelockert⁹, in der Praxis ergeben sich jedoch noch immer Probleme, so dass diese Neuregelungen nicht oder kaum in Anspruch genommen werden können. So gibt es Fälle, in denen die Betroffenen nichts von diesen Neuregelungen wussten, da die Ämter ihrem Informationsauftrag nicht nachkamen. Und würden die Betroffenen die Lockerungen der Residenzpflicht dazu nutzen wollen, bestimmte Güter zu erwerben, die in ihrem Kreis oder Bundesland nicht verfügbar sind, bringt dies Probleme mit sich, wenn mit den Gutscheinen im anderen Kreis bzw. Bundesland nicht bezahlt werden kann (Vgl. Flüchtlingsrat Brandenburg (Hg.) 2011)¹⁰.

⁸ „Das Recht auf medizinische Versorgung begründet beispielsweise keinen Anspruch auf die Versorgung mit antiretroviralen Medikamenten“ (Göttke 2009).

⁹ Zwischen Berlin und Brandenburg besteht die Regelung, dass Flüchtlinge aus Brandenburg mit einer ‚Dauerverlassenerlaubnis‘, die unter gewissen Bedingungen für den Zeitraum der Aufenthaltsgestattung bzw. der Duldung auf Antrag erteilt werden kann, nach Berlin fahren dürfen. Die wenigsten Lockerungen gab es in Bayern, Sachsen und Thüringen (Vgl. Flüchtlingsrat Brandenburg (Hg.) 2012).

¹⁰ Aus der Stadt Cottbus (Brandenburg) wurde bekannt, dass Flüchtlinge nur bei Beantragung einer (befristeten) Einzelverlassenerlaubnis für diesen Zeitraum mehr Bargeld erhalten haben. Bei Beantragung einer Dauerverlassenerlaubnis werden hingegen Gutscheine ausgegeben sowie das geringe ‚Taschengeld‘ in Höhe von 40,90 € (entsprechend der ‚alten‘ Regelung vor dem Urteil des de Bundesverfassungsgerichts im Juli

III.b.ii Die Bescheinigung über die vorübergehende Aussetzung der Abschiebung (Duldung) nach § 60 a AufenthG

Ist das Asylverfahren abgeschlossen und wird der/dem Antragssteller/in weder die Eigenschaft als Asylberechtigte/r noch als Flüchtling zuerkannt und genießt sie/er ebenfalls keinen subsidiären Schutz (vgl. dazu Anhang A), so wird er i.d.R. aufgefordert, die Bundesrepublik innerhalb einer gesetzten Frist zu verlassen. Es ist jedoch möglich, die Abschiebung auszusetzen aus beispielsweise „völkerrechtlichen oder humanitären Gründen“ oder wenn sie „aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen unmöglich ist“¹¹. Die/Der Ausreisepflichtige¹² erhält die sog. Duldung (§ 60 a AufenthG), bei der es sich jedoch wie bei der Aufenthaltsgestattung um keinen gültigen Aufenthaltstitel handelt. Die Ausreisepflicht bleibt bestehen, auch wenn mit Bestätigung der Aussetzung der Abschiebung der Aufenthalt in der Bundesrepublik legal ist. Fallen die Gründe für die Aussetzung der Abschiebung weg, so erfolgt diese unverzüglich, sofern die Aussetzung nicht aus anderen Gründen verlängert wird. Wichtig ist hierbei darauf hinzuweisen, dass Geduldete der Mitwirkungspflicht unterliegen, um ihre Abschiebung zu ermöglichen.

„Jeder Ausreisepflichtige muss nach dem Gesetz alles für ihn Zumutbare unternehmen, um einen Pass zu erlangen, auch wenn er weiß, dass er abgeschoben würde, sobald er den Pass vorgelegt hat. Zu diesen zumutbaren Mitwirkungspflichten gehört etwa der regelmäßige Gang zur Botschaft, die Beschaffung der ansonsten erforderlichen Papiere aber auch die Einschaltung eines Vertrauensanwalts im Herkunftsland und die Abgabe einer so genannten Freiwilligkeitserklärung gegenüber der Heimatbotschaft, in der bestätigt wird, dass man „freiwillig“ in das Herkunftsland zurückkehren wolle – obwohl man gerade das nicht will“ (Voigt 2012: 43).

Kommen sie dieser Mitwirkungspflicht nicht nach, so sind Leistungseinschränkungen beim Bezug von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, dem sie ebenfalls unterliegen,

2012). Entsprechend wurden hier eher Anträge auf die befristete Einzelverlassensenerlaubnis gestellt, was die ‚neue‘ Reisefreiheit wieder einschränkt (Vgl. Flüchtlingsrat Brandenburg (Hg.) 2011).

¹¹ Eine Vielzahl an Beispielen für Aufschiebungsgründe findet sich bei Flüchtlingsrat Niedersachsen e.V. (Hg.) (o.J. a).

¹² Die Ausreisepflicht entsteht nicht nur nach einem negativen Asylverfahren. Sie entsteht auch dann, wenn ein gültiger Aufenthaltstitel abgelaufen ist oder gar nicht erst vorhanden war. Sie kann ausgesetzt werden wenn nach negativem Asylverfahren Reisedokumente nicht vorhanden sind oder z.B. dann, wenn nach illegaler Einreise ein Antrag auf Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 5 AufenthG gestellt wird oder bei vorübergehender Reiseunfähigkeit, wenn also die betreffende Person akut sehr krank ist, eine Behandlung im Herkunftsland aber grundsätzlich möglich ist.

möglich (und das gilt nur für Geduldete¹³). Einschränkungen sind allerdings nur möglich, wenn die mangelnde Mitwirkung der einzige Grund ist, der die Ausreise verhindert (Vgl. Voigt 2012).

„Geduldete“ Migrant/innen unterliegen darüber hinaus im Prinzip den gleichen Einschränkungen wie diejenigen mit Aufenthaltsgestattung. Ebenfalls besteht für sie die Residenzpflicht, sie müssen also auch eine Verlassenserlaubnis beantragen, um den Landkreis oder das Bundesland zu verlassen, in dem sie ansässig sind. Weitergehende Einschränkungen gibt es insbesondere für diejenigen Geduldeten, die ihre Herkunft nicht angeben können oder wollen (tatsächliches Abschiebungshindernis). Da dies von den zuständigen Ausländerbehörden als ‚mangelnde Mitwirkung‘ interpretiert werden kann, kann die Ausstellung einer (Dauer-) Verlassenserlaubnis verweigert werden.

In Bezug auf den Arbeitsmarktzugang bestehen auch für Geduldete im ersten Jahr des Aufenthalts¹⁴ Wartefristen von einem Jahr und danach die Nachrangigkeitsbestimmung, bevor eine Zustimmung zur Beschäftigung erteilt werden kann. Besonders hervorzuheben ist jedoch, dass

„Anders als bei der Aufenthaltsgestattung oder einer Aufenthaltserlaubnis ist mit einer Duldung auch ein absolutes Arbeitsverbot nach § 11 der Beschäftigungsverfahrensverordnung möglich: - wenn die Einreise zum Zwecke des Sozialhilfebezugs erfolgt ist - oder ein selbstverschuldetes Abschiebungshindernis besteht“ (Voigt 2012: 43).

Nach vier Jahren legalen Aufenthalts in Deutschland haben Geduldete jedoch einen Anspruch auf die Beschäftigungserlaubnis ohne Nachrangigkeitsbestimmung. Für Jugendliche mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus wie der Duldung oder auch der Aufenthaltsgestattung ist es schwierig eine Berufsausbildung beginnen zu können.

„Nicht selten passiert es, dass sich Jugendliche mehreren Einstellungstests unterziehen um dann erst festzustellen, dass sie für die gefundene Lehrstelle keine Arbeitserlaubnis erhalten können. Das duale Ausbildungssystem steht jugendlichen Flüchtlingen ohne festen Aufenthaltsstatus i.d.R. nicht offen“ (Stadt Duisburg (Hg.) 2006: 42).

In Bezug auf die gesundheitliche Versorgung geduldeter Migrant/innen ist ebenfalls auf den vorhergehenden Abschnitt zu verweisen, da auch für sie das Asylbewerberleistungsgesetz gilt und somit kein Eintritt in die reguläre Krankenversicherung möglich ist. Für sie sind also auch nur Behandlungen bei ‚akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen‘ (§ 4 AsylbLG)

¹³ Diese Regelung kommt auch für Illegalisierte in Frage, dürfte aber praktisch wohl kaum eine Bedeutung haben.

¹⁴ Allerdings werden hier auch vorausgehende Aufenthaltszeiten mit Aufenthaltserlaubnis oder Duldung angerechnet (Vgl. Voigt 2012).

möglich. Die Abrechnung erfolgt auch hier über das Sozialamt, welches den Krankenschein ausgibt. Eine Regelversorgung ist hingegen nicht vorgesehen.

III.b.iii Die Aufenthaltserlaubnis

Im Gegensatz zur Aufenthaltsgestattung und zur Duldung stellt die Aufenthaltserlaubnis einen gültigen Aufenthaltstitel dar. Sie ist in ihrer Gültigkeit jedoch befristet und (oftmals) an einen bestimmten Zweck gebunden (Vgl. Schneider 2009). Zur Erlangung einer solchen Aufenthaltserlaubnis müssen i.d.R. die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- „- [dass] der Lebensunterhalt gesichert ist. Davon wird ausgegangen, wenn der Antragssteller seinen Lebensunterhalt einschließlich Krankenversicherungsschutz ohne Inanspruchnahme öffentlicher Mittel bestreiten kann;
- die Identität und, falls er nicht zur Rückkehr in einen anderen Staat berechtigt ist, die Staatsangehörigkeit des Ausländers feststehen;
- es keinen Ausweisungsgrund gibt;
- soweit kein Anspruch auf Erteilung eines Aufenthaltstitels besteht, der Aufenthalt des Ausländers die Interessen der Bundesrepublik Deutschland nicht beeinträchtigt oder gefährdet;
- die Passpflicht erfüllt ist“ (Schneider 2009: 39).

In Bezug auf den Aufenthaltstitel „Aufenthaltserlaubnis“ gibt es eine Vielzahl an Konstellationen rechtlicher ‚Zugeständnisse‘ aber auch Einschränkungen. Daher sei an dieser Stelle verwiesen auf Voigt (2012) und insgesamt auf die Website der GGUA-Flüchtlingshilfe e.V. und das Projekt Q¹⁵. Hier sind vielerlei Konstellationen dargestellt, die den Rahmen dieses Berichtes sprengen würden. Vorgestellt werden sollen hier nur einige Relevante, die hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung möglicherweise Einschränkungen mit sich bringen können.

III.b.iii.1 Aufenthaltserlaubnisse mit Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz

Relevant sind zum einen die Aufenthaltserlaubnisse, deren Inhaber/innen Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beziehen und daher nur einen eingeschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung haben, wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln deutlich geworden ist. Es handelt sich dabei um die folgenden:

- Aufenthaltserlaubnis nach § 23 Abs. 1 AufenthG¹⁶

¹⁵ Zu finden ist die Website unter www.einwanderer.net. Unter dem Link ‚Materialien‘ findet sich eine Vielzahl an Informationsbroschüren zu aufenthaltsrechtlichen Themen, aber auch sehr übersichtliche Tabellen bezüglich der verschiedenen Aufenthaltstitel und damit zusammenhängenden Leistungen, Restriktionen etc.

¹⁶ Es handelt sich hierbei um Altfallregelungen. Unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen ‚nur‘ diejenigen, deren Aufenthaltserlaubnis „wegen des Krieges im Heimatland“ erteilt wurde. „Dies ist jedoch bei dem

- Aufenthaltserlaubnis nach § 24 AufenthG¹⁷
- Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 4 Satz 1 AufenthG
- Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 4 a bzw. 4 b AufenthG
- Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 5 AufenthG

Da die zwei erstgenannten Aufenthaltstitel in der Praxis nicht erteilt sind, soll auf sie nicht weiter eingegangen werden. Mit den drei letztgenannten Aufenthaltstiteln ist eine Ausreisepflicht verbunden, die jedoch zum Zeitpunkt der Erteilung nicht durchgesetzt werden kann. Bei § 25 Abs. 4 Satz 1 wird eine Aufenthaltserlaubnis kurzfristig, i.d.R. für sechs Monate erteilt, wenn dringende humanitäre oder persönliche Gründe dafür angeführt werden, wie beispielsweise zur Pflege von Angehörigen. Nach dieser Frist kann eine solche Aufenthaltserlaubnis jedoch zur Vermeidung von Härtefällen gem. Satz 2 verlängert werden, was dann wiederum zum Bezug von Leistungen nach SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) bzw. SGB XII (Sozialhilfe) berechtigt. Auch wenn eine solche Aufenthaltserlaubnis auf diese Weise verlängert wird, kann es trotzdem zu Schwierigkeiten in Bezug auf die Eingliederung ins deutsche Krankenversicherungssystem kommen. Hierauf wird im Abschnitt III.b.iii.4 noch genauer eingegangen.

Die Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 4 a wird erteilt für Opfer von „Menschenhandel oder Zwangsprostitution bis zum Abschluss des Gerichtsverfahrens, in dem sie als Zeuge aussagen sollen“ (Voigt 2012: 31). Eine generelle Verlängerung dieses Aufenthaltstitels ist jedoch nicht vorgesehen. Ebenfalls dürften die Bedingungen, an die seine Erteilung knüpft, gerade für Opfer von Menschenhandel und Zwangsprostitution schwer zu erfüllen sein, wenn von Seiten der nicht selten bedrohten Opfer eher auf eine Zeugenaussage verzichtet wird, um Familienangehörige oder sich selbst zu schützen. Bei der Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 4 b, bei der es um Strafverfahren bei Arbeitsausbeutung geht, ist hingegen eine Verlängerung der Aufenthaltserlaubnis möglich, so lange Lohn- bzw. Vergütungsansprüche von Seiten des Arbeitgebers noch nicht abgegolten sind. Eintritt ins deutsche Krankenversicherungssystem finden ihre Inhaber jedoch nicht.

Die Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 5 AufenthG zielt darauf ab, sog. „Kettenduldungen“ zu vermeiden und wird nach 18 Monaten erteilt, in denen die Abschiebung unverschuldet aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen ausgesetzt ist. Eine solche Aufenthaltserlaubnis kann bei Vorlage des Nationalpasses für HIV-Infizierte erteilt werden, wenn Reiseunfähigkeit

gegenwärtig in Deutschland lebenden Personenkreis nicht der Fall, da Ihnen die Aufenthaltserlaubnis aus anderen Gründen erteilt worden ist“ (Voigt 2012: 22).

¹⁷ Auch dieser Aufenthaltstitel ist in Deutschland faktisch nicht vergeben. Er war vom Rat der europäischen Union für Massenfluchtsituationen vorgesehen (Vgl. Der Paritätische, S. 25).

besteht oder keine Behandelbarkeit im Herkunftsland gegeben ist. In einem solchen Fall besteht jedoch kein Anspruch auf die Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten (Vgl. Göttke 2009), sondern gem. Asylbewerberleistungsgesetz bei „akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen“

III.b.iii.2 Zwischenfazit Asylbewerberleistungsgesetz und medizinische Versorgung

Da für alle (afrikanischen) Migrant/innen mit einem der bisher genannten Aufenthaltsstatus Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz gewährt werden, wird an dieser Stelle ein kurzes Zwischenfazit in Bezug auf die damit einhergehende medizinische Versorgung gezogen.

Zunächst kann die medizinische Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz Einschränkungen mit sich bringen, weil durch die Dauer für die Ausstellung eines Krankenscheins Krankheiten ggf. verschleppt oder nur verzögert behandelt werden können. Schwierigkeiten bringt das Asylbewerberleistungsgesetz hinsichtlich der medizinischen Versorgung vor allen Dingen aber auch durch die den §§ 4 und 6 innewohnenden Interpretationsspielräume mit sich, die nicht in erster Linie von medizinischem Personal, sondern oftmals von Verwaltungsmitarbeiter/innen, Heimleiter/innen oder gar Wachschutzmitarbeiter/innen in Sammelunterkünften genutzt werden können oder müssen. Dieser Personenkreis ist kaum in der Lage zu beurteilen, ob es sich um „akute Erkrankungen oder Schmerzzustände“ handelt, wodurch Krankenscheine nicht ausgegeben oder der Transport in ein Krankenhaus nicht gewährleistet wurde. Die Rechtsauffassung von Classen (2012) vom Flüchtlingsrat Berlin dazu ist die Folgende:

„Unzutreffend ist insbesondere die weit verbreitete Annahme, dass Leistungsberechtigte nach AsylbLG nur bei akuten Krankheiten und Schmerzzuständen behandelt werden dürften.

*Richtig ist, dass regelmäßig dann ein uneingeschränkter Behandlungsanspruch besteht, einschl. der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, wenn eine Krankheit **entweder ‚akut‘ oder ‚schmerzhaft‘** ist (§ 4 AsylbLG). Ein uneingeschränkter Anspruch auf Krankenbehandlung besteht daher z.B. auch bei schmerzhaften chronischen Erkrankungen (Classen 2012: 6, H.i.O.).*

Des Weiteren hebt er hervor, dass die Leistungen des Asylbewerberleistungsgesetzes darüber hinaus auch medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen beinhalten, wie im Folgenden deutlich wird:

*„Nach § 4 Abs. 3 AsylbLG besteht-auch ohne Vorliegen einer akuten oder sonstigen Erkrankung-Anspruch auf Krankenscheine für ‚medizinisch gebotene‘ **Vorsorgeuntersuchungen**. Was geboten ist, richtet sich nach den Regeln der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. dazu im Einzelnen §§ 20 bis 26 ^[18] und 30 SGB V ^[19]). Zahnkrankenscheine können zum Zweck der*

¹⁸ „Geboten“ sind demnach in Stichworten: ‚Prävention und Selbsthilfe‘, ‚Betriebliche Gesundheitsförderung‘, ‚Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren‘, ‚Förderung der Selbsthilfe‘, ‚Primäre Prävention durch

Vorsorge unter 18 Jahren alle 6 Monate, danach jährlich beansprucht werden. Krankenscheine für ärztliche Vorsorgeuntersuchungen können Schwangere, kleine Kinder (U1 bis U10), Frauen (gynäkologische Untersuchung), Menschen ab 35 (Gesundheitsuntersuchung alle 2 Jahre), Frauen ab 20 und Männer ab 45 (Krebsvorsorge jährlich), sowie neu eingereiste Flüchtlinge ohne Asylantrag (eine freiwillige Untersuchung dürfte analog § 62 AsylVfG regelmäßig geboten sein) beanspruchen“ (Classen 2012: 7, H.i.O.).

Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass gemäß § 2 AsylbLG nach mindestens vierjährigem „Bezug(s) von Leistungen nach AsylbLG (...) Leistungen zum Lebensunterhalt und zur medizinischen Versorgung, deren Umfang und Höhe der Sozialhilfe für Deutsche entspricht“ (Classen, 2012, S. 8). Für Geduldete gilt dies ebenfalls dann, wenn sie die Dauer des Aufenthalts nicht selbst (missbräuchlich) beeinflusst haben. Die betreffenden Personen erhalten dann eine Chipkarte einer gesetzlichen Krankenversicherung ihrer Wahl und haben somit die gleichen Ansprüche wie deutsche gesetzlich Krankenversicherte (Vgl. ebd.).

III.b.iii.3 Aufenthaltserlaubnisse mit Wohnsitzauflage

Neben den Einschränkungen hinsichtlich der medizinischen Versorgung, die das Asylbewerberleistungsgesetz mit sich bringt, sehen sich die Inhaber/innen aller humanitären Aufenthaltstitel (mit Ausnahme der Asylberechtigten und derjenigen, denen die Flüchtlingseigenschaft zuerkannt wurde²⁰) einer Wohnsitzauflage gegenüber. Dies erfolgt, „um die Belastungen der kommunalen Sozialleistungsträger bundesweit gleichmäßig zu verteilen, solange der Betreffende Leistungen nach dem SGB II, XII bzw. AsylbLG bezieht“ (Hügel and Voigt 2010: 1). Es handelt sich dabei um die folgenden Aufenthaltstitel (Aufenthalt aus völkerrechtlichen, humanitären oder politischen Gründen):

- Aufenthaltserlaubnis nach § 22 AufenthG
- Aufenthaltserlaubnis nach § 23 AufenthG
- Aufenthaltserlaubnis nach § 23 a AufenthG
- Aufenthaltserlaubnis nach § 23 a AufenthG
- Aufenthaltserlaubnis nach § 24 AufenthG
- Aufenthaltserlaubnis nach § 25 AufenthG (*ausschließlich* § 25 Abs. 1 und 2 AufenthG!)
- Aufenthaltserlaubnis nach § 25 a AufenthG
- Aufenthaltserlaubnis nach § 26 AufenthG.

Schutzimpfungen’, ‚Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)’, ‚Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)’, ‚Medizinische Vorsorgeleistungen’, ‚Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter’, ‚Empfängnisverhütung’ sowie ‚Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation’.

¹⁹ § 30 SGB V umfasste bis zum 01.01.2005 den Anspruch auf Zahnersatz, der durch die Krankenversicherungen zu leisten war. Dieser Paragraph ist weggefallen.

²⁰ Also diejenigen, die eine Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 1 oder Abs. 2 AufenthG besitzen.

Zu Einschränkungen hinsichtlich der medizinischen Versorgung kann es, wie in den vorhergehenden Abschnitten bereits deutlich wurde, durch eine solche Wohnsitzauflage (die „Residenzpflicht“) dann kommen, wenn ein/e entsprechende/r Fachärzt/in oder eine Spezialklinik nicht im entsprechenden Kreis oder Bundesland vorhanden ist. Es muss dann jeweils eine Verlassenserlaubnis beantragt werden, was die Behandlung aufschieben oder im Falle einer Nichterteilung gar verhindern kann.

III.b.iii.4 Die übrigen Aufenthaltserlaubnisse

Die übrigen Aufenthaltserlaubnisse²¹ können im Rahmen dieser Situationsanalyse nicht näher betrachtet werden. Da mit diesen Aufenthaltserlaubnissen zumeist ein bestimmter Aufenthaltszweck verbunden ist, werden hier häufig Mittel zur Lebenssicherung (oder es muss, wie eingangs erwähnt, eine Verpflichtungserklärung vorliegen) als auch der Abschluss einer Krankenversicherung vorausgesetzt. Hinsichtlich der Aufenthaltserlaubnisse zur Familienzusammenführung soll jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass sich für die zugezogenen Ehegatten oder Familienangehörigen der Eintritt in die gesetzliche Krankenversicherung nicht selten kompliziert darstellt, da er an eine Reihe von Bedingungen knüpft. Am einfachsten ist der Eintritt wohl über die Familienversicherung oder über die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Der Eintritt in die gesetzliche Krankenversicherung ist nur dann möglich, wenn eine Aufenthaltserlaubnis von mindestens 12 Monaten Gültigkeit vorliegt und keine Verpflichtungserklärung zur Sicherung des Lebensunterhaltes vorliegt. Eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenkasse ist zwar in manchen Fällen möglich, doch für viele Migrant/innen dürfte wohl der Eintritt in eine private Krankenversicherung zum Basistarif die realistischste Option sein. Nähere Ausführungen zu dieser Thematik bietet (Vgl. Hügel and Voigt 2010).

III.c Aufenthaltsverfestigung

Es ist deutlich geworden, dass viele legale Aufenthaltssituationen für Migrant/innen in Deutschland mit absehbarer Ausweisung verbunden sein können. Doch auch für diejenigen, die eine Aufenthaltserlaubnis besitzen, gibt es genügend Gründe, den Aufenthaltsstatus weiter abzusichern. Dies betrifft v.a. diejenigen mit humanitären Aufenthaltserlaubnissen oder diejenigen, deren Aufenthalt an einen bestimmten Zweck, beispielsweise ein Studium gebunden ist.

²¹ Dies betrifft die Aufenthaltserlaubnisse nach den §§ 16 bis 21 AufenthG (zum Zwecke der Ausbildung und Beschäftigung), diejenigen nach §§ 27 bis 36 AufenthG (familiär bedingte Aufenthaltserlaubnisse) sowie diejenigen nach § 37, § 38, § 38 a AufenthG sowie Übergangs- und Altfallregelungen.

Um solche Aufenthaltssituationen abzusichern und zu verfestigen besteht die Möglichkeit, eine/n Deutschen bzw. eine/n andere/n Migrant/in mit gesichertem Aufenthaltsstatus zu heiraten oder mit einer solchen Person Kinder zu bekommen (Vgl. Flüchtlingsrat Niedersachsen e.V. (Hg.) o.J. d). Gerade Frauen machen sich jedoch vor dem Hintergrund einer Heirat zur Sicherung des Aufenthaltsstatus erpressbar (Vgl. Sanogo and Wiessner 2010; Antidiskriminierungsstelle für Menschen mit Migrationshintergrund (AMIGRA) (Hg.) 2011). Schwierigkeiten bestehen gerade für afrikanische Migrant/innen in Bezug auf die Aufenthaltsverfestigung durch eine Heirat deshalb, da ihre Heiratspapiere (Geburtsurkunde, Ledigkeitsbescheinigung etc.) aus den Herkunftsländern oft einer langwierigen und teuren Prüfung durch die deutschen Botschaften unterzogen werden. Vor allem für diejenigen Migrant/innen, die geduldet werden, kann dieser Prozess zu lange dauern. Für die Zeit der Prüfung besteht kein Abschiebeschutz. Ebenfalls muss für eine Heirat der Pass vorliegen, weshalb dadurch bei manchen das ‚tatsächliche Abschiebehindernis‘ schon allein durch Vorlage des Passes wegfallen und so die Abschiebung ermöglicht würde.

Die andere Möglichkeit der Aufenthaltsverfestigung besteht darin, mit einer/einem Deutschen oder einer/einem Migrant/in mit gesichertem Aufenthaltsstatus (beispielsweise einer Niederlassungserlaubnis) Kinder zu bekommen. Im Anschluss an eine Kindsgeburt ist es die Sorgeberechtigung für ein minderjähriges Kind einer/eines Deutschen oder einer/eines Migrant/in, der einen gesicherten Aufenthaltstitel innehat, die einen Aufenthaltstitel begründet. Vor allem für afrikanische Frauen sind es daher die deutschen Kinder, die ihnen am ehesten eine stabile Aufenthaltserlaubnis und mittelfristig auch eine Niederlassungserlaubnis verschaffen. Dies ist möglich, wenn der Vater einen deutschen Pass oder einen unbefristeten Aufenthaltstitel besitzt und die Vaterschaft anerkennt. Für afrikanische Männer ist dies jedoch schwieriger, da die Vaterschaft sowie die Personensorge vor den Ausländerbehörden glaubhaft gemacht werden muss. Unter bestimmten Voraussetzungen und nach unterschiedlichen Fristen kann durch Heirat oder Kindsgeburt ein eigenständiges Aufenthaltsrecht in Form einer Niederlassungserlaubnis begründet werden.

III.c.i Die Niederlassungserlaubnis

Der sicherste Aufenthaltsstatus, den ein/e Migrant/in in der Bundesrepublik erwerben kann, ist die unbefristete Niederlassungserlaubnis. Um eine solche zu erhalten, müssen Bedingungen erfüllt sein, die je nach der Aufenthaltserlaubnis, die vorher besessen wurde, unterschiedlich ausgestaltet sind²². Die generellen Erteilungsvoraussetzungen finden sich in

²² Eine sehr genaue Übersicht über die Vorbedingungen und rechtlichen Grundlagen zur Erteilung einer Niederlassungserlaubnis bei Besitz unterschiedlicher Aufenthaltserlaubnisse bietet Hügel (2013).

§ 9 AufenthG, die Vorfristen des Aufenthalts weichen jedoch je nach Aufenthaltstitel von den hier genannten fünf Jahren ab. Ebenfalls werden je nach Aufenthaltstitel verschiedene Aufenthaltszeiten angerechnet, wie beispielsweise mit Visum, Fiktionsbescheinigung, Aufenthaltsgestattung oder Duldung. Darüber hinaus werden auch die Zwecke des Aufenthalts unterschiedlich angerechnet: Die Zeit des Studien- bzw. Berufsaufbildungsaufenthalts beispielsweise wird nur zur Hälfte angerechnet (Vgl. § 9 Abs. 4 Satz 3 AufenthG). Die geltenden Fristen zur Beantragung einer Niederlassungserlaubnis sind für die verschiedenen Aufenthaltstitel, abweichend von den allgemein geltenden fünf Jahren folgende:

- Sofortige Erteilung: möglich bei Hochqualifizierten (§ 19 AufenthG) sowie bei kontingentierter Aufnahme (§ 23 Abs. 2),
- 2 Jahre: Hochschulabsolventen mit Titeln nach den §§ 18, 18 a, 19 a, sowie nach § 21 AufenthG (unter Beachtung des § 18 b AufenthG),
- 3 Jahre: Asylberechtigte nach § 25 Abs. 1 AufenthG sowie anerkannte Flüchtlinge nach § 25 Abs. 2 AufenthG, Familienangehörige von Deutschen (§ 26 Abs. 3 und § 28 Abs. 2 AufenthG) und Selbständige mit einem Aufenthaltstitel nach § 21 Abs. 4 AufenthG,
- 7 Jahre: bei humanitären Aufenthalt gem. § 26 Abs. 4 AufenthG.

IV Die Situation von Migranten/innen ohne legalen Aufenthaltsstatus

Nachdem nun die legalen Möglichkeiten des Aufenthalts in Deutschland betrachtet wurden, soll auch noch auf diejenigen eingegangen werden, die sich ohne Papiere hier aufhalten, hier leben und arbeiten. Wie kommt es dazu, dass Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität leben? Welche Möglichkeiten gibt es, aus dieser Illegalität heraus (wieder) einen legalen Aufenthaltstitel zu bekommen? Mit welchen Problemen sehen sie sich diese Menschen konfrontiert und wie sieht insbesondere ihr Zugang zu Gesundheitsversorgung aus? Auf diese Fragen wird in den nächsten Kapiteln eingegangen.

IV.a *Wege in die Illegalität*

Gem. Art. 3 der Rückführungsrichtlinie von 2008 wird illegaler Aufenthalt in der Europäischen Union wie folgt definiert:

„die Anwesenheit von Drittstaatsangehörigen, die nicht oder nicht mehr die Einreisevoraussetzungen nach Artikel 5 des Schengener Grenzkodex oder andere

Voraussetzungen für die Einreise in einen Mitgliedsstaat oder den dortigen Aufenthalt erfüllen, im Hoheitsgebiet dieses Mitgliedsstaates.“²³

In die aufenthaltsrechtliche Illegalität führt eine Vielzahl an Wegen. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen der illegalen Einreise und dem illegalen Aufenthalt. Nach illegaler Einreise und anschließender Asylantragsstellung ist es möglich, einen legalen Aufenthaltsstatus zu erwerben. Andererseits ist es aber auch denkbar, dass legal Eingereiste in die aufenthaltsrechtliche Illegalität ‚rutschen‘. Hier sind verschiedene Formen zu unterscheiden. Zunächst sind die Visa-Overstayers zu nennen, die mit einem Touristenumvisum o.ä. einreisen und nach den hiermit ‚legalen‘ drei Monaten Aufenthalt in der Bundesrepublik verbleiben (Vgl. Anderson 2003; Fleischer 2007). Ähnliches gilt für Studierende, die i.d.R. nach Ablauf der Regelstudienzeit keine Verlängerung ihrer Aufenthaltserlaubnis erhalten und somit versuchen, ohne gesicherten Aufenthaltsstatus ihre Ausbildung zu beenden oder anderweitig nach Möglichkeiten suchen, wieder einen ‚legalen‘ Status zu erwerben (Vgl. Anderson 2003; Fleischer 2007). Vergleichbar ist ebenfalls die Situation von Au-Pairs (Vgl. ebd.). Die meisten illegalisierten Migranten/innen aus Subsahara Afrika (SSA) schlagen vermutlich nach einem abgelehnten Asylantrag den Weg in die Illegalität ein. Die Angst vor Abschiebung in das Heimatland stellt hierbei die treibende Kraft dar, vor den Behörden ‚unterzutauchen‘, aber auch die Umstände in den Lagern tragen z.T. dazu bei, den Weg in die Illegalität zu wählen (Vgl. Fleischer 2007). Zuflucht finden diejenigen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus nach dem Abtauchen oft bei Freunden oder Verwandten (Vgl. Fleischer 2007), oder aber auch im Kirchenasyl²⁴, wobei letzteres von den Behörden registriert, aber dahingehend respektiert wird, dass die Abschiebung für die Zeit des Kirchenasyls aufgeschoben wird (Vgl. Flüchtlingsrat Niedersachsen e.V. (Hg.) o.J. d). Neben der Angst vor der Rückkehr ins Heimatland ist die Angst vor der Abschiebung auch deshalb so groß, da mit ihrem Vollzug eine Wiedereinreisesperre für die entsprechende Person nach Deutschland verhängt wird. Legale Einreise bzw. legaler Aufenthalt in der Bundesrepublik ist somit erst nach einer gewissen Frist, die unterschiedlich lang sein kann, oder auch gar nicht mehr

²³ RICHTLINIE 2008/115/EG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 16. Dezember 2008 über gemeinsame Normen und Verfahren in den Mitgliedstaaten zur Rückführung illegal aufhältiger Drittstaatsangehöriger; zitiert in Vogel and Aßner (2010).

²⁴ „»Kirchenasyl« ist die zeitlich befristete Aufnahme von Flüchtlingen ohne legalen Aufenthaltsstatus, denen bei Abschiebung in ihr Herkunftsland Folter und Tod drohen oder für die mit einer Abschiebung nicht hinnehmbare soziale, inhumane Härten verbunden wären. Während des »Kirchenasyls« werden alle in Betracht zu ziehenden rechtlichen, sozialen und humanitären Gesichtspunkte geprüft. In vielen Fällen gelingt es nachzuweisen, dass Entscheidungen von Behörden überprüfungsbedürftig sind und ein neues Asylverfahren erfolgversprechend ist.“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Asyl in der Kirche e.V. (Hg.) o.J.).

möglich, selbst wenn legaler Aufenthalt durch bspw. Heirat theoretisch denkbar wäre (Vgl. Flüchtlingsrat Niedersachsen e.V. (Hg.) o.J. d).

IV.b Problemlagen illegalisierter Migrant/innen

Im vorhergehenden Kapitel ist deutlich geworden, dass es für Migranten/innen mit legalem Aufenthaltsstatus eine Reihe von Schwierigkeiten im Lebensalltag zu meistern gilt. Für diejenigen, die ohne gültigen Aufenthaltstitel in Deutschland leben, stellt sich der Alltag noch schwieriger dar, wie im nächsten Abschnitt gezeigt wird.

IV.b.i Rechtliche und sozioökonomische Probleme illegalisierter Migrant/innen

Für illegal aufhältige Migrant/innen beschränken sich die Möglichkeiten der Legalisierung ihres Aufenthaltsstatus ebenfalls vorwiegend auf die Geburt eines Kindes von Deutschen oder Migrant/innen mit legalem bzw. gesichertem Aufenthaltsstatus. Ebenso wie für diejenigen, die auf Grund tatsächlicher Abschiebungshemmnisse - d.h. in diesem Falle unbekanntes Herkunftsland – Schwierigkeiten haben, auf Grund fehlender Unterlagen in Deutschland zu heiraten, gilt dies auch für Illegalisierte – es ist in Deutschland für sie praktisch unmöglich. Hier kommt dann eventuell eine Heirat im Herkunftsland und anschließende Beantragung der Familienzusammenführung in Frage (Vgl. Fleischer 2007). „Offiziell sind Eheschließungen in Deutschland zwischen Deutschen und MigrantInnen mit einem Touristenvisum oder solchen, die sich illegalisiert im Land aufhalten nicht möglich, es gibt aber Ausnahmefälle“ (Fleischer 2007). Die zweite Möglichkeit, Legalisierung durch Geburt eines Kindes von einem/r Deutschen oder legal aufhältigen Migrant/in scheinen eher afrikanische Frauen zu wählen; für sie ist diese Möglichkeit einfacher umzusetzen, als für Männer. „Für ausländische Männer muss die Vaterschaft und die damit verbundene Personensorge erst vor der Ausländerbehörde glaubwürdig gemacht werden“ (Fleischer 2007), eine biologische Vaterschaft ist hierbei allerdings nicht nötig (Vgl. ebd.). Für Frauen besteht nach der Geburt des Kindes keine Notwendigkeit, eine Ehe zu schließen, solange sie Sorgeberechtigte eines minderjährigen Kindes eines/r Deutschen sind (die Vaterschaft muss also anerkannt sein). Männer hingegen scheinen sich quasi ‚doppelt absichern‘ zu wollen durch Vaterschaft und anschließende Heirat, wie die Geschlechtervergleiche von Fleischer (2007) nahelegen.

Ganz so einfach wie man vermuten könnte zeigt sich der Ablauf solcher Legalisierungsprozesse in der Realität jedoch nicht. So berichtet der Flüchtlingsrat Niedersachsen, dass bei Kindsgeburt und anschließender Heirat vor der Legalisierung eine Ausreise ins Heimatland und dortige Visumsbeantragung zum Zwecke der

Familienzusammenführung erfolgen muss. Auch für Schwangere (wenn der Vater ebenfalls illegal aufhältig ist) ist der Erhalt einer Duldung erst mit dem Eintritt in die Mutterschutzzeit sechs Wochen vor der Geburt oder bei Risikoschwangerschaften möglich (Flüchtlingsrat Niedersachsen e.V. (Hg.) o.J. b). Nach Ende der Mutterschutzzeit kann hier dann allerdings die Abschiebung erfolgen, sofern keine anderen Hinderungsgründe vorliegen, da mit der Legalisierung (Duldung) die Daten der betreffenden Frau erfasst werden. Somit scheint dieser Weg in die Legalität nicht sonderlich attraktiv, was die betreffenden Frauen dann wiederum von der Gesundheitsversorgung ausschließen und den Erhalt einer Geburtsurkunde für die Kinder verhindern kann (Vgl. PICUM - Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (Hg.) 2007).

Neben den Schwierigkeiten der Legalisierung ergeben sich für illegal aufhältige Migrant/innen jedoch weitere große Probleme hinsichtlich ihrer rechtlichen Situation. So haben sie zwar theoretisch Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, zur Inanspruchnahme dieser ist jedoch die Registrierung bei der Ausländerbehörde notwendig, was wiederum die Gefahr einer Abschiebung mit sich bringt (Vgl. Kößler, Mohr et al. 2010). Demnach ist ein gut funktionierendes soziales Netzwerk oder eine illegale Erwerbstätigkeit überlebensnotwendig. Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit macht diese Situation illegalisierte Migrant/innen erpressbar, was Niedrigslöhne oder auch gar keine Lohnzahlungen zur Folge haben kann (Vgl. Kößler, Mohr et al. 2010). Sie haben dann wenig rechtliche Möglichkeiten, ihre Lohnansprüche durchzusetzen, oder laufen Gefahr, dass ihre Statuslosigkeit den Ausländerbehörden bekannt wird. Dies hängt mit der bestehenden Übermittlungspflicht der öffentlichen Stellen²⁵ gem. § 87 AufenthG zusammen. Erfolgt eine Anzeige wegen nicht erfolgter Lohnzahlung über eine/n Anwalt/in, so hat die/der Richter/in, sobald er im Prozess von der Statuslosigkeit des/r Migrant/in erfährt, eine Übermittlungspflicht an die Ausländerbehörde (Vgl. Bundesministerium des Innern (Hg.) 2007). Darüber hinaus können die Erwartungen der Familie in den Herkunftsländern nach finanziellen Zuwendungen zusätzlichen Druck ausüben. Möglichst viel Geld zu verdienen scheint auch vor dem Hintergrund notwendig, da Illegalisierte nur schwer bzw. mit gewissem Risiko Wohnungen anmieten können und somit auf oft überteuerte Untermietverhältnisse angewiesen sind (Vgl. Kößler, Mohr et al. 2010). Gerade für Frauen scheint dann auch Sexarbeit eine Verdienstmöglichkeit zu sein (Vgl. Fleischer 2007).

²⁵ 2011 wurde diese Übermittlungspflicht zumindest für Bildungs- und Erziehungseinrichtungen aufgehoben mit der Begründung, dass Kinder und Jugendliche an ihrer Statuslosigkeit keine Schuld tragen (Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.) (2011)).

IV.b.ii Medizinische Versorgung illegalisierter Migrant/innen

In Bezug auf die gesundheitliche Situation illegalisierter Migrant/innen ist das bedeutendste Problem ebenfalls die Übermittlungspflicht der öffentlichen Stellen. Hinsichtlich der Gesundheitsversorgung bei „akuter Erkrankung und Schmerzzuständen“ (§ 4 AsylbLG) fallen auch illegalisierte Migrant/innen unter das Asylbewerberleistungsgesetz²⁶. Demnach müssten auch sie sich vor der Behandlung durch einen Arzt die Kostenübernahme durch das Sozialamt mittels Krankenschein sichern. Das Sozialamt als offizielle Stelle ist jedoch zur Übermittlung der Daten an die Ausländerbehörde verpflichtet, was wiederum die Abschiebung nach sich ziehen kann. Die Gesundheitsversorgung durch offizielle Stellen ist somit faktisch nicht gegeben (Medibüro Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin (Hg.) 2010). Auch in kommunalen Krankenhäusern, deren Notaufnahmen Illegalisierte vorwiegend nutzen, gab und gibt es diese Probleme. Zwar wurde im September 2009 vom Bundesrat eine neue Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz (Drucksache 669/09) verabschiedet, nach der auch die Krankenhausverwaltungen unter die Schweigepflicht fallen und der Geheimnisschutz somit bis in das Sozialamt hineinreicht (sog. ‚verlängerter Geheimnisschutz‘). Viele Krankenhausangestellte wissen jedoch nichts von dieser Verwaltungsvorschrift und begegnen illegalisierten Migrant/innen ohne Krankenversicherung aus Unkenntnis mit Ablehnung, schicken sie fort oder verlangen Vorauszahlungen (Vgl. Huschke 2010).

„Während also bei der Notfallbehandlung punktuelle Verbesserungen möglich erscheinen, bleibt Illegalisierten der Zugang zu einer ambulanten oder regulären Versorgung durch § 87 AufenthG weiterhin versperrt. Dadurch entstehen gesundheitliche Schäden: Krebserkrankungen werden zu spät erkannt, bei chronischen Leiden entstehen Folgeschäden, Infektionskrankheiten werden nicht ausreichend therapiert, Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen nicht durchgeführt“ (Medibüro Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin (Hg.) 2010).

Dieser Problematik begegnen nicht wenige illegal aufhältige Migrant/innen durch Nutzung der Krankenversicherungskarten von bekannten legal aufhältigen Migrant/innen, was sowohl für sie selbst, aber auch für den Kartenbesitzer Gefahren bergen kann (Vgl. Anderson 2003). Diese Umgehungsmöglichkeit wird vermutlich durch die sukzessive Einführung der Gesundheitskarte mit Passbild reduziert.

²⁶ Für legal als auch illegal aufhältige Migranten lässt sich festhalten: *„Die Leistungen zur gesundheitlichen Versorgung von Anspruchsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sind im Vergleich zu den Leistungen der Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII oder der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Sozialgesetzbuch II grundsätzlich erheblich eingeschränkt“ (Kößler, Mohr et al. 2010).*

V Das Gesundheitssystem

Nachdem die rechtliche Situation (afrikanischer) Migrant/innen erörtert wurde, soll nun auf ihre gesundheitliche Situation näher eingegangen werden. Zum einen wird auf Zugangswege sowie die Nutzung des Gesundheitssystems eingegangen, zum anderen werden Vorstellungen von Gesundheit bzw. Krankheit beschrieben. Am Ende dieses Kapitels wird darauf eingegangen, ob und inwieweit Rassismus im Gesundheitssystem in der Bundesrepublik präsent ist und welchen Einfluss dies auf die Nutzung dieses Systems hat.

V.a Zugangswege und Barrieren

Im vorangegangenen Kapitel ist bereits deutlich geworden, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung gerade für Migrant/innen, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beziehen, zum Teil nur in Notsituationen gegeben ist. Eine Regelversorgung ist für diese Personengruppe nicht vorgesehen. Insbesondere für illegalisierte Migrant/innen ist eine Gesundheitsversorgung lediglich über Netzwerke (Medizinische Flüchtlingshilfen, Medibüros u.ä.)²⁷ oder unter Verwendung der Krankenversicherungskarten von legal aufhältigen Bekannten möglich. Es stellt sich jedoch die Frage, ob es insgesamt Besonderheiten in den Zugangswegen afrikanischer Migrant/innen (auch von Studierenden oder Eingebürgerten) zum Gesundheitssystem gibt. Gibt es bestimmte Barrieren, die dieser Personengruppe den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung erschweren?

Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen werden von Migrant/innen weniger in Anspruch genommen als von Nicht-Migrant/innen. Hingegen wird von dieser Personengruppe vergleichsweise häufiger eine Behandlung in Notfallambulanzen genutzt (Vgl. Knipper and Bilgin 2009). In einer Untersuchung von Göttke (2009) gaben die von ihr befragten afrikanischen Migrant/innen (n=10) an, keine Probleme bezüglich des Zugangs zum Gesundheitssystem in Deutschland zu erkennen und waren der Meinung, dies würde auch von anderen Afrikaner/innen so empfunden (Vgl. Göttke 2009). „Die Ursachen für die häufig verspäteten Arztbesuche wurden jedoch eher mit einem anderen Krankheitsverständnis, Gewohnheiten und Kosten verbunden“ (Göttke 2009). So gab eine der von ihr Befragten als Begründung an:

„Zum Arzt geht man, wenn man krank ist. Und krank ist man, wenn man nicht mehr laufen kann, meistens, aber vorher diese ganzen Vorsorgeuntersuchungen. Die gibt es vielleicht für

²⁷ Diese Vermittlungsstellen werden als häufigster medizinischer Versorgungszugang genannt, (Vgl. Maschewsky-Schneider, Hey et al. 2010).

Säuglinge, das erste Jahr. Es ist einfach eine Sache, die ungewöhnlich ist. Man ist diese vielen Vorsorgeuntersuchungen nicht gewohnt' (Abena)“ (Göttke 2009: 17)²⁸.

Neben Lob für das deutsche Gesundheitssystem weisen die Befragten jedoch auch auf Barrieren hin, die ihnen im Umgang mit medizinischem Personal begegnet sind. Genannt werden hier Kommunikationsschwierigkeiten, durch die mögliche Ängste nicht ausgeräumt werden können. Auch mögliche Skepsis gegenüber der Verwendung synthetisch hergestellter Medikamente, die den Interviews von Boger (2004) nach zu bestehen scheint, kann so nicht überwunden werden (Vgl. Boger 2004). Als ein weiterer Aspekt, der die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zumindest aufschiebt, wird die Praxisgebühr genannt. Um die Zahlung dieser zu umgehen, werde zunächst versucht, die Beschwerden mit Hilfe traditioneller Medizin zu lindern (Vgl. Göttke 2009; M'bayo 2009), „teilweise sogar über das Telefon“ (Ouedraogo 2010). Dies erfolgt ebenfalls auf Grund der genannten Skepsis gegenüber „chemischen“ Medikamenten, aber auch aus dem Grunde, dass eine Behandlung mit Herbalmedizin aus den Herkunftsländern bekannt und bewährt erscheint (Vgl. Boger 2004).

Es gibt jedoch noch weitere Barrieren, die den Zugang afrikanischer Migrant/innen zum Gesundheitssystem behindern. In einer Befragung von Steffan, Sokolowski et al. (2005) unter 259 Migrant/innen, 84 von ihnen aus SSA (32,4%), wurde deutlich:

„Über die Rechte von Nicht-EU-Ausländern bezüglich einer gesundheitlichen Versorgung in Deutschland herrscht (...) unter Nicht-EU-Ausländern eine ziemliche Konfusion. Da aber der wichtigste Zugang zu Informationen das soziale Umfeld und damit das Wissen anderer Migranten darstellt, können aus diesem Halb- bzw. Nichtwissen negative Folgen für die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung entstehen“ (Steffan, Sokolowski et al. 2005: 35)²⁹.

Es ist demnach einigen der Betroffenen nicht klar, ob der Zugang zum Gesundheitssystem für sie überhaupt möglich ist. Wissen sie es doch, ergibt sich eine andere Problematik, die aus Unkenntnis bzw. Unüberschaubarkeit des Systems resultiert (Vgl. Gräser, Kruschke et al. 2009; Hieronymus, Fögen et al. 2010): Im Vergleich zu den Gesundheitssystemen in den Herkunftsländern gerade afrikanischer Migrant/innen ist das deutsche Gesundheitssystem wesentlich weiter ausdifferenziert. Da es für Migrant/innen möglicherweise schwierig ist, hier den richtigen Ansprechpartner zu suchen bzw. zu finden, könnte hierin die Erklärung

²⁸ Ähnliche Aspekte betont auch Ouedraogo (2010).

²⁹ Gestellt wurde hier die Frage: Haben Nicht-EU-Ausländer in Deutschland freien Zugang zur gesundheitlichen Versorgung? Die häufigste Antwort war mit 22% der Antworten „weiß nicht“.

dafür liegen, dass v.a. Notaufnahmen aufgesucht werden (Vgl. z.B. Boger 2004; Knipper and Bilgin 2009).

V.b Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit

Wie bereits deutlich wurde, sind es neben strukturellen Aspekten auch individuell, traditionell bedingte Barrieren, die den Zugang afrikanischer Migrant/innen zum Gesundheitssystem erschweren oder verzögern können. Ohne allgemeingültige Aussagen über ‚die/den afrikanischen Migrant/in‘ treffen zu wollen, wird im Folgenden auf einige traditionell – kulturelle Aspekte eingegangen, die die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit prägen und somit auch einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Behandlungsmöglichkeiten haben können.

In mehreren Publikationen sind Hinweise darauf zu finden, dass für afrikanische Migrant/innen ein enger Zusammenhang zwischen Gesundheit bzw. Krankheit und der Religion besteht (Vgl. beispielsweise Boger 2004; oder auch M'bayo 2009). So gilt Gesundheit einerseits als „von Gott“ (Vgl. Boger 2004) gegeben, Krankheit hingegen wird in manchen ethnischen Gruppen „als Strafe Gottes angesehen“ (M'bayo 2009). Konfessionsunabhängig glaubten die Interviewpartner von Boger (2004), sich durch (morgendliche) Gebete den Schutz von Gott und den Ahnen in Bezug auf ihr Befinden sichern zu können (Vgl. Boger 2004). Dies „hat Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung dieser Menschen. Durch den Glauben, dass Gott Krankheiten verursacht, erscheint den Menschen das eigene Risikoverhalten weniger bedeutungsvoll“ (M'bayo 2009)³⁰. Ebenfalls im Zusammenhang mit dieser Religiosität steht das Vertrauen in Herbalmediziner/innen und traditionelle Heiler/innen. „Im Gegensatz zur ‚Wissenschaft der Weißen‘ (Anna 2003/2: 6), den naturwissenschaftlich ausgebildeten ÄrztInnen und medizinischen ExpertInnen, vertrauen meine InformantInnen dem Können von HerbalistInnen und den Heilkräften der Pflanzen sehr viel stärker“ (Boger 2004, H.i.O.). Dies begründet sich zum einen darin, dass die traditionelle Medizin in den Herkunftsländern wesentlich kostengünstiger ist, andererseits spiegelt sich in ihrer Verwendung das Wissen von Generationen – und somit das der Ahnen – wieder. In Fokusgruppendifkussionen von Gerlach, Becker et al. (2008 b) wurde im Gegensatz dazu allerdings deutlich, dass die von ihr befragten kongolesischen

³⁰ „Dennoch ist es in den Vorstellungen der Befragten generell möglich, die eigene Gesundheit selbständig zu beeinflussen. In diesem Zusammenhang wird das Gebet genannt. Es erfüllt nicht nur religiöse Funktionen, sondern ermöglicht eine indirekte Beeinflussung der eigenen Gesundheit, indem es prophylaktisch vor schlechten Einflüssen schützen soll“ (Boger 2004: 101).

Patient/innen eher einem westlichen Modell von Gesundheit und Krankheit anhängen (Vgl. Gerlach, Becker et al. 2008 b).

Aus der Nutzung der traditionellen Medizin heraus, bei der ein/e Heiler/in erst bei starken Beschwerden konsultiert wird, begründet sich möglicherweise auch das Verhalten einiger afrikanischer Migrant/innen, Vorsorgeangebote nicht in Anspruch zu nehmen. Um die Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen zu stärken, scheint das Entrichten von Krankenversicherungsbeiträgen ein interessanter Interventionspunkt zu sein. In den Interviews von Boger (2004) erschien es für zwei ihrer Gesprächspartner/innen sinnlos, diese Beiträge ‚für nichts‘ zu zahlen, weshalb beispielsweise der Hausarzt regelmäßig aufgesucht wurde (Vgl. Boger 2004). „Eine innere Überzeugung, dass präventive Arztbesuche für die Erhaltung ihrer Gesundheit notwendig seien, ist ihren Aussagen nicht zu entnehmen“ (Boger 2004). Bei ihren anderen Gesprächspartner/innen überwog jedoch die Begeisterung, Vorsorgemaßnahmen in Anspruch nehmen zu können.

Im Zusammenhang mit dem spezifischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit afrikanischer Migrant/innen können sich ebenfalls Kommunikationsprobleme im Arzt-Patient-Verhältnis ergeben, die nicht nur auf mangelnde Sprachkenntnisse zurückzuführen sind.

„Zum einen werden Mängel in der Arzt-Patient-Kommunikation nicht allein bei Patienten mit mangelhaften Deutschkenntnissen beobachtet. Dies ist ein grundlegendes und im medizinischen Alltag sehr verbreitetes Problem, welches auch einheimische Patienten betrifft (...). Zum anderen klagen auch Migranten mit guten deutschen Sprachkenntnissen über Kommunikationsprobleme etwa im Sinne einer ungedulden oder gar abweisenden Behandlung von Seiten des Personals, wenn es ihnen nicht gelingt, kurz und prägnant die aus der professionellen Sicht ‚wesentlichen‘ Informationen zu formulieren“ (Knipper and Bilgin 2009).

Es geht hierbei auch um eine verschiedene Art der Beschreibung von Symptomen, wie das folgende Beispiel aus einem Experteninterview bei Boger (2004) zeigt:

„...z.B. in meiner Sprache: wenn ich sage: ‚Ich habe Magenprobleme‘, muss es nicht der Magen sein. Magen bedeutet alles, was hier im Bauch ist [zeigt auf ihren Bauchbereich]. Es kann aber auch eine Schwangerschaft sein, weil es ist ja auch im Bauch. Und wenn der Arzt nicht differenziert, was der Patient meint, wird er einen Magenspiegelung machen, dabei ist die Frau schwanger“ (Wangare-Greiner 2003/I: 2)“ (Boger 2004: 41)³¹.

Dass sich solche Kommunikationsprobleme bzw. Differenzen in der Symptombeschreibung ebenfalls auf das Arzt-Patienten-Verhältnis auswirken können, liegt nahe. In einer Studie zur

³¹ Weitere ‚Kulturspezifische Syndrome‘, wie er sie nennt, beschreibt Herrmann (2000), S. 28 f..

Nutzung von Berliner Notfallambulanzen von Borde, Braun et al. (2003) wurde dies ebenfalls deutlich, auch wenn hier vorwiegend Migrant/innen mit türkischer/ kurdischer Ethnizität bzw. Muttersprache Teil des Samples (N=815) waren (Migrant/innen mit afrikanischer Ethnizität bzw. Muttersprache: < 5%). Es zeigte sich einerseits, dass Patient/innen mit Migrationshintergrund tendenziell mehr Schmerzregionen angaben, als Patient/innen ohne Migrationshintergrund (Vgl. Borde, Braun et al. 2003). Auch wurde die Kommunikation sowie die Arzt-Patienten-Beziehung zu Patient/innen mit Migrationshintergrund seitens des Fachpersonals weniger häufig als gut oder sehr gut eingeschätzt als zu Patient/innen mit deutscher Ethnizität bzw. Muttersprache. Möglicherweise sind dies Gründe dafür, dass „bei dieser Patientengruppe [nämlich der mit Migrationshintergrund] häufiger die Diagnosekategorie ‚Symptome und abnorme, klinische und Laborbefunde‘ [ICD-10 Gruppe R] verwendet“ (Borde, Braun et al. 2003) wurde, wie die Auswertung der Erste-Hilfe-Scheine ergab. Darüber hinaus zeigte sich:

- „Bei den Migrantinnen und Migranten wurden weniger diagnostische Maßnahmen durchgeführt als bei den deutschen Patient/innen“,
- „Nichtdeutschen Patientinnen und Patienten wurde deutlich häufiger ein Medikament verschrieben oder eine medikamentöse Therapie empfohlen“³² und
- „deutsche Patientinnen und Patienten [werden] häufiger stationär aufgenommen, häufiger mit EKG und bildgebenden Verfahren untersucht [...], bei ihnen [erfolgen] häufiger Laboruntersuchungen“ (Borde, Braun et al. 2003: 137).

Andererseits kann das Unverständnis des medizinischen Personals für „kulturspezifische Syndrome“ (Herrmann 2000) auch zu komplexen Patientenkarrieren führen – als Stichworte seien hier ‚Endlosdiagnostik‘, ‚Drehtüreffekte‘ oder auch ‚Polypragmasie‘ genannt (Vgl. Geiger 2000; oder auch Knipper and Bilgin 2009).

V.c Rassismus im deutschen Gesundheitswesen

An den genannten Punkten wird bereits deutlich, dass es Unterschiede in der Behandlung verschiedener Patientengruppen zu geben scheint. Rassismus im Gesundheitswesen bzw. der –Versorgung wirkt entlang dreier Dimensionen auf die Gesundheit sowie auch auf das Gesundheitsverhalten: „Durch diskriminierende Unterschiede innerhalb der Therapie und Behandlung, durch diskriminierende Unterschiede beim Zugang zum Gesundheitssystem

³² Dies dürfte im Zusammenhang mit der oben beschriebenen Skepsis afrikanischer Migranten gegenüber synthetisch hergestellten Medikamenten problematisch sein.

sowie durch Unterschiede hinsichtlich des Exponiertseins gegenüber Risikofaktoren“ (Migrationsrat Berlin Brandenburg e.V. (Hg.) 2011).

Bezüglich der ersten Dimension wurden Unterschiede, wie geschildert, in der Studie von Borde, Braun et al. (2003) deutlich. In der Fokusgruppendifkussion von Gerlach, Becker et al. (2008 b) beklagten die Teilnehmer/innen mit kongolesischem Migrationshintergrund, dass sie entweder nicht genügend Untersuchungen oder zu viele Untersuchungen durchgeführt würden. Auch merkte ein Teilnehmer an, „dass es manche Untersuchungen gibt, die nur auf Ausländer gemacht werden“ (Gerlach, Becker et al. 2008 b).

Hinsichtlich der zweiten Dimension, den Unterschieden beim Zugang zum Gesundheitssystem und zur Gesundheitsversorgung, ist ebenfalls in den vorangegangenen Kapiteln ersichtlich geworden, dass diese Unterschiede für Asylbewerber/innen, Migranten/innen mit Duldungsstatus und v.a. für illegalisierte Migrant/innen in besonderem Maße bestehen. Sie sind vom Zugang zur Regelversorgung ausgeschlossen und eine Behandlungsindikation ist nur in Situationen „akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ oder bei Schwangerschaft (§ 4 AsylbLG) gegeben. Jedoch auch in der Versorgung von Migrant/innen mit gesichertem Aufenthaltsstatus gibt es Zugangsbarrieren, die sie gegenüber der Mehrheitsgesellschaft diskriminieren. Zum einen sei an dieser Stelle auf die sprachlichen Barrieren verwiesen, die in besonderem Maße für diejenigen bestehen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist (Vgl. beispielsweise Razum, Zeeb et al. 2008). Oftmals fehlt es an Informationsmaterialien in den Muttersprachen der Patient/innen, was v.a. für frankophone Afrikaner/innen schwierig sein kann. Denn zwar gibt es mittlerweile Informationsbroschüren zu verschiedenen gesundheitlichen Themen in englischer, türkischer oder auch russischer Sprache³³, aber darin erschöpft sich oftmals die Breite des sprachlichen Angebots. Notwendig wäre die Beschäftigung von qualifizierten Sprachmittler/innen³⁴ um gerade auch bei Operationen das informierte Einverständnis zu gewährleisten oder bei anderen medizinischen Eingriffen (so auch bei der Medikation oder Reha-Maßnahmen (Vgl. beispielsweise Hieronymus, Fögen et al. 2010)) auf Seiten der Patient/innen Klarheit über die Notwendigkeit zu schaffen³⁵. Laienhaftes Dolmetschen durch Begleitpersonen oder durch (Krankenhaus-) Personal kann in solchen Momenten zu enormen Missverständnissen führen, die gesundheitliche Folgen für die Patient/innen nach

³³ Dies trifft ebenfalls auf Formulare und Dokumente in Arztpraxen/ Krankenhäusern zu, die von den Patienten zu unterzeichnen sind (Vgl. Gerlach, Becker et al. 2008 b).

³⁴ Gemeindedolmetscher werden beispielsweise in Berlin im ÖGD, bei den Jugendämtern oder auch im Krankenhausbereich eingesetzt. Dieser Dolmetscherdienst bietet mehr als 34 Sprachen an (Vgl. Oldag 2009).

³⁵ Dass dem oftmals nicht so ist, wird bei Gerlach, Becker et al. (2008 b) deutlich.

sich ziehen können. Solche Missverständnisse und Unklarheiten erschweren den Zugang zur Gesundheitsversorgung auch zukünftig, wenn durch entstandene Unsicherheiten in der Vergangenheit nur unwillig erneut ein Arzt aufgesucht wird oder Nachbehandlungen unterbleiben.

In Bezug auf die dritte Dimension von Rassismus im Gesundheitswesen, dem unterschiedlichen Exponiertsein gegenüber Risikofaktoren, sind ebenfalls mehrere Punkte von Bedeutung. Zunächst einmal ist der Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Lage und Gesundheit zu nennen. Wie bekannt ist, wirkt sich eine schlechtere wirtschaftliche Lage von Personen negativ auf deren Gesundheit aus (Vgl. Lampert, Saß et al. 2005; Klemperer and Braun 2010)³⁶. Wie deutlich geworden sein dürfte, haben Migrant/innen und hier insbesondere Afrikaner/innen, einen erschwerten Zugang zum Arbeitsmarkt, was entsprechend eine schlechtere wirtschaftliche Situation nach sich zieht. Auch für diejenigen, die unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen, stellt sich die ökonomische Lage schlechter dar, auch wenn das Bundesverfassungsgericht die existenzsichernden Leistungen seit Juli 2012 rückwirkend zum 01.01.2011 zumindest auf annäherndes Niveau des Arbeitslosengeldes II angehoben hat (Vgl. Bundesverfassungsgericht Pressestelle (Hg.) 2012). Bei denjenigen afrikanischen Migrant/innen, die (vorübergehend) in Lagern untergebracht sind, kommt jedoch die Wohnsituation sowie die mangelnde Möglichkeit, anderen aus dem Weg zu gehen, als Risikofaktor hinzu. Auch illegalisierte Migrant/innen leben oft in schlechten Wohn- und Arbeitsbedingungen und prekären sozioökonomischen Situationen. Als weiterer Stressfaktor kommt gerade für diese Personengruppe die Angst vor Entdeckung und Abschiebung hinzu. Doch auch Migrant/innen, deren Asylverfahren läuft oder die mit einer Duldung in Deutschland leben, befinden sich in einer permanenten Stresssituation bedingt durch die Angst vor Abschiebung. Diejenigen mit Aufenthaltserlaubnis leben ebenfalls in der Ungewissheit, ob ihr Aufenthaltstitel verlängert wird, wenn sich beispielsweise die Situation in ihrem Herkunftsland ändert. Solchen gesundheitsgefährdenden Stressfaktoren ist die Mehrheitsgesellschaft ohne Migrationshintergrund nicht ausgesetzt.

Ein weiterer Aspekt, der in Bezug auf Rassismus im deutschen Gesundheitswesen nicht unerwähnt bleiben darf, ist der Umgang der Ärzte bzw. des Pflegepersonals mit Patient/innen mit Migrationshintergrund. Untersuchungen zu speziell afrikanischen Migrant/innen gibt es kaum, der Fokus liegt meist auf Patient/innen mit türkischen Wurzeln oder auf Patient/innen mit Migrationshintergrund allgemein. Einzig Gerlach, Becker et al.

³⁶ Oder speziell in Bezug auf Migranten oder Menschen mit Migrationshintergrund vgl. Razum, Zeeb et al. (2008).

(2008 a) wollten in Fokusgruppen, die sie mit 30 Hausärzt/innen zu Patient/innen mit Migrationshintergrund führten, speziell auf die Gruppe der Patient/innen mit afrikanischem Migrationshintergrund eingehen, wobei jedoch die Teilnehmer/innen den Fokus selbständig eher auf Migrant/innen mit türkischem Hintergrund legten. Die Autor/innen führten dies entweder auf mangelnde Erfahrung mit speziell Patient/innen mit afrikanischem Migrationshintergrund zurück, oder legten die Vermutung nahe, dass die Fokusgruppenteilnehmer/innen diese spezielle Migrant/innengruppe möglicherweise als zu heikles Thema ansehen könnten, bei dem verdeckter Rassismus zum Vorschein kommen könnte (Vgl. Gerlach, Becker et al. 2008 a). Es zeigte sich in Bezug auf die Arzt-Patient-Beziehung, dass die Ärzt/innen v.a. sprachliche sowie kulturelle Schwierigkeiten bemängelten, die sie jedoch zum überwiegenden Teil auf die Patient/innen, nicht jedoch auf sich selbst bezogen, da sie ihre Sprache sowie Kultur als Norm voraussetzten (Vgl. ebd.). Ebenfalls wurde seitens der Teilnehmer/innen kaum zwischen den individuellen Patient/innen differenziert (bspw. hinsichtlich des Bildungsniveaus, des sozioökonomischen Status etc.), sondern von ‚länderbezogenen‘ oder religiös bedingten Schmerz- und Krankheitskonzepten gesprochen (Vgl. ebd.). Durch solche Probleme bezüglich des Arzt-Patienten-Verhältnisses entstünden bei den Ärzt/innen Gefühle von „Verunsicherung, Hilflosigkeit und Wut“ (Gerlach, Becker et al. 2008 a) hinsichtlich der Diagnosestellung, wobei Wut hier als Konsequenz der Überforderung angegeben wurde. Ein Teilnehmer beschrieb dies wie folgt:

„Unsere Bandbreite geht von übertriebener Vorsicht, ich möchte jetzt bloß keinen Fehler machen, bis dahin, dass man die Ohren auf Durchzug stellt, so nach dem Motto: ich kann sowieso nicht kapieren, was auf diesem kulturellen Hintergrund, was der mir eigentlich sagen will. So zum Beispiel habe ich in meiner Kartei so eine Diagnose ‚Heimatsyndrom‘ oder ‚Ganzkörperschmerz‘ oder so was ...“ (Gerlach, Becker et al. 2008 a: 432, H.i.O.).

Gerade die „Diagnose“ ‚Heimatsyndrom‘ ist bezüglich derjenigen, die eine deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, schon länger in Deutschland leben oder gar hier geboren sind als eindeutig rassistisch zu werten. Weiterhin „kamen Gedanken und Darstellungen von Verallgemeinerung, Diffamierungen und sogar von Ausgrenzung, und Herabwürdigungen zum Ausdruck“ (Gerlach, Becker et al. 2008 a)³⁷. Als erschütterndes Beispiel sei jedoch das folgende wiedergegeben: „Ein TN [Teilnehmer] berichtete z.B. von seinen Erfahrungen und Schwierigkeiten beim Umgang mit Schwarzen Patienten mit Migrationshintergrund aus einem afrikanischen Land: *‚Ich neige dazu, dies oder jenes anders zu machen ... als bei meinen eigenen Patienten‘*“ (Gerlach, Becker et al. 2008 a). Neben der Problematik der

³⁷ Dort finden sich ebenfalls Beispiele für die genannten Kategorien.

Auswirkungen von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit (Vgl. Velho 2011 a; Velho 2011 b) gibt es jedoch auch Fälle, in denen Patient/innen mit Migrationshintergrund die Behandlung gänzlich verwehrt blieb. „Ein 16-jähriger Junge, mit Namen ‚Cihad‘ wurde nicht von einem Zahnarzt behandelt. Der Grund für die Ablehnung war der Name des Jungen. Der Arzt interpretierte seinen Namen als ‚Kriegserklärung der Muslime an den Westen‘ und fühlte sich hinreichend provoziert, um die Behandlung abzulehnen“ (Hieronymus, Fögen et al. 2010). Dies ist wohl eines der krassesten Beispiele. Im vorhergehenden Beispiel der Autor/innen war von einer Patientin die Rede, die auf Grund geringer Deutschkenntnisse von der Behandlung ausgeschlossen wurde. Auch bei Gerlach, Becker et al. (2008 a) berichtete ein Teilnehmer, „dass er eine Patientin mit Migrationshintergrund weggeschickt hat, weil er sie nur behandeln würde, wenn sie eine andere Person mitbrächte, die besser deutsch spräche als sie selber. Er forderte dies von der Patientin, obwohl er genau beschreiben konnte, d.h. er verstanden hatte, was die Patientin von ihm erwartete“ (Gerlach, Becker et al. 2008 a).

VI Lebenswelten

Nachdem die rechtliche als auch die Situation in Bezug auf das Gesundheitswesen für afrikanische Migrant/innen beleuchtet worden ist, wird im folgenden Kapitel näher auf die Lebenswelten dieser Migrantengruppe eingegangen. Hier werden die Aspekte Ressourcen und Netzwerke, Schlüsselpersonen der Communities und Vereine sowie die Religion angesprochen. Ebenfalls in diesem Kapitel soll auf die Einstellungen zu HIV/ STI sowie die Stigmatisierungsproblematik eingegangen werden.

VI.a Netzwerke und Ressourcen

In diesem Kapitel soll der Frage nachgegangen werden, wie Kontakte unter afrikanischen Migrant/innen in Deutschland entstehen, gerade in Bezug auf den Zeitraum direkt nach der Migration. Ebenfalls soll darauf eingegangen werden, für welche Lebensbereiche diese Kontakte von besonderer Relevanz sind. Vorab kann gesagt werden: „In den letzten Jahren hat die Bedeutung der Netzwerkbildung und des internationalen Austausches durch die Globalisierung und die Möglichkeiten, die das Internet bietet, stark zugenommen“ (Warnecke, Brethfeld et al. 2007).

Insbesondere für kameruner Migrant/innen ist für die Städte Berlin und Freiburg in zwei Studien herausgestellt worden, dass sie bereits vor ihrer Ankunft in Deutschland über

Kontakte in die entsprechenden Städte verfügten (Vgl. Lämmermann 2006; Fleischer 2007). Lebten sie in anderen Städten und mussten den Wohnort beispielsweise für die Aufnahme eines Studiums wechseln, so war es durch die Vernetzung möglich, vor Umzug Kontakte in den neuen Wohnort zu knüpfen. Eine Interviewpartnerin von Lämmermann (2006) beschrieb dies wie folgt:

„Ja, es gab schon Bekannte und eigentlich, mhm, die Freundin, die mir, ... mhm, geholfen hat, war eine Cousine von (Lachen) einem Freund, und so. Es gibt immer diese Beziehungen. Wenn Du niemanden in einer Stadt kennst, dann kannst Du immer jemanden anrufen und fragen, ob er schon Kontakte mit anderen Leuten in dieser Stadt, wo du wohnen möchtest, hat, und dann, es gibt immer jemanden, der jemanden (Lachen), also, der andere Leute in einer anderen Stadt kennt, also es gibt immer diese Beziehungen.“ (Jeanne)“ (Lämmermann 2006: 27).

Ebenfalls wurde in diesen Interviews deutlich, dass es gerade unter afrikanischen Studierenden auch unter Unbekannten eine starke Solidarität zu geben scheint. So beschrieben zwei Interviewpartnerinnen von Lämmermann (2006), dass sie bei ihnen unbekanntes Afrikanerinnen übernachteten konnten, die sie auf der Straße angesprochen hatten, da beide Probleme in Bezug auf die Wohnungs- bzw. Schlüsselübergabe hatten (Vgl. Lämmermann 2006). Die häufigsten Anlaufstellen im Zielland sind jedoch Familienmitglieder, Freund/innen oder Bekannte. Den meisten von Lämmermann (2006) befragten afrikanischen Studierenden fiel es schwer, Kontakte zu deutschen Studierenden zu knüpfen, da diese sich kühl und distanziert verhielten. Demnach wurden auch eher Kontakte zu anderen Afrikaner/innen und speziell zu Landsleuten gesucht (Vgl. Lämmermann 2006). Hier entstanden die Kontakte v.a. über Verwandte und Freund/innen, aber auch über diejenigen, die sie neu kennengelernt hatten. Durch sie erfuhren zwei der Interviewpartner/innen von einem Afroshop, in dem sie wiederum andere Afrikaner/innen kennenlernten. Als weitere Kontakt- und Treffpunkte kristallisierten sich die Kirchen heraus, aber auch Feste sowie das Fußballspielen (Vgl. Lämmermann 2006).

Eine Studie von Weißköppel (2005) systematisiert die Vernetzungsformen unter Sudanes/innen in Deutschland auf den genannten, aber auch weiteren Ebenen. Sie unterscheidet hier zwischen internationalen Vernetzungsformen, die also auch andere als sudanesischen Migrant/innen einschließen und speziell sudanesischen, also intranationalen Vernetzungsformen. Zu den erstgenannten gehören die Religionszugehörigkeit, die arabische Sprachkompetenz (u.a. auch zur Vernetzung mit Migrant/innen aus Nordafrika) sowie die Vernetzung unter Student/innen im akademischen Milieu. Eine nicht eindeutig zuordenbare Form der Vernetzung ist die über Familien bzw. Familiengründungen. Diese können innerhalb der sudanesischen Gemeinschaft erfolgen, jedoch auch interethnisch sein. Die zwei anderen Formen der Vernetzung, die v.a. exklusiv für Sudanes/innen bestehen, sind

die über Parteilzugehörigkeit bzw. politische Positionierung oder über Freizeitkultur, wie sudanesischen Clubs oder Vereine oder das gemeinsame Feiern sudanesischer Feste (Vgl. Weißköppl 2005). Ähnlich zeigt sich diese Vernetzung auch innerhalb anderer nationaler Gruppen, wie beispielsweise an einer Untersuchung von von Nolting (2002) zu Eritreer/innen in Frankfurt am Main gezeigt wurde. Auch hier gibt es offene ebenso wie v.a. durch die Sprache geschlossene Gruppen (Vgl. von Nolting 2002).

Die Notwendigkeit zur Vernetzung besteht aus mehreren Gründen. Wichtig ist sie insbesondere für illegalisierte Migrant/innen aus SSA, aber auch für diejenigen, die sich legal in Deutschland aufhalten. So wurde in den Interviews von Fleischer (2007) deutlich: „Bei der Suche nach einer Arbeit, einer Wohnung oder bei gesundheitlichen Problemen spielen soziale Netzwerke eine entscheidende Rolle“ (Fleischer 2007). Neben diesen Aspekten kristallisierte sich in den Interviews von Lämmermann (2006) noch ein weiterer Punkt heraus, nämlich der der Community als Rückzugsort. So würden ...

„[...] Treffen mit anderen KamerunerInnen [...] organisiert, um die alltägliche Monotonie und Routine etwas zu vergessen und sich gemeinsam zu amüsieren. [...] So ist es möglich, einen Tag lang die Schwierigkeiten und Probleme zu vergessen, denen man im deutschen Alltag begegnet und mit denen man sich auseinandersetzen muss, seien es finanzielle Probleme oder Schwierigkeiten im Studium“ (Lämmermann 2006: 35 f.).

Die Netzwerke bzw. Communities stellen also insgesamt für eine Vielzahl an Lebensbereichen eine wichtige Ressource dar. Auch die Hilfe, die untereinander geleistet wird, selbst wenn sich die Personen nicht kennen, stellt eine unerlässliche Ressource dar. Dass dieser starke Zusammenhalt bzw. das Wissen über die anderen Community-Mitglieder jedoch auch Stigmatisierungspotential birgt, wird in Abschnitt III.e noch gezeigt werden.

VI.b Vereine und Schlüsselpersonen

Wie bereits angedeutet, entstehen und beruhen die Netzwerke der afrikanischen Migrant/innen oft auf gemeinsamen Interessen, einer gemeinsamen Nationalität, Religion oder Sprache. Doch auch Ansichten über Politik im Herkunftsland spielen eine Rolle, wenn es darum geht, sich innerhalb der Gruppe zu positionieren, wodurch auch Splittergruppen entstehen.

Mit der Vernetzung der „afrikanischen Diaspora“ in Nordrhein-Westfalen befassten sich Warnecke, Brethfeld et al. (2007) und stellten fest:

„Im Fall der ‚afrikanischen Diaspora‘ scheinen die nationale Zugehörigkeit sowie soziale Gemeinsamkeiten im weitesten Sinne (inklusive der politischen Orientierung) für die

Selbstdefinition und –identifikation relevanter zu sein als die überregionale Herkunft, also der spezifische Afrikabezug“ (Warnecke, Brethfeld et al. 2007: 11).

Und weiter heißt es: „Communities sind eher als Untersegmente der Diaspora zu betrachten, die sich durch gemeinsame Interessen (z.B. Sport, Religion, politischem Engagement, etc.) definieren und nicht nur an nationalen Gemeinsamkeiten orientieren“ (Warnecke, Brethfeld et al. 2007). Die Breite der Themenfelder, über die eine Vernetzung innerhalb der einzelnen (nationalen) Diaspora-Gemeinschaften³⁸ erfolgt, zeigt auch die Kategorisierung nach Tätigkeitsschwerpunkten der Migrantenselbstorganisationen (MSO):

1. *„Partei*
2. *Politischer Verein*
3. *Verein zur Förderung der zivilgesellschaftlichen Entwicklungs- und Friedensarbeit im Heimatland*
4. *Verein zur Förderung der Integration, Selbsthilfe, und Antirassismusbearbeitung im Aufnahmeland*
5. *Studentenorganisation*
6. *Kulturverein*
7. *Religiöse Gemeinschaft“ (Warnecke, Brethfeld et al. 2007: 14).*

Es gibt deutschlandweit eine Vielzahl an Vereinen und Zusammenschlüssen afrikanischer Migrant/innen, die sich mit den unterschiedlichsten Themen auseinandersetzen. Allein für Nordrhein-Westfalen schätzten Warnecke, Brethfeld et al. (2007) eine Zahl von 240 afrikanischen Diasporagruppen (Einzelinitiativen bzw. -personen blieben ausgeklammert), wobei allerdings auch einige nicht erreichbar waren und das Fortbestehen ihrer Aktivität entsprechend unklar ist. Dies fällt ebenfalls in bei kurzer Internetrecherche auf. Es gibt eine nicht unerhebliche Anzahl afrikanischer Vereine, auf die in Publikationen verwiesen wurde, deren Fortbestehen nach Besuch der entsprechenden Websites jedoch angezweifelt werden kann³⁹. Eine umfassende Zusammenstellung afrikanischer Vereine bzw. von Vereinen, die

³⁸ Der Organisationsgrad ist zwischen den verschiedenen Nationalitäten unterschiedlich hoch. So berichtet von Nolting (2002) beispielsweise von einem höheren Organisationsgrad unter Eritreer/innen, als dies bei Äthiopier/innen der Fall zu sein scheint. In genanntem Beispiel hängt dies laut Autorin mit dem Kampf um Unabhängigkeit der Eritreer/innen in der Diaspora zusammen (Vgl. von Nolting 2002).

³⁹ Beispielhaft seien hier genannt: „ADERFA.e.V. – Schwarze Frauen in Deutschland“, letzte Aktivität auf der Website von 2009. Das „Afrika-Forum e.V.“, welches sich vorwiegend mit entwicklungspolitischen Themen auseinandersetzt, letzter Eintrag auf der Website von 2005. Die Vereine „Afrikanisches Hilfswerk e.V.“ sowie „Bund afrikanischer Vereine e.V.“ besitzen zwar keine eigenen Websites, teilen sich jedoch eine gemeinsame Postanschrift. Hinter dieser Anschrift verbirgt sich ein Wohnhaus. Es gibt aber natürlich auch eine Vielzahl an aktiven Vereinen, die zum Teil auch global vernetzt sind, wie beispielsweise Warnecke and Schmitz-Pranghe (2011) für die äthiopische Diaspora in Deutschland zeigen .

sich mit Afrika befassen bietet die Website www.afroport.de⁴⁰, doch auch hierbei ist fraglich, inwiefern diese Vereine aktiv sind bzw. nicht nur von Einzelpersonen geführt werden. Am besten vernetzt bzw. organisiert scheint der Verein „Initiative Schwarze Menschen in Deutschland e.V. (ISD e.V.)“⁴¹ zu sein, der ebenfalls über soziale Netzwerke kommuniziert. Hinweise auf konkrete Schlüsselpersonen lassen sich jedoch über die Internetpräsenz solcher Vereine nicht finden. Daher erscheint es sinnvoll, den Fokus auf kleinere, lokale Vereine zu richten da dort die lokalen Communities vernetzt sind (Vgl. von Unger and Gangarova 2011).

Eine große Rolle spielen Sport- und hier insbesondere Fußballvereine. Die kamerunische Diaspora ist beispielsweise organisiert unter dem Dachverband *Challenge Camerounais e.V.*, der jährlich eine Veranstaltung mit sportlichen und kulturellen Inhalten organisiert, wobei auch das Knüpfen von Netzwerken eine große Rolle spielt (Unternehmen präsentieren sich, für Studenten findet eine Jobmesse statt etc.)⁴² (Vgl. auch Lämmermann 2006). Im kommenden Jahr wird diese Veranstaltung (die jährlich den Veranstaltungsort wechselt) in Berlin stattfinden. Fußballvereine kommen aus allen Städten Deutschlands, auch aus kleineren wie Braunschweig, Darmstadt⁴³ oder auch Friedberg. Ähnlich verhält es sich mit Handballvereinen, obgleich dies weniger sind. Ein weiterer Fußball-Event findet jährlich in Berlin statt und wird von der *FASO Initiative e.V.* veranstaltet⁴⁴. In Bremen wird jährlich der Africa-Cup ausgetragen (Vgl. Mohammadzadeh 2010).

Neben dem Sport spielen ebenfalls religiöse Gemeinschaften eine wichtige Rolle für die Vernetzung der afrikanischen Migrant/innen. Vorwiegend in den deutschen Großstädten finden sich viele afrikanische Gemeinden. Es werden gemeinsam Gottesdienste gefeiert, es gibt Gospelchöre und zum Teil werden auch Entwicklungsprojekte in afrikanischen Ländern gemeinsam umgesetzt⁴⁵. Die Religionsgemeinschaften, aber auch der Sport, spielen für viele

⁴⁰ Vgl. http://www.afroport.de/kg_institutionen_vereine.php.

⁴¹ Hier engagieren sich jedoch sehr unterschiedliche Menschen mit Migrationshintergrund. Um dies zu verdeutlichen sei darauf hingewiesen, dass „Schwarze Menschen“ sich nicht auf die Hautfarbe bezieht, sondern die Übersetzung des englischen People of Colour Konzeptes darstellt.

⁴² Vgl. <http://www.challenge-camerounais.de/>.

⁴³ Wobei eine kamerunische Fußballmannschaft aus Darmstadt nicht weiter verwunderlich erscheint vor dem Hintergrund, dass Darmstadt die Stadt mit dem höchsten Bevölkerungsanteil afrikanischer Migrant/innen Deutschlands ist (Vgl. Koschollek and Santos-Hövenner 2012).

⁴⁴ Vgl. http://www.faso-initiative.de/component/option,com_frontpage/Itemid,1/.

⁴⁵ So organisiert die International Christian Revival Church Berlin ein Schulspeisungsprojekt in Ghana (Vgl. <http://www.revivalchurch.de/index.php>). In Hamburg werden etwa 50 – 60 afrikanische Kirchengemeinden gezählt (<http://www.stgeorg-borgfelde.de/seiten/netzwerk/african-christian-church.php>).

auch gerade in der Anfangszeit in Deutschland eine wichtige Rolle, um Kontakte zu knüpfen (Vgl. Lämmermann 2006; oder auch Tonah 2007).

Des Weiteren gibt es in nahezu jeder Universitätsstadt afrikanische Studierendenvereine. Diese dienen zum einen dazu, neu ankommenden Studierenden Hilfestellungen zu bieten, aber auch dazu gemeinsam Kulturveranstaltungen, Partys o.ä. zu organisieren. Auch wird im Bereich Völkerverständigung gearbeitet, es werden Ausstellungen organisiert oder auch Nachhilfeunterricht für Schüler/innen und Studierende angeboten⁴⁶. Durch Vernetzung mit afrikanischen Alumni können ebenfalls berufliche Netzwerke entstehen⁴⁷.

Vertreter/innen bzw. Vorsitzende solcher Vereine können Schlüsselpersonen in die Communities sein.

„Schlüsselpersonen sind Kontaktpersonen in den Communities, die eine Zusammenarbeit ermöglichen, d.h. Türen öffnen können. Das sind sowohl offizielle Vertreter/innen von Gruppen, Vereinen und MSO, als auch Personen ohne formale Funktion, die in ihren Communities gut vernetzt und angesehen sind“ (von Unger and Gangarova 2011: 26).

Schlüsselpersonen aus den genannten Vereinsarten wären demnach in Bezug auf die Sportvereine Trainer/innen oder Mannschaftskapitäne. Hinsichtlich der religiösen Gemeinschaften stellen Pastoren oder Imame mögliche Türöffner zur Community dar. In den studentischen Vereinen dürften wohl die Vereinsvorstände mit dem größten Engagement ein großes Ansehen genießen und könnten daher Schlüsselpersonen darstellen. Ebenfalls gilt dies für die Vorstände von Vereinen, die für ihre Landsleute als Beratungsstellen fungieren (Vgl. von Nolting 2002).

Doch wie die Definition der Schlüsselperson schon zeigt, muss diese nicht zwingend eine formale Funktion, beispielsweise in einem Verein, innehaben. Ebenfalls stellen Besitzer/innen oder Mitarbeiter/innen von Afro-Shops, afrikanischen Restaurants oder Diskotheken, die viel von Afrikaner/innen besucht werden, solche Türöffner dar. Darüber hinaus können auch Inhaber/innen oder Mitarbeiter/innen von Call-Centern oder möglicherweise auch Internet-Cafés, die häufig von Afrikaner/innen aufgesucht werden, als Schlüsselpersonen fungieren (Vgl. Akpabli 2010).

⁴⁶ So organisierte beispielsweise die Afrikanische Studenten Union Berlin Brandenburg e.V. eine Ausstellung zur Kolonialgeschichte, um auch aufzuzeigen, dass noch immer koloniale Denk- und Handlungsmuster in der Mehrheitsgesellschaft vorhanden sind. Nachhilfeunterricht wird ebenfalls von diesem Verein angeboten (Vgl. <http://asubb.org/>).

⁴⁷ Z.B. bietet der Kamerunische Studenten Verein KSV Cottbus e.V. eine Liste der Alumni mit deren derzeitiger Tätigkeit und Kontaktinformationen (Vgl. <http://www.ksv-cottbus.de/ksv-btu-alumni>).

VI.c Religion und Tradition

Wie im letzten Abschnitt angedeutet, spielen Religionsgemeinschaften eine wichtige Rolle bei der Vernetzung afrikanischer Migrant/innen. „Ethnische in Verbindung mit religiöser Identität dient oft als Vehikel einer beabsichtigten Gemeinschaftsbildung“ (Lauser and Weißkoeppel 2008). „Als Schutz vor Assimilation und Verlust der kulturellen Identität werden besonders bei Diskriminierung die hergebrachten Traditionen enorm wichtig. Religiosität, Sitten und Normen werden in der Diaspora häufig viel orthodoxer ausgelegt und intensiver gelebt als im Heimatland“ (Cindik 2009). Besonders hervorgehoben wurde dies bei Conrad (2006) in Bezug auf junge eritreische Exilant/innen. Sie betonten zwar zuvorderst traditionelle Werte und ihre Kultur an Stelle von Religion, aber die erwähnte Schutzfunktion wurde unterstrichen (Vgl. Conrad 2006). Nicht unerwähnt bleiben dürfen dabei jedoch die Identifikationsprobleme für die in Deutschland geborene ‚zweite Generation‘, die sich durch solch ‚erzählte Wirklichkeiten‘ ergeben können⁴⁸.

Ebenso wie Traditionen afrikanischer Migrant/innen in Deutschland von einigen weitergelebt werden, trifft dies auch auf die Religion zu. Der etwas größere Teil der gläubigen Subsahara-Migrant/innen sind vermutlich Christen, verbreitet sind hier neben den ‚traditionellen‘ Strömungen auch Pfingstkirchen und andere Bewegungen (Vgl. Tonah 2007).

„Im Rahmen von pfingstkirchlichen Gruppen etwa ist es üblich, den biblischen ‚Zehnten‘ als ‚missionary offering‘ zu verlangen. [...] Teilweise gibt es inzwischen in den sehr dynamischen und stark expandierenden christlichen Gemeinden in Deutschland auch Initiativen zur Integrationshilfe und Unterstützung von Kindern im Schulalter. So werden inzwischen von einigen Kirchen, im Anschluss an den Sonntags-Gottesdienst, Hausaufgaben- und Sprachhilfe oder kostenlose Nachhilfe angeboten“ (Sieveking 2009: 41).

„Viele Kirchen haben eigene Frauenorganisationen, sogenannte ‚women’s ministeries““ (Sieveking 2009), die jedoch tendenziell eher von Männern geleitet werden. Abhängig von der Verteilung der Religionen im Herkunftsland gibt es ebenfalls viele muslimische afrikanische Migrant/innen. So sind beispielsweise, vergleichbar mit der Verteilung im Herkunftsland, „die in Deutschland lebenden Äthiopier je etwa zur Hälfte Christen und Muslime“ (Baraulina, Kreienbrink et al. 2011). Ebenso wie das Christentum in unterschiedlichen Varianten ausgelegt und –gelebt wird, trifft dies ebenso auf den Islam zu

⁴⁸ Um diese Identitätsproblematik zu unterstreichen, führt Conrad (2006) eine Anekdote an. Exileritreische Jugendliche aus Italien meinten, dass ein spezielles eritreisches Brot von der Community in Italien besser gebacken würde als von den in Eritrea lebenden Nicht-Exilanten („But they cannot even make proper *injera*“ (Conrad 2006)). Der andere Geschmack des Brotes in Italien war allerdings auf den Mangel einer speziellen Zutat zurückzuführen (Vgl. Conrad 2006).

(Vgl. Loimeier (2002), der anschaulich beschreibt, wie unterschiedlich der Islam über den afrikanischen Kontinent hinweg gelebt wird). So gibt es in den größeren Städten zwar auch islamische Vereine und Moscheen afrikanischer Prägung, wie beispielsweise die African Muslim Association mit der Ansar-ul-Deen-Moschee in Hamburg, doch sind dies weniger als explizit afrikanische christliche Kirchen. Insgesamt kann festgehalten werden, dass viele afrikanische Migrant/innen religiöse und traditionelle Werte vertreten. Das Ausmaß des Auslebens dieser Werte ist dabei allerdings ähnlich verschieden wie in der Aufnahmegesellschaft. Die Präsenz dieser Werte wirkt sich, wie im folgenden Abschnitt näher ausgeführt werden soll, auch auf die Einstellungen zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen aus.

VI.d Einstellungen zu HIV/ STI

Eng im Zusammenhang mit traditionellen und religiösen Werten und Ansichten stehen die Einstellungen zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen unter afrikanischen Migrant/innen⁴⁹, wie folgendes Zitat verdeutlicht⁵⁰:

„Viele Afrikaner glauben, dass HIV hauptsächlich durch Prostituierte übertragen wird, diese aber in Deutschland auf ihre Gesundheit kontrolliert würden, weshalb hier kein Risiko bestehe. Für viele bietet ein Leben nach den Regeln der Religion ausreichend Schutz vor HIV. In einigen afrikanischen Kirchen herrschen fundamentalistische Haltungen vor, wonach z.B. HIV-Infizierte Sünder sind, die sich nicht an Gottes Wort gehalten haben. Oft werden Menschen, die sich einfach nur mit dem Thema HIV/ Aids beschäftigen, für Ehebrecher oder Prostituierte gehalten. Auch wer Kondome mit sich führt, kann verdächtigt werden, der Prostitution nachzugehen“ (Akpabli 2010: 154).

Ähnliche Beschreibungen finden sich auch in einer Vielzahl anderer Publikationen (Vgl. beispielsweise Gräser, Kruschke et al. 2009; Ouedraogo 2010). Vor allem durch die (starke) Tabuisierung von Sexualität wird ein Diskurs über Themen wie HIV/STI unterbunden, ein ‚Doppeltabu‘ um die Infektion ist die Folge (Vgl. Ouedraogo 2010). Dies wiederum schränkt die Möglichkeit oder die Fähigkeit ein, sich Wissen zu diesen Themen anzueignen, oder mit anderen das eigene Wissen zu kommunizieren.

⁴⁹ Das Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem auf dieser Einstellungsebene entstehen können, wurde bereits in Kapitel II.a erörtert.

⁵⁰ Es sei an dieser Stelle noch einmal betont, dass hier keine Pauschalaussagen über ‚den‘ oder ‚die afrikanischen Migrant/innen‘ getroffen werden sollen. Ebenso wie in der Aufnahmegesellschaft Tradition und Kultur unterschiedlich stark gelebt werden, trifft dies auch auf Familien mit Migrationshintergrund zu. Zu berücksichtigen ist auch immer der Stadt-Land Kontext, der Bildungshintergrund und viele weitere Faktoren.

„Die Vorstellung, dass HIV über Alltagskontakte zu übertragen sei und eine Infektion einen schnellen Tod herbei führe, sei noch immer weit verbreitet. Ebenso dominiere weiterhin das abschreckende Bild vom ausgemergelten Aids-Patienten. Diese Dramatisierung von HIV/ Aids schürt die Angst und Scheu vor der Erkrankung und verhindert eine Auseinandersetzung damit (...) Auf der anderen Seite ist auch eine Marginalisierung von HIV/Aids die Folge, da man sich auf Grund der Zuschreibung von HIV zu bestimmten Randgruppen in Sicherheit wiegt. Der vorhandene Informationsmangel stellt eine enorme Belastung für Betroffene dar, da sie immer wieder mit Vorurteilen und Diskriminierung seitens ihrer Umwelt konfrontiert werden“ (Gräser, Krischke et al. 2009: 24 f.).

Göttke (2009) befragte zehn in Deutschland lebende Afrikaner/innen danach, ob HIV für sie bzw. in ihren Communities ein Thema sei. Interessant hierbei war v.a., dass die meisten ihrer Interviewpartner/innen meinten, selbst gut informiert zu sein, dass sie auch mit anderen über HIV/AIDS reden wollten, die anderen dieses Thema aber nicht interessiere. Zurückgeführt wurde dieses Desinteresse auf verschiedene Gründe: zum einen sei dieses Thema eng mit dem Thema Sterben verbunden, wodurch Gespräche darüber per se unangenehm seien. Ein Interviewpartner verdeutlichte, dass insbesondere für Asylbewerber andere Themen von wesentlich größerer Bedeutung seien, wie die Suche nach Arbeit. Verwiesen wurde jedoch ebenfalls darauf, dass man über Sexualität und HIV nicht spreche, wenn man erwachsen sei und selbst wissen müsse, was man tut. Als ein weiterer Grund für das (anscheinend) vorherrschende Desinteresse wurden die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten angeführt (Vgl. Göttke 2009).

Ein großes Problem, das die Auseinandersetzung mit HIV/STI in den afrikanischen Communities verhindert, dürfte die normative Anschauung in Bezug auf traditionelle oder religiöse Werte sein. Die Risikowahrnehmung mag zwar in einem gewissen Maße vorhanden sein, wird jedoch dadurch, der Norm entsprechen zu wollen, außer Kraft gesetzt.

„Charakteristisch ist [...] die Betonung von Treue und Monogamie als kultureller Wert in den afrikanischen Communities in Europa, mit denen sich Safer Sex nicht vereinbaren lässt [...]. Kondome zu besitzen oder auf ihren Gebrauch zu bestehen, bedeutet stets in Konflikt mit der normativen Anschauung einer Beziehung zu geraten. Safer Sex Praktiken erzeugen Misstrauen in einer Partnerschaft und werden als Indiz für beabsichtigtes ‚Fremdgehen‘ angesehen“ (Gräser, Krischke et al. 2009: 12).

Eng im Zusammenhang mit dem beschriebenen mangelnden Wissen durch die Tabuisierung des Themas HIV/STI steht die Stigmatisierung und Ausgrenzung HIV-Infizierter, sobald der Serostatus bekannt wird. „Der HIV-Test an sich stellt einen besonderen Fall dar. Ein Großteil würde ihn nur heimlich machen, denn man gibt allein dadurch mögliche persönliche Verfehlungen preis“ (Ouedraogo 2010). Afrikanische Migrant/innen sind in einem solchen Falle von doppelter Stigmatisierung betroffen. „Letztendlich entsteht das Stigma um

HIV/AIDS durch die Mehrfachbelegung von moralischen und kulturellen Tabuthemen und das damit einhergehende Schweigen. So müssen sich schwarze MigrantInnen nicht nur dem Stigma ihrer HIV-Infektion stellen, sondern auch dem ihrer Hautfarbe“ (Ouedraogo 2010) Ausgrenzung erfahren sie nicht nur durch die Aufnahmegesellschaft, sondern auch in ihren eigenen Communities, wie im nächsten Abschnitt gezeigt werden soll.

VI.e Stigmatisierung HIV-Positiver innerhalb afrikanischer Communities

Dass afrikanische Migrant/innen sich oft mit institutionellem aber auch Alltagsrassismus konfrontiert sehen (müssen), ist bereits in Kapitel I und II ausführlich dargestellt worden. Kommt zum Stigma der Hautfarbe eine HIV-Infektion hinzu, so dürfte dies rassistische Vorurteile wie ‚Afrika = HIV/AIDS‘ nur weiter schüren. Doch neben dem Rassismus durch die Aufnahmegesellschaft werden HIV-positive afrikanische Migrant/innen auch innerhalb ihrer eigenen Communities ausgegrenzt oder schließen sich wegen der Angst davor selber aus. Sanogo and Wiessner (2010) stellen dazu fest:

„Stigmatisierung und Diskriminierung erwarten die Befragten^[51] eher von ihren eigenen Landsleuten als von Deutschen: Weißen scheint ein toleranterer Umgang mit HIV-Positiven eher zugetraut zu werden als Schwarzen. Frau D: ‚Ein Problem ist, wenn die schwarzen Leute wissen, dass ich krank bin. Wenn die anderen – weiße Leute – das wissen, das ist mir scheißegal. Aber wenn einer von meinen eigenen Leuten es weiß, ist es problematisch. Weil du hast Angst. Weil die das immer weitersagen“ (Sanogo and Wiessner 2010: 77, H.i.O.).

Da die Communities afrikanischer Migrant/innen in Deutschland eher überschaubar sind und viele persönliche Kontakte bestehen (Vgl. Kapitel III.a), herrscht die Angst, dass bei Preisgabe einer Infektion innerhalb kurzer Zeit die gesamte Community Bescheid weiß. Dieser Hinweis auf ‚Gerede‘ in den Communities findet sich u.a. auch bei Gräser, Krischke et al. (2009) mit der Ergänzung, dass dieses neben der Verstärkung der Isolation und Stigmatisierung auch zu „Verunsicherung der Betroffenen [führe], nämlich immer dann, wenn die Erkrankung dadurch dramatisiert wird oder beunruhigende (Fehl-)Informationen verbreitet werden“ (Gräser, Krischke et al. 2009). Zum einen kann es dazu kommen, dass die entsprechende Person auf Grund von vermutetem ‚Fehlverhalten‘ abschätzig betrachtet wird. Dies zum einen in sexueller Hinsicht, aber auch dahingehend, dass die Infektion gerade bei sehr traditionell geprägten Afrikaner/innen noch immer als Strafe Gottes oder der Ahnen angesehen wird (Vgl. Ouedraogo 2010). Eine solche Strafe wird vermutlich die Folge vorangegangenen auch allgemeinen Fehlverhaltens sein. Zum anderen besteht die Gefahr der Ausgrenzung und Vereinsamung. „Der Hintergrund ist (...) die noch immer bestehende

⁵¹ Befragt wurden sechs afrikanische Migranten.

Überzeugung, dass das Virus bei Alltagskontakten, wie das gemeinsame Benutzen von Küchenutensilien oder öffentlicher Bäder mit HIV-positiven Menschen, übertragen werden kann“ (Gräser, Krischke et al. 2009). In der Pilotstudie zum Bremer ‚Afrika-Projekt‘ wurde seitens der Interviewpartner/innen berichtet,

„dass keiner etwas mit HIV zu tun haben möchte und selbst der Kontakt zu vermeintlich Infizierten vermieden wird, da man sonst ebenfalls unter Verdacht gerate, daran erkrankt zu sein (...). Als Betroffener wird man aus der Gemeinschaft ausgeschlossen, nicht mehr als Mensch betrachtet und auf Grund von diffusen Ansteckungsängsten gefürchtet (...). Die Geheimhaltung des HIV-Status hat daher oberste Priorität, um nicht die Unterstützung der Community zu verlieren, die im Migrationsland einen hohen Stellenwert besitzt“ (Gräser, Krischke et al. 2009: 25).

Dieses Verschweigen „Um dem sozialen Tod zu entgehen, der oft den physischen Tod bedeutet“ (Sanogo and Wiessner 2010), führt hinein in einen Teufelskreis. Beziehungen können nur schwerlich eingegangen werden, da dies die Bekanntgabe des Serostatus notwendig machen würde. Das Bestehen auf den Gebrauch von Kondomen andererseits würde die/den Partner/in möglicherweise skeptisch werden lassen, worin wiederum die ‚Gefahr‘ des Bekanntwerdens des Status bestehen würde. Selbst gewählte Isolation dürfte bei vielen Betroffenen die Folge sein, auf Grund der Angst vor Ausgrenzung oder „auch aus dem Gefühl heraus Gesunden gegenüber nicht mehr gleichwertig zu sein“ (Gräser, Krischke et al. 2009). Dies wiederum kann die Grundlage sein für psychische Störungen oder Depressionen, die dem Therapieerfolg eines HIV-Infizierten ganz gewiss nicht zuträglich sind.

VII Literatur

Akpabli, R. K. (2010). Das Afrika-Projekt in Bremen. Migration und HIV-Prävention. Peter Wiessner (Hg.). Berlin, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: 150-160.

Anderson, P. (2003). "Dass Sie uns nicht vergessen..." Menschen in der Illegalität in München. Eine empirische Studie im Auftrag der Landeshauptstadt München. München, Landeshauptstadt München, Sozialreferat, Stelle für interkulturelle Zusammenarbeit.

Antidiskriminierungsstelle für Menschen mit Migrationshintergrund (AMIGRA) (Hg.) (2011). Alltagsrassismus und rassistische Diskriminierung. Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit. Dokumentation der Fachtagung vom 12.10.2010. München, Landeshauptstadt München, Direktorium.

Baraulina, T., K. Borchers, et al. (2008). Afrikanische Einwanderung nach Deutschland - Abwanderung von Intelligenz, Entwertung von Qualifikationen, Folgen für die Herkunftsländer? Migration und ethnische Minderheiten. 02/ 2008. soFid - Sozialwissenschaftlicher Fachinformationsdienst (Hg.). Bonn, GESIS-IZ: 11-37.

Baraulina, T., A. Kreienbrink, et al. (2011). Potentiale der Migration zwischen Afrika und Deutschland. Beiträge zu Migration und Integration, Band 2. Nürnberg, Eschborn, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ),.

Bayerisches Staatsministerium des Innern (Hg.) (o.J.). "Die drei Stufen im Asylverfahren. Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge prüft und entscheidet.". Retrieved 11.10.2012, from <http://www.stmi.bayern.de/buerger/auslaender/asyl/detail/06477/>.

Bethke, M. and D. Bender (2011). Zur Situation von Flüchtlingen in Italien. PRO ASYL e.V. Frankfurt/ Main.

Boger, J. (2004). Gesundheit in der 'Fremde' - Gesundheitsvorstellungen afrikanischer Frauen und Männer im Migrationskontext. Arbeitspapiere/ Working Papers Nr. 37. Johannes Gutenberg Universität Mainz. Institut für Ethnologie und Afrikastudien. Mainz.

Borde, T., T. Braun, et al. (2003). Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patient/innen und Migrant/innen. Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösungsansätze. Schlussbericht für das BMBF. Humboldt-Universität Berlin. Berlin, Universitätsmedizin Charité,.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2009). Ablauf des deutschen Asylverfahrens. Nürnberg.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2011 a). "Asylantragsstellung.". Retrieved 11.10.2012, from <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylverfahren/Antragstellung/antragstellung-node.html>.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2011 b). "Flüchtlingsschutz.". Retrieved 11.10.2012, from <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Fluechtlingsschutz/fluechtlingsschutz-node.html>.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2011 c). "Nationaler subsidiärer Schutz.". Retrieved 11.10.2012, from <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Subsidaer/National/national-node.html>.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2011 d). "Politisch Verfolgte genießen Asyl. Asylrecht hat in Deutschland Verfassungsrang.". Retrieved 11.10.2012, from <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylrecht/asylrecht-node.html>.

Bundesarbeitsgemeinschaft Asyl in der Kirche e.V. (Hg.) (o.J.). "Kirchenasyl: Erstinformation.". Retrieved 05.12.2012, from <http://www.kirchenasyl.de/index.html>.

Bundesministerium des Innern (Hg.) (2007). Illegal aufhältige Migranten in Deutschland. Datenlage, Rechtslage, Handlungsoptionen. Bericht des Bundesministeriums des Innern zum Prüfauftrag „Illegalität“ aus der Koalitionsvereinbarung vom 11. November 2005, Kapitel VIII 1.2 Berlin.

Bundesverfassungsgericht Pressestelle (Hg.) (2012). "Pressemitteilung Nr. 56/2012 vom 18. Juli 2012. Urteil vom 18. Juli 2012. Regelungen zu den Grundleistungen in Form der Geldleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz verfassungswidrig.". Retrieved 11.10.2012, from <http://www.bverfg.de/pressemitteilungen/bvg12-056.html>.

Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.) (2011). "Deutschland: Übermittlungspflicht für Bildungseinrichtungen aufgehoben." Retrieved 26.03.2013, from <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/56867/uebermittlungspflicht-aufgehoben>.

BVerfG 1 BvL 10/10 vom 18.7.2012 Absatz-Nr. (1 - 140).

Cindik, E. D. (2009). Migration, seelische Gesundheit und Transkulturelle Psychiatrie. Migration & Gesundheit. Dossier. Heinrich Böll Stiftung (Hg.). Berlin: 44-49.

Classen, G. (2009) Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

Classen, G. (2012). Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Aktualisierte Version, Stand Mai 2012. Berlin, Flüchtlingsrat Berlin (Hg.).

Conrad, B. (2006). "'A Culture of War and a Culture of Exile'. Young Eritreans in Germany and their

Relations to Eritrea." Revue européenne des migrations internationales **22**(1): 59 - 86.

Fleischer, A. (2007). Illegalisierung, Legalisierung und Familienbildungsprozesse: Am Beispiel Kameruner MigrantInnen in Deutschland. MPIDR Working Paper WP 2007-011. Max-Planck-Institut für demografische Forschung (Hg.). Rostock.

Flüchtlingsrat Baden-Württemberg e.V. (Hg.) - Redaktion (2010). Verfassungswidrig!? Das AsylbLG vor dem Aus? Rundbrief, August 2010. Flüchtlingsrat Baden-Württemberg e.V. (Hg.). Stuttgart: 12.

Flüchtlingsrat Brandenburg (Hg.) (2011). Evaluation der Änderungen der räumlichen Beschränkung des Aufenthalts von Flüchtlingen ("Residenzpflicht") in Brandenburg. Potsdam.

Flüchtlingsrat Brandenburg (Hg.) (2012). "Die 'Residenzpflicht' wird gelockert und bleibt bestehen.". Retrieved 11.10.2012, from <http://www.residenzpflicht.info/news/die-residenzpflicht-wird-gelockert-und-bleibt-bestehen/>.

Flüchtlingsrat Niedersachsen e.V. (Hg.) (o.J. a). "14.1 Aufenthaltsrechtliche Situation.". Retrieved 11.10.2012, from <http://www.nds-fluerat.org/leitfaden/14-fluechtlinge-mit-duldung/121-aufenthaltsrechtliche-situation/>

Flüchtlingsrat Niedersachsen e.V. (Hg.) (o.J. b). "15.4 Illegalisierte.". Retrieved 11.10.2012, from <http://www.nds-fluerat.org/leitfaden/15-hinweise-fuer-andere-fluechtlingsgruppen/134-illegalisierte/>.

Flüchtlingsrat Niedersachsen e.V. (Hg.) (o.J. c). "4.4 Abschiebeschutz nach § 60 Abs. 2, 3, 5 oder 7 AufenthG.". Retrieved 11.10.2012, from <http://www.nds-fluerat.org/leitfaden/4-der-bescheid-des-bundesamtes/44-abschiebungsschutz-nach-60-abs-2-3-5-oder-7-aufenthg/>.

Flüchtlingsrat Niedersachsen e.V. (Hg.) (o.J. d). "8 Perspektiven nach negativem Abschluss eines Asylverfahrens.". Retrieved 11.10.2012, from <http://www.nds-fluerat.org/leitfaden/8-perspektiven-nach-negativem-abschluss-eines-asylverfahrens/>.

Geiger, I. (2000). Interkulturelle Organisations- und Personalentwicklung im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt. B. d. B. f. A. (Hg.). Berlin/ Bonn, Bundesweiter Aktionskreis Migration und öffentliche Gesundheit.

Gerlach, H., N. Becker, et al. (2008 a). "Welche Erfahrungen haben deutsche Hausärzte mit Patienten mit Migrationshintergrund? Ergebnisse einer Fokusgruppendifkussion mit Hausärzten." Zeitschrift für Allgemeinmedizin **84**(10): 428-435.

Gerlach, H., N. Becker, et al. (2008 b). "Diskriminierung von Schwarzen aufgrund ihrer Hautfarbe? Ergebnisse von Fokusgruppendifkussionen mit Betroffenen im deutschen Gesundheitswesen." Das Gesundheitswesen **70**(1): 47-53.

Göttke, E. L. (2009). Untersuchung zur Einstellung und zum Umgang von Migranten aus Hochprävalenzländern zu HIV und AIDS sowie zur Primär- und Sekundärprävention in Berlin. Projekt Afrikerherz. VIA-Verband für interkulturelle Arbeit Regionalverband Berlin/ Brandenburg e.V. Berlin.

Gräser, S., N. Krischke, et al. (2009). HIV/ AIDS-Prävention und Versorgung für Migrantinnen und Migranten aus Sub-Sahara Afrika. Eine Pilotstudie zur Evaluation des 'Afrika-Projekts' des Gesundheitsamtes Bremen. Projektbericht. Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (ipp-Schriften). S. Görres, I. Darmann-Finck and S. G. (Hg.). Bremen, Universität Bremen. **03**.

Herrmann, M. (2000). Kulturspezifische Krankheitskonzepte. Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hg.). Berlin/ Bonn, Bundesweiter Aktionskreis Migration und öffentliche Gesundheit.

Hieronimus, A., I. Fögen, et al. (2010). ENAR Schattenbericht 2009/ 2010. Rassismus und Diskriminierung in Deutschland. European Network Against Racism (ENAR). Hamburg, iMiR - Institut für Migrations- und Rassismusforschung.

Hügel, V. M. (2013). Das Zuwanderungsgesetz 2013 - schnell, einfach, übersichtlich. Tabellen zu den Aufenthaltspapieren. Münster, Projekt Q. Büro für Qualifizierung der Flüchtlingsberatung (Hg.).

Hügel, V. M. and C. Voigt (2010). Arbeitshilfe: Krankenversicherung für Ausländer. Münster, Projekt Q. Büro für Qualifizierung der Flüchtlingsberatung.

Der Paritätische Spitzenverband (Hg.).

Hügel, V. M. and C. Voigt (2010). Arbeitshilfe: Wohnsitzauflage und Umzug. Münster, Projekt Q. Büro für Qualifizierung der Flüchtlingsberatung.

Der Paritätische Spitzenverband (Hg.).

Huschke, S. (2010). "Versorgung von Menschen ohne Papiere: 'Den letzten beißen die Hunde'." Deutsches Ärzteblatt(107): 34-35.

Kiss, A. and H. Lederer (2009). Asyl in Zahlen 2009. Tabellen, Diagramme, Karten, Erläuterungen. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.). Nürnberg.

Klemperer, D. and B. Braun (2010). Kapitel 6: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Sozialmedizin - Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Bern, Verlag Hans Huber: 193-231.

Knipper, M. and Y. Bilgin (2009). Migration und Gesundheit. Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. (Hg.). Sankt Augustin/ Berlin.

Kohlmeyer-Kaiser, V. (2010). Rückwirkende Gerechtigkeit? Ansprüche von Flüchtlingen auf erhöhte Leistungen nach § 2 AsylbLG. Rundbrief August 2010. Flüchtlingsrat Baden-Württemberg e.V. (Hg.). Stuttgart: 13-14.

Koschollek, C. and C. Santos-Hövenner (2012). Mapping afrikanischer Communities in Deutschland. Eine Analyse von Daten des Statistischen Bundesamtes. Berlin, Robert Koch-Institut (Hg.).

Kößler, M., T. Mohr, et al. (2010). Aufenthaltsrechtliche Illegalität: Beratungshandbuch 2010. Deutscher Caritasverband/ Referat Migration und Integration and Deutsches Rotes Kreuz. Freiburg im Breisgau/ Berlin.

Lämmermann, S. (2006). Abgrenzungen, zugeschriebene Identitäten und Grenzüberschreitungen - Kamerunische MigrantInnen in Freiburg. Arbeitspapiere/ Working Papers Nr. 64. Johannes Gutenberg Universität Mainz. Institut für Ethnologie und Afrikastudien. Mainz.

Lampert, T., A.-C. Saß, et al. (2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. . Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Robert Koch-Institut (Hg.). Berlin.

Lauser, A. and C. Weißkoeppel (2008). Einleitung: Die neue Aufmerksamkeit für Religion in der Migrations- und Transnationalismusforschung. Ein Plädoyer für die ethnologische Mikro- und Kontextanalyse. Migration und religiöse Dynmaik: Ethnologische Religionsforschung im transnationalen Kontext. Andrea Lauser and Cordula Weißkoeppel (Hg.). Bielefeld, transcript: 7-32.

Linder, A. (2010). Lagerland Baden-Württemberg!? Aktuelle Analyse des Flüchtlingsrats. Rundbrief. August 2010. Flüchtlingsrat Baden-Württemberg e.V. (Hg.). Stuttgart: 15-21.

Loimeier, R. (2002). "Gibt es einen afrikanischen Islam? Die Muslime in Afrika zwischen lokalen Lehrtraditionen und translokalen Rechtleitungsansprüchen." afrika spectrum **37**: 175 - 188.

M'bayo, R. (2009). Zur Gesundheitsversorgung afrikanischer Migratinnen. Migration & Gesundheit. Dossier. Heinrich Böll Stiftung. Berlin: 22-26.

Mangandango, L. (2004). Afrikanische Flüchtlinge in Berlin. Werkstatt "Armutszeugnisse".

Maschewsky-Schneider, U., M. Hey, et al. (2010). Medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Eine Befragung von Ärzt/ -innen in Berlin. Abschlussbericht. Berlin, Charité Berlin School of Public Health (BSPH).

Medibüro Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin (Hg.) (2010). "Gesundheitsversorgung." Retrieved 11.10.2012, from http://www.medibuero.de/de/Leben_in_der_Illegalitaet/Gesundheitsversorgung.html.

Mesovic, B. (2009). "Presseerklärung, 31.07.2009. Urteil zur Überstellung eines Asylsuchenden nach Griechenland liegt jetzt vor." Retrieved 11.10.2012, from http://www.proasyl.de/en/press/press/news/urteil_zur_ueberstellung_eines_asylsuchende_n_nach_griechenland_liegt_jetzt_vor/.

Migrationsrat Berlin Brandenburg e.V. (Hg.) (2011). Institutioneller Rassismus. Ein Plädoyer für deutschlandweite Aktionspläne gegen Rassismus und ethnische Diskriminierung. Berlin.

Mohammadzadeh, Z. (2010). Aids und das Fremde - Arbeit für Integration und Tabubruch. Migration und HIV-Prävention. Peter Wiessner (Hg.). Berlin, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: 27-38.

Oldag, S. (2009). Relevanz eines Dolmetscherdienstes in der Gesundheitsversorgung. Migration & Gesundheit. Dossier. Heinrich Böll Stiftung (Hg.). Berlin: 63-66.

Ouedraogo, O. I. (2010). Lebenssituation und Alltagsbewältigung von Sub-Sahara AfrikanerInnen mit HIV/AIDS in Hamburg und deren Bedeutung für die deutsche Aidsprävention. Departement Soziale Arbeit. Hamburg, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. **Master**.

PICUM - Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (Hg.) (2007). Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe. Brussels.

Preuß, R. (2012). Gesetzentwurf der Regierung. Asylbewerber sollen mehr Geld bekommen. Süddeutsche Zeitung. München.

PRO ASYL e.V. and Interkultureller Rat in Deutschland e.V. (Hg.) (2011). Menschen wie Menschen behandeln! Flüchtlinge in Deutschland: Für soziale Teilhabe und ein Leben in Würde. Frankfurt/ Main, Darmstadt.

Razum, O., H. Zeeb, et al. (2008). Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut. Berlin.

RL 2004/83/EG Abl 2004 304 0012. Richtlinie 2004/83/EG des Rates vom 29. April 2004 über Mindestnormen für die Anerkennung und den Status von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Flüchtlinge oder als Personen, die anderweitig internationalen Schutz benötigen, und über den Inhalt des zu gewährenden Schutzes, Abl 2004 L 304, 0012.

Robert Koch-Institut (2011). "HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland Bericht zur Entwicklung im Jahr 2010 aus dem Robert Koch-Institut." Epidemiologisches Bulletin **21**.

Robert Koch-Institut (2011). "Schätzung der Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland " Epidemiologisches Bulletin **46**.

Robert Koch-Institut (2012). "HIV bei Migranten in Deutschland " Epidemiologisches Bulletin **3**.

Sanogo, A. and P. Wiessner (2010). Aufenthaltssicherung durch Ehe oder Lebenspartnerschaft. Migration und HIV-Prävention. Peter Wiessner (Hg.). Berlin, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: 50-56.

Sanogo, A. and P. Wiessner (2010). Mündige Migranten?! Ergebnisse einer Befragung. Migration und HIV-Prävention. Peter Wiessner (Hg.). Berlin, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: 71-80.

Schneider, J. (2009). Die Organisation der Asyl- und Zuwanderungspolitik in Deutschland. Studie I/ 2008 im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerkes (EMN). Working Paper 25 der Forschungsgruppe des Bundesamtes. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.). Nürnberg.

Sieveking, N. (2009). Das entwicklungspolitische Engagement von Migrantinnen afrikanischer Herkunft in NRW mit dem Fokus auf Ghana. Arbeitspapiere - Working Papers No. 65. Center on Migration Citizenship and Development (COMCAD). Bielefeld.

Stadt Duisburg (Hg.) (2006). Integration durch Konsens. Auf dem Weg zu einer gemeinsamen Stadtgesellschaft. Duisburg.

Steffan, E., S. Sokolowski, et al. (2005). HIV/ AIDS und Migrant/innen. Gesundheitsrisiken, soziale Lage und Angebote einschlägiger Dienste. Nationale Auswertung für Deutschland. SPI Forschung GmbH. Berlin.

Tonah, S. (2007). Ghanaians Abroad and Their Ties Home: Cultural and Religious Dimensions of Transnational Migration. Arbeitspapiere - Working Papers No. 25. Center on Migration Citizenship and Development (COMCAD). Bielefeld.

Velho, A. (2011 a). Un/Tiefen der Macht: Auswirkungen von Rassismuserfahrungen auf die Gesundheit, das Befinden und die Subjektivität. Ansätze für eine reflexive Berufspraxis. Alltagsrassismus und rassistische Diskriminierung. Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit. Dokumentation der Fachtagung vom 12.10.2010. Antidiskriminierungsstelle für Menschen mit Migrationshintergrund (AMIGRA) (Hg.). München, Landeshauptstadt München, Direktorium: 12-39.

Velho, A. (2011 b). "Auswirkungen von rassistischen Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit und auf Prozesse der Subjektivierung." Zeitschrift des Informations- und Dokumentationszentrums für Antirassismuserfahrung in Nordrhein-Westfalen **17**(1): 8-12.

VO (EG) Nr. 343/2003 Abl 2003 L 050 0001 Verordnung (EG) Nr. 343/2003 des Rates vom 18. Februar 2003 zur Festlegung der Kriterien und Verfahren zur Bestimmung des Mitgliedstaats, der für die Prüfung eines von einem Drittstaatsangehörigen in einem Mitgliedstaat gestellten Asylantrags zuständig ist, Abl 2003 L 050, 0001.

Vogel, D. and M. Aßner (2010). Kinder ohne Aufenthaltsstatus - illegal im Land, legal in der Schule. Studie für den Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR). Hamburg.

Voigt, C. (2012). Sozialleistungen für Flüchtlinge. Berlin, Der Paritätische Gesamtverband (Hg.).

von Nolting, N. (2002). Gemeinschaft im Exil: Eritreische Flüchtlinge in Frankfurt am Main. Arbeitspapiere/ Working Papers Nr. 11. Johannes Gutenberg Universität Mainz. Institut für Ethnologie und Afrikastudien (Hg.). Mainz.

von Unger, H. and T. Gangarova (2011). PaKoMi Handbuch: HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en. Berlin Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Warnecke, A., J. Brethfeld, et al. (2007). Die Rolle der afrikanischen Diaspora im Konfliktgeschehen. Konzeptpapier zu dem Workshop 'Konfliktfaktor oder Krisenschlichter? Die Rolle der afrikanischen Diaspora im Konfliktgeschehen' des Ministeriums für Generationen, Frauen, Familie und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (MGFFI) in Zusammenarbeit mit dem Internationalen Konversationszentrum Bonn (BICC). Bonn.

Warnecke, A. and C. Schmitz-Pranghe (2011). Diasporaengagement für Entwicklung und Frieden. Handlungsspielräume und Kapazitäten der äthiopischen Diaspora in Deutschland. Potentiale der Migration zwischen Afrika und Deutschland. Tatjana Baraulina, Axel Kreienbrink and Andrea Riester (Hg.). Nürnberg, Eschborn, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ),: 183-215.

Weißköppl, C. (2005). "Transnationale Qualitäten in Netzwerken von Sudanesen in Deutschland." Nord-Süd aktuell(1): 34-44.

VIII Linkliste

In der Reihenfolge des Vorkommens im Kapitel V.b Vereine und Schlüsselpersonen:

- ⇒ AfroPort - das deutschsprachige Afrikaportal für Kunst, Kultur und Business (nahe Regensburg):
 - ↳ http://www.afroport.de/kg_institutionen_vereine.php
- ⇒ Challenge Camerounais e.V. (Hamburg):
 - ↳ <http://www.challenge-camerounais.de/>
- ⇒ FASO Initiative e.V. (Berlin):
 - ↳ http://www.faso-initiative.de/component/option,com_frontpage/Itemid,1/
- ⇒ International Christian Revival Church – Internationale Christliche Gemeinde (Berlin)
 - ↳ <http://www.revivalchurch.de/index.php>
- ⇒ Evangelisch-lutherische Kirchengemeinde St. Georg-Borgfelde – African Christian Church (Hamburg):
 - ↳ <http://www.stgeorg-borgfelde.de/seiten/netzwerk/african-christian-church.php>
- ⇒ Afrikanische Akademische und Studenten Union Berlin Brandenburg e.V. (Berlin):
 - ↳ <http://asubb.org/>
- ⇒ Kamerunischer Studenten Verein Cottbus e.V. (KSV Cottbus e.V.) (Cottbus):
 - ↳ <http://www.ksv-cottbus.de/ksv-btu-alumni>

IX Anhang A: Das deutsche Asylverfahren

Das Recht auf Asyl für politisch Verfolgte ist in Deutschland im Grundgesetz Art. 16a Abs. 1 festgeschrieben. Als politisch verfolgt gelten Personen dann, wenn die Verfolgung

„dem Einzelnen in Anknüpfung an seine politische Überzeugung, seine religiöse Grundentscheidung oder an für ihn unverfügbare Merkmale, die sein Anderssein prägen, gezielt Rechtsverletzungen zufügt, die ihn ihrer Intensität nach aus der übergreifenden Friedensordnung der staatlichen Einheit ausgrenzen“ (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) 2011 d).

Flüchtlingsschutz wird einem Migranten dann gewährt,

„wenn sein Leben oder seine Freiheit in seinem Herkunftsstaat wegen seiner

- *Rasse*
- *Religion*
- *Staatsangehörigkeit*
- *seiner Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder*
- *wegen seiner politischen Überzeugung bedroht ist“* (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) 2011 b)⁵².

Hierbei ist es unerheblich, ob entsprechende Merkmale tatsächlich vorhanden sind, allein die Zuschreibung dieser durch den Verfolger genügt als Begründung für Furcht vor Verfolgung (Vgl. Art. 10 Abs. 2 RL 2004/83/EG Abl 2004 304 0012.).

Das Asylverfahren in Deutschland beginnt prinzipiell damit, dass sich die betreffende Person im Inland bei einer offiziellen Stelle (z.B. bei der Polizei) als Asyl suchend zu erkennen gibt. Über die nächstgelegene Erstaufnahmeeinrichtung wird er entsprechend dem Verteilungssystem ‚EASY‘ quotenabhängig an das für ihn zuständige Bundesland und die sich dort befindliche Aufnahmeeinrichtung weitergeleitet, die für seine Unterbringung sorgt. Die Asylantragsstellung erfolgt anschließend in einer Außenstelle des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Nach Prüfung der Antragsart (Erst-, Folge-, Mehrfachantrag), einem Abgleich mit dem Ausländerzentralregister und erkennungsdienstlicher Behandlung⁵³ erhält der Antragssteller zunächst eine

⁵² Zur Abgrenzung der genannten Begriffe vgl. Artikel 10, Abs. 1 a) – e) RL 2004/83/EG Abl 2004 L 304, 0012.

⁵³ Es werden hierbei auch Fingerabdrücke genommen und diese mit einem europäischen Register (EURODAC) abgeglichen, um zu prüfen, ob die Einreise über einen sicheren Drittstaat erfolgte oder ob in einem anderen europäischen Staat bereits Asyl beantragt wurde (Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) 2011 a).

Aufenthaltsgestattung⁵⁴, die ihm ein Bleiberecht einräumt, bis über seinen Antrag entschieden ist (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) 2009). Diese Aufenthaltsgestattung beschränkt sich länderabhängig auf den Kreis oder das Bundesland, in dem sich die Aufnahmeeinrichtung befindet (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) 2011 a).

Im Anschluss an die Antragsstellung erfolgt die nicht öffentliche Anhörung des Antragsstellers durch einen Vertreter des BAMF, in welchem die Verfolgungsgründe dargelegt und glaubhaft gemacht werden müssen. Daraufhin erfolgt die Prüfung, ob gemäß Dublin-II-Verfahren⁵⁵ die Bundesrepublik oder ein anderer Staat des Dublin-Raumes⁵⁶ für die Durchführung des Asylverfahrens zuständig ist. Sofern dies nicht zutrifft und dementsprechend kein Übernahmehersuchen gestellt wird, erfolgt die inhaltliche Entscheidung über den Antrag. Hierbei sind mehrere Ausgänge möglich⁵⁷.

Zunächst ist zu unterscheiden zwischen einer Anerkennung als Asylberechtigter und der Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft. Der Hauptunterschied zwischen beiden Rechtsstellungen besteht zunächst in der verschiedenartigen Definition des Verfolgt-Werdens. Beim Asyl geht es um das gezielte Zufügen von Menschenrechtsverletzungen, es dient somit dem Schutz der Menschenwürde in einem umfassenderen Sinne (daher auch das Synonym ‚Großes Asyl‘). Die Flüchtlingseigenschaft wird hingegen zuerkannt, wenn „Handlungen [erfolgen], die auf Grund ihrer Art oder Wiederholung so gravierend sind, dass sie eine schwerwiegende Verletzung der grundlegenden Menschenrechte darstellen, insbesondere der Rechte, von denen gem. Art. 15 Abs. 2 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) keine Abweichung zulässig ist“ (Bundesamt für

⁵⁴ Die Aufenthaltsgestattung ist, genauso wie die Duldung, im Gegensatz zum Visum (§ 6 AufenthG), zur Aufenthaltserlaubnis (§ 7 AufenthG), zur Niederlassungserlaubnis (§ 9 AufenthG) sowie zur Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EG (§ 9a AufenthG) kein Aufenthaltstitel.

⁵⁵ Die Durchführung dieses Verfahrens dient dazu, das Stellen von Asylanträgen in mehreren Mitgliedsstaaten zu vermeiden. Zuständig gemäß diesem Verfahren ist der Staat, a) in dem der erste Asylantrag gestellt wurde, b) der dem Drittstaatsangehörigen ein Visum ausgestellt oder c) dessen illegalen Grenzübertritt nicht verhindert hat. Befinden sich Familienangehörige in einem anderen Mitgliedsstaat, so kann auf Wunsch des Asylantragsstellers dieses Land als das Zuständige bestimmt und der Antragssteller dorthin überstellt werden (Vgl. VO (EG) Nr. 343/2003 Abl 2003 L 050 0001).

⁵⁶ Die Dublin-Staaten umfassen sämtliche EU-Mitgliedsstaaten sowie Norwegen, Island und die Schweiz (Vgl. Kiss and Lederer 2009).

⁵⁷ Vgl. dazu vertiefend auch Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2009).

Migration und Flüchtlinge (Hg.) 2011 b)⁵⁸. Die Verfolgung kann sich jedoch auch durch „unterschiedliche Maßnahmen [auszeichnen], die für sich genommen noch keine schwerwiegende Verletzung grundlegender Menschenrechte darstellen, zusammengenommen jedoch so gravierend sind, dass eine Person davon in ähnlicher Weise betroffen ist“ (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) 2011 b). Bei der Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft wird auch vom ‚Kleinen Asyl‘ gesprochen.

Formal juristisch betrachtet erfolgt die Anerkennung als Asylberechtigter nach Art. 16 a Abs. 1 GG. Nach Feststellung des Status als Asylberechtigter erhält der Antragssteller eine Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 1 Satz 1 AufenthG und nach drei Jahren ohne Amtswiderspruch einen Niederlassungstitel, der zum unbefristeten Aufenthalt in Deutschland berechtigt. Asyl kann nicht gewährt werden, wenn die Einreise über ein sicheres Herkunftsland bzw. einen sicheren Drittstaat⁵⁹ erfolgte, die Flüchtlingseigenschaft wird jedoch geprüft.

Der Flüchtlingsstatus ist im Vergleich zum Asyl ein internationaler Titel, der sich nach der Genfer Konvention zum Schutz von Flüchtlingen von 1951 richtet. In nationalem Recht definiert § 3 Abs. 1 AsylVfG in Verbindung mit § 60 Abs. 1 AufenthG wer als ein solcher Flüchtling anerkannt wird und § 3 Abs. 4 AsylVfG stellt klar, dass dieser Person dann auch die Flüchtlingseigenschaft zuerkannt wird. Dies wiederum ist Voraussetzung dafür, dass sie nach § 25 Abs. 2 AufenthG einen Aufenthaltstitel erhält. Auch hier kann nach drei Jahren ohne Amtswiderspruch eine Niederlassungserlaubnis erteilt werden. Eine Asylanerkennung nach § 25 Abs. 1 oder Abs. 2 AufenthG kommt demnach wegen einer HIV-Infektion oder AIDS nicht in Betracht, da sie an politische Verfolgung anknüpft.

Wird ein Antragssteller jedoch weder als Asylberechtigter noch als Flüchtling anerkannt, so findet im weiteren Verlauf des Verfahrens die ziellandbezogene⁶⁰ Prüfung auf subsidiären Schutz statt, entsprechend dem eine Abschiebung nicht erfolgen darf. „Ein Ausländer darf nicht abgeschoben werden, wenn ihm im Zielland Folter, unmenschliche oder erniedrigende

⁵⁸ Dies betrifft Art. 2 (Recht auf Leben), Art. 3 (Verbot von Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung), Art. 4 Abs. 1 (Verbot von Sklaverei oder Leibeigenschaft) sowie Art. 7 (*nulla poena sine lege*, Keine Strafe ohne Gesetz) (Vgl. Art. 15 Abs. 2 EMRK).

⁵⁹ An das entsprechende Land wird der Antragssteller gemäß der Dublin-II-Verordnung zur Durchführung des Asylverfahrens überstellt. Da viele – gerade auch afrikanische – Flüchtlinge über Griechenland oder Italien einreisen, müsste ihr Verfahren auch in diesen Staaten erfolgen. Es gibt jedoch bereits eine Vielzahl von Gerichtsentscheidungen, die eine Überstellung nach Griechenland (Vgl. z.B. Mesovic 2009)

bzw. Italien (Vgl. Bethke and Bender 2011) untersagt haben, wenn der Asylantrag auf Grund der Zuständigkeit eines anderen Staates abgelehnt wurde.

⁶⁰ D.h. die Prüfung erfolgt hinsichtlich des Landes, in welches der Antragssteller abgeschoben werden soll.

Strafe droht. Dies gilt auch bei erheblicher, individueller Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit“ (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) 2011 c), beispielsweise durch die Gefahr der Verhängung bzw. Vollstreckung der Todesstrafe im Zielland. Juristische Grundlage für solche Abschiebungsverbote bildet § 60 Abs. 2 bis 5 oder Abs. 7 AufenthG (Vgl. Bayerisches Staatsministerium des Innern (Hg.) o.J.). Auch hier wird in der Regel eine befristete Aufenthaltserlaubnis erlassen (Vgl. Flüchtlingsrat Niedersachsen e.V. (Hg.) o.J. c) (nach § 25 Abs. 3 AufenthG). Unter diesen Schutz fallen auch HIV-Positive Migranten, wenn keine Behandlungsmöglichkeiten im Herkunftsland gegeben oder diese nicht finanzierbar sind. Es besteht somit Gefahr für Leib und Leben, also ein Abschiebehindernis, weshalb eine Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 3 AufenthG durch das BAMF im Nationalpass erteilt werden kann.