

Aids in der Fremde

Interkulturelle Aspekte in der
Arbeit mit MigrantInnen



Dokumentation



der
Fachtagung in Bremen
30. November 2000

Impressum:

Herausgeber
Gesundheitsamt Bremen

Redaktionelle Bearbeitung
Martin Taschies

Gestaltung
Harald Freytag

Druck
Scholz Druck & Verlag

Auflage
600 Stück

© 2001
Gesundheitsamt Bremen
Horner Str. 60 – 70
28203 Bremen
aidsberatung@gesundheitsamt.bremen.de
www.gesundheitsamt-bremen.de

Preis: DM 10,- / Euro 5,-

Inhalt

Einleitung	5
Grußworte	7
Referate	
Petra Narimani „Bereitschaft zum Perspektivenwechsel ? Gedanken zur HIV-Primärprävention für Migrantinnen und Migranten“	11
Dr. Holger Hoffmann „Verhindert die HIV-Infektion eine Abschiebung?“	19
Dr. Zahra Mohammadzadeh „Kulturelle Unterschiede – interkulturelle Aspekte in der AIDS- und STD Arbeit“	25
Rosaline Spaine „Situation chronisch kranker MigrantInnen am Beispiel HIV und AIDS“	31
Horst Herkommer „Analyse der psychosozialen Probleme von Migranten mit HIV und AIDS“	35
Ergebnisse der Arbeitsgruppen	38
Zusammenfassung und Ausblick	43
Personalien	45
Literaturhinweise	47
Organisatoren	58

Einleitung

In unserer Stadt leben ca. 83.000 Migrantinnen und Migranten aus 160 verschiedenen Ländern. Dies ist ein Anteil von 12 % an der Bevölkerung Bremens.

Das Gesundheitsamt Bremen beschäftigt sich seit einigen Jahren systemisch, über Modellprojekte und bericht-erstattend mit dem Thema Migration und Gesundheitssicherung. Ein Teilbereich dieses Arbeitsspektrums ist die Auseinandersetzung mit der Thematik HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen. Dabei gilt es sowohl die epidemiologischen Zusammenhänge in den Herkunftsländern der Migranten, als auch die hiesige Lebenssituation der Betroffenen zu berücksichtigen. In unserem Gesundheitswesen ist das Wissen über die spezi-fischen Zusammenhänge von Migration und Gesundheit und den daraus resultierenden Belastungen der Ziel-gruppe nur begrenzt vorhanden.

In der Kontinuität und Verantwortung seines Auftrages als kommunale Fachverwaltung entwickelte das Gesund-heitsamt die Idee, über eine Veranstaltung sowohl die allgemeine Öffentlichkeit als auch Institutionen des Versorgungssystems über die Thematik Migration / HIV / AIDS / sexuell übertragbare Erkrankungen zu informie-ren.

Die so entstandene Fachtagung „Aids in der Fremde“ hat damit Organisationen zusammengeführt, die in ihren originären Arbeitsschwerpunkten sehr unterschiedlich ausgerichtet sind:

- das Gesundheitsamt Bremen als Initiator mit den Arbeitsbereichen:
Medizinische Untersuchung und Betreuung von Zuwanderern, Beratung bei sexuell übertragbaren Erkrankungen und der aids Beratung
- das Evangelische Bildungswerk Bremen
- die Ökumenische Initiative
- die Norddeutsche Mission
- den Dachverband der Ausländerkulturvereine (DAB e.V.)
- das Bremer Informationszentrum für Menschenrechte und Entwicklung (biz)
- die Aids Beratung des Rat & Tat Zentrums für Schwule und Lesben Bremen e.V.

Folgende Fragestellungen waren für die Fachtagung von besonderem Interesse:

- Wie ist die Situation von chronisch kranken Migranten am Beispiel von HIV/Aids?
- Wie sehen interkulturelle Arbeitsansätze in diesem Bereich aus?
- Welche Präventionsstrategien sind für die Gruppe der Migrantinnen und Migranten erforderlich?
- Welche Rolle spielt die HIV Infektion in den rechtlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen?

Diese Fragen sind in den Vorträgen erörtert und in den Arbeitsgruppen vertieft diskutiert worden.

Für die Veranstalter war u.a. ein Ziel der Fachtagung das Thema Migration und Gesundheit mit allen seinen Facetten, als institutionsübergreifende Querschnittsaufgabe zu verankern. Sie soll damit ein Baustein in der Arbeit der beteiligten und teilnehmenden Organisationen werden, die Diskussion über Migration und Gesundheit anregen, intensivieren und Einblicke und Ausblicke ermöglichen.

Dr. H.-Jochen Zenker

Die Veranstaltung fand im „forum Kirche“ statt.

Das Evangelische Bildungswerk Bremen und die Ökumenische Initiative haben sich in der Vergangenheit schon immer offensiv mit Fragen von Flüchtlingen und der Aids – Problematik auseinander gesetzt.

In diesem Rahmen begrüßte Pastor Louis-Ferdinand von Zobeltitz, Schriftführer der Bremisch ev. Kirche, als Gastgeber die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Veranstaltung.

**Begrüßung durch Felicitas Jung,
Gesundheitsamt Bremen,
aids Beratung**

Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen
Sehr geehrter Herr Dr. Knigge, Herr Pastor von Zobeltitz und Herr Dr. Zenker.

Ich möchte Sie alle hier ganz herzlich im Namen der Veranstalter begrüßen.

Erst die gemeinsame und gute Kooperation verschiedener Bremer Institutionen hat diese Tagung ermöglicht. Die beteiligten Organisationen möchte ich hier namentlich nennen:

- das evangelische Bildungswerk Bremen und die Ökumenische Initiative, die heute unsere Gastgeber sind, dies neben vielen anderen Aufgaben die sie im Vorfeld übernommen haben,
- die Aids-Beratung des Rat und Tat Zentrums für Schwule und Lesben in Bremen,
- das Bremer Informationszentrum für Menschenrechte und Entwicklung,
- der Dachverband der Ausländerkulturvereine in Bremen,
- die Norddeutsche Mission und
- das Gesundheitsamt Bremen, das mit drei Arbeitsbereichen vertreten ist:
der Beratungsstelle für sexuell übertragbare Erkrankungen
dem Sachgebiet Medizinische Untersuchung und Betreuung von Zuwanderern und
der aids Beratung.

Wir alle freuen uns, dass unsere Tagung eine so gute Resonanz gefunden hat. Wir fühlen uns dadurch in unseren Arbeitsansätzen bestätigt, wünschen uns aber auch, dass es uns gelingt, die Prävention und die Versorgung im Bereich HIV/AIDS und sexuell übertragbaren Erkrankungen für und mit Migrantinnen und Migranten weiter zu entwickeln.

Die Idee zu dieser Tagung entstand aus der Arbeit des Gesundheitsamtes. Wir haben dort 1997 in der Kooperation der o.g. Sachgebiete begonnen ein Präventionsangebot zu HIV/AIDS und sexuell übertragbaren Erkrankungen für männliche Asylbewerber mit Dolmetschern zu entwickeln.

Dieses erste Angebot wurde modifiziert. Aus ihm entstand ein Folgeprojekt mit muttersprachlichen Multiplikatoren, die eigenständig Aufklärungsangebote machen können.
Aus dieser Arbeit haben sich für uns viele neue Fragen ergeben.

Uns war auch stets bewusst, dass dies kein ausreichendes Angebot ist und dass es weitere und andere Wege der Aufklärung und Versorgung von Migrantinnen und Migranten gibt und geben muss, die wir gerne weiter verfolgen würden, soweit unsere Ressourcen dies ermöglichen.

Uns ist auch bewusst, dass HIV/Aids und sexuell übertragbare Erkrankungen nur ein Teilbereich der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten ist, der in die gesamte Versorgung eingebettet werden muss.

Wir haben hier auch bewusst darauf verzichtet, HIV/AIDS als ein spezifisch medizinisches Thema aufzugreifen, da es noch immer gilt Rahmenbedingungen für Migrantinnen und Migranten zu schaffen, die es ihnen im Einzelfall ermöglichen, die vorhandene Versorgungsstruktur zu nutzen. Die medizinisch notwendige Versorgung unterscheidet sich nicht von der für deutsche Bürgerinnen und Bürgern.

Unser Anliegen für die Tagung ist gemeinsam mit Ihnen zu reflektieren und zu diskutieren was zukünftig noch besser gemacht werden kann, wie wir Zugang zu den verschiedenen Gruppen finden können und wie es uns gelingen kann vorhandene Strukturen in der gemeinsamen Kooperation besser zu nutzen.

Ich wünsche Ihnen und uns Mut zum gemeinsamen und kritischen Erfahrungsaustausch und gute und fruchtbare Diskussionen.

Grußwort von Staatsrat Dr. Knigge

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie zu der Fachtagung „AIDS in der Fremde“. Migrantinnen und Migranten sind zunehmend auch von sexuell übertragbaren Erkrankungen und dazu zählt die HIV-Infektion, betroffen. Um zu verstehen, was dahinter steckt, sind zunächst gute Kenntnisse der kulturellen Hintergründe und die Umstände des Verlassens des Heimatlandes erforderlich. Die sozialen und rechtlichen Bedingungen, unter denen Migrantinnen und Migranten hier leben, sind ebenfalls zu beachten, um zielgenaue Maßnahmen zur Gesundheitssicherung entwickeln zu können.

Insgesamt liegt in Deutschland wenig fachliches Know-how für die Planung und Durchführung interkultureller Gesundheitsberatung vor. So gibt es auch nur sehr wenige Untersuchungen, die sich gezielt mit der gesundheitlichen Lage ausländischer Zuwanderer befaßt haben. Zudem wird dieser Personenkreis bei Forschungsvorhaben meist nicht oder zumindest nicht hinreichend differenziert einbezogen. Es gibt nicht die Gruppe der Zuwanderer, wie wir alle wissen. Arbeitsmigranten, Aussiedler, Asylsuchende, Asylberechtigte und Kriegsflüchtlinge – sie alle unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht voneinander. Diese Unterschiedlichkeit muss in der Konzeption von Präventionsmaßnahmen und der Versorgung im Krankheitsfall Berücksichtigung finden.

Aber nicht nur die Kenntnis des jeweiligen soziokulturellen Hintergrundes ist wichtig. Auch sprachliche Hindernisse zwischen Migrantinnen und Migranten und den Fachleuten aus dem Gesundheitswesen sind zu überwinden.

Die Angst vor Ausweisung sowie bestehende rechtliche Rahmenbedingungen erschweren in vielen Fällen zusätzlich den Zugang zu unserem Regelversorgungssystem.

Ist es für Zuwanderer ohnehin schon nicht müheelos, den selbstverständlichen Zugang zur Gesundheitsfürsorge zu erlangen, so erschwert sich die Problematik noch, wenn es um die Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen geht. Die Verknüpfung von Tabuthemen – Sexualität, Krankheit, Tod – erfordert besondere Sensibilität. Unter Zuwanderern bedeutet die AIDS-Erkrankung häufig auch eine Stigmatisierung innerhalb der eigenen Gruppe.

Dass sich jetzt die sieben Veranstalter dieser Fachtagung mit durchaus unterschiedlichen Zugängen zusammengefunden haben, um sich diesem schwierigen Themas anzunähern, ist verdienstvoll. Unser Ziel muss es meines Erachtens sein, Migrantinnen und Migranten den Weg zur Regelversorgung zu ebnen. Dazu müssen sich die Fachleute im Gesundheitswesen der Problematik bewußt werden und sich der Herausforderung stellen.

Diese Veranstaltung zeigt, dass eben das passiert. Wir sind auf dem Weg, und das übrigens nicht erst seit heute. Es ist ja nicht so, dass wir bei Null anfangen würden. In Bremen wurde bereits im Jahr 1993 vom Gesundheitsamt eine Studie zum Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten durchgeführt, die unter anderem in das Bremer Gesundheitsprogramm für Asylsuchende und Kriegsflüchtlinge mündete. Das Ziel dieses Weges ist der gleichberechtigte, ungehinderte und vor allem den Lebensbedingungen und kulturellen Hintergründen der Migrantinnen und Migranten angepasste Zugang zum medizinischen Versorgungssystem.

Meine Damen und Herren, ich habe dem Programm entnommen, dass Ihnen viele interessante Referate und Diskussionen bevorstehen. Es wird sich dabei als immenser Vorteil erweisen, dass Veranstalter, Vortragende und Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus unterschiedlichsten Zusammenhängen kommen. Ich wünsche Ihnen eine informative und produktive Fachtagung.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Petra Narimani , VIA Berlin-Brandenburg e.V.

Bereitschaft zum Perspektivenwechsel ? Gedanken zur HIV-Primärprävention für Migrantinnen und Migranten

Das Motto der Fachtagung „AIDS in der Fremde“ hat mich schockiert, denn es benennt in schonungsloser Deutlichkeit den Zustand, in dem wir uns befinden: ein Allgemeinzustand, den man kaum über die Krankheit AIDS und deren mögliche Verhinderung definieren kann. Vor allem darüber möchte ich heute sprechen.

Über die Einladung habe ich mich sehr gefreut, weil ich es wichtig finde, die vielen praktischen Erfahrungen, die im Laufe der Jahre gesammelt wurden, immer wieder auf breiter Ebene zu reflektieren. Derartige Veranstaltungen sind ein Prüfstein dafür, ob wir uns in einem Veränderungsprozess befinden oder ob wir die immer gleichen Probleme in immer neuen Varianten wiederholen. Sie sind wichtig, um die Erfahrungen, die wir machen, in einen breiten Kontext einzuordnen und damit auch sehr praktische Erkenntnisse wirksam umzusetzen in eine Gesamtstrategie. Es geht voran, ohne Zweifel. Ich kann – zurückblickend auf die letzten 10 Jahre – sagen, dass sich sogar eine ganze Menge getan hat. *Trotzdem hat sich weder die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten umfassend verbessert noch sind wir der Primärprävention im Bereich HIV und AIDS wesentlich näher gerückt.*

Dass wir uns heute, nach fast 20jähriger erfolgreicher Präventionsarbeit in Deutschland noch immer fragen, wie denn Primärprävention für Migrantinnen nun zu gestalten sei, zu einem Zeitpunkt, wo in westlichen AIDS-Organisationen über „barebacking“ als Folge neuer Therapieerfolge diskutiert wird, zu einem Zeitpunkt, wo HIV und AIDS in allen Finanztiteln und neuen Konzeptansätzen nach hinten rücken, ist im Grunde genommen ein Skandal.

Die groteske Weigerung Deutschlands, sich als Einwanderungsland zu sehen, bleibt nicht ohne Folgen und ist im Grunde schon die ganze Erklärung auch für das Dilemma fehlender Prävention und falscher Ansätze. Neben dem damit verbundenen gesellschaftlichen Klima sind es die starren, unflexiblen Strukturen, die eine solche Situation überhaupt haben entstehen lassen und die es uns heute so schwer machen, Migrantinnen und Migranten für eine Zusammenarbeit zu gewinnen und notwendige Kooperationen entstehen zu lassen.

Der Grund, warum man sich in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern so spät und durchweg zögerlich mit dem Thema AIDS und Migration beschäftigt hat, wird gerne mit immer knapper werdenden Mitteln im Gesundheits- und Sozialbereich begründet. Aber das ist es nicht wirklich, die eigentlichen Probleme liegen woanders. 1995 wurde mir beim Versuch, den Vertreter einer staatlichen Einrichtung von der Notwendigkeit primärpräventiver Maßnahmen für Migrantinnen und Migranten zu überzeugen, gesagt: „Sie werden sich wundern, welches Ausmaß an Mittelkürzungen in den nächsten Jahren auf uns zukommt. Das können wir uns schlicht nicht leisten. Außerdem überbewerten Sie die Notwendigkeit von Primärprävention für Migrantinnen und Migranten. Sie sehen doch selbst, wie gering die Zahl der Infizierten *in dieser Gruppe* (man beachte die Definition „diese Gruppe“) ist.“

Nun ja, die Zahlen sind inzwischen deutlich gestiegen, aber schon damals habe ich mich geweigert, die Notwendigkeit von Information und Aufklärung an Zahlen festzumachen. Denn: Jeder hier lebende Mensch hat das Recht auf Information und wer er/sie ist und woher er/sie kommt, spielt dabei zunächst einmal keine Rolle. Allerdings spielt eine Rolle, was er/sie tut. Das ist ein Ansatz, mit dem auch AIDS-Hilfe gut leben könnte. Dass sie es nicht tut und dass es der Vertreter der staatlichen Einrichtung nicht tat, mag nicht verwundern, denn es kommt auf die *Perspektive* an.

Von der „Bereitschaft zum Perspektivenwechsel“ in Fragen interkultureller Zusammenarbeit sei auch unter engagierten deutschen Kolleginnen und Kollegen des Sozialreferats der Landeshauptstadt München wenig zu spüren, heißt es in einer Studie von Januar 2000.¹

Und genau hier, so meine ich heute zu wissen, liegt die Wurzel allen Übels. Denn auch bei Überlegungen zur Primärprävention sollte es vorrangig darum gehen, die *eigenen* Strukturen und Verhaltensweisen in Frage zu stellen, mit denen sich Menschen nicht-deutscher Herkunft permanent auseinander setzen müssen. Seit langem bin ich der Überzeugung, dass wir sehr grundsätzlich etwas falsch machen, am falschen Punkt ansetzen und damit die falsche Richtung einschlagen. Dieses „am falschen Punkt ansetzen“ beginnt in unseren Köpfen zu einem sehr viel früheren Zeitpunkt, als uns bewusst ist.

Ich glaube, dass unsere Rolle bei der Entwicklung von Primärpräventionsmaßnahmen für Migrantinnen und Migranten eine ganze andere werden muss. Ich hoffe, dass es mir mit diesem Beitrag gelingt, deutlicher zu beschreiben, was ich meine.

Wenn wir über die Notwendigkeit von Primärprävention für Migrantinnen und Migranten nachdenken, fallen uns viele Probleme ein. Wir sprechen gerne von kulturell bedingten Tabus, die zu brechen seien; von der Schwierigkeit, mit MigrantInnen über Sexualität zu reden (als ob uns selbst das so leicht fallen würde!); wir sprechen gerne über die Unterdrückung der Frau in anderen Kulturen und noch lieber über den Islam (von dem wir weitestgehend gar keine Ahnung haben). Wir erlauben uns sogar, in diesem Zusammenhang über Beschneidung zu sprechen. All das, finde ich, kann unser Thema nicht sein. Beginnen wir doch ganz einfach zuerst mit uns selbst und den Strukturen, in denen wir uns alle bewegen müssen.

Wir haben das Wissen (und dieses Wissen möchte ich zunächst mal ausschließlich auf das Wissen über Strukturen begrenzen), wir haben das Geld und damit auch die Möglichkeit, entsprechende Angebote für die Entwicklung von Präventionsansätzen zu machen. Aber wo, wie und mit wem anfangen?

Ideal wäre natürlich, wenn Delegierte bestimmter Migrantengruppen kämen und Primärprävention einfach forderten. Da könnte man – mindestens – mit einer bestimmten Gruppe anfangen. Aber immer noch gilt der Satz, den vor mehr als 5 Jahren eine Migrantin zum Thema Einbeziehung von MigrantInnen formulierte: „Über Dinge, die ich nicht weiß, kann ich mich auch nicht informieren.“ Dass Migranten also kommen, ist höchst selten der Fall und warum sie nicht kommen, hat – *Perspektivenwechsel* – weniger mit **ihnen** als vielmehr mit **unseren** Strukturen und **unseren** Verhaltensweisen zu tun.

Wenn entsprechende Projekte diskutiert werden sollen, erscheinen oft nur Deutsche, die MigrantInnen bleiben weg. „Die haben kein Interesse.“ „Das ist immer so.“ „Das scheint ein Tabu zu sein. Da reden *die* nicht gerne drüber.“ „Ich weiß auch nicht, warum keiner gekommen ist.“ – so die gängigen Feststellungen deutscher Einrichtungen. Das zeigt, das irgendwas nicht stimmt. Was aber stimmt nicht? Haben *die* wirklich kein Interesse oder liegt es vielleicht an uns selbst, dem ersten Schritt, der bereits in die falsche Richtung getan wurde?

Bei den wenigen Gelegenheiten, bei denen eine diesbezügliche Initiative von Migrantenseite ausgeht, ergeben sich auf Grund der gegenwärtigen Bedingungen schon im Vorfeld so viele Probleme, dass es schwer ist, die nun entstehenden Konflikte unbeschadet durchzustehen. Immer wieder erlebe ich, dass man in der AIDS-Hilfe-Bewegung kaum ernst genommen wird, wenn man nicht auf dem allerneuesten Diskussionsstand ist. Man wird vielfach sogar ausgelacht. Das gilt zwar für Migranten wie Nicht-Migranten gleichermaßen, jedoch sind die Folgen im ersteren Fall schwerwiegend. Wie oft habe ich gehört: „Mein Gott, wen schickst Du uns denn da; der hat ja gar keine Ahnung.“ Na, wie denn auch? Wichtig ist doch allein – *Perspektivenwechsel* – die Offenheit einer Person, der Wille zu lernen, die Bereitschaft, sich auseinander zu setzen, der Mut eines Migranten, einer Migrantin.

¹ Dr. Phillip Anderson (Januar 2000), Interkulturelle Kompetenz und die Öffnung der sozialen Dienste. Eine Studie des Sozialreferates der Landeshauptstadt München.

Erlebt habe ich auch, dass eine etablierte Sozialarbeiterin eine Migrantin, die sich aus persönlicher Motivation und auf Grund ihrer langjährigen Tätigkeit als Wissenschaftlerin in der AIDS-Forschung für ihre community engagieren wollte und Kontakte suchte, gefragt hat: „Ja, sind sie denn überhaupt positiv? Wenn Sie das nicht sind, haben Sie doch keine Ahnung!“ Die Sozialarbeiterin selbst, wohlgermerkt, ist meines Wissens *nicht* positiv. Ich habe viele vorsichtige Annäherungen dieser Art zerbrechen sehen an Aussprüchen wie: „Was wollen *die* denn überhaupt hier? Was haben *die* denn mit AIDS zu tun?“ oder auch an der aggressiv gestellten Frage: „Warum kommt Ihr eigentlich erst jetzt?“

„Die Primärprävention für Migranten ist gescheitert“ hörte ich einmal von einer Einrichtung. „**Wir** konzentrieren uns jetzt nur noch auf Betroffene“. Das ist das Urteil und auch die Entscheidung einer „deutschen“ Organisation, eingebettet in „deutsche Strukturen“, beurteilt und finanziert nach „deutschen“ Maßstäben. Mit dieser Entscheidung werden Migranten disqualifiziert zu Hilfesuchenden. Damit wird der einfachste Weg beschritten, aber *Perspektivenwechsel* tut Not. Es ist auch diese **Haltung**, an der Primärprävention scheitert.

Dies und vieles mehr erlebt man, wenn man versucht, die Selbsthilfeversuche von MigrantInnen zu unterstützen, ihre doch unbezahlbaren, wertvollen, für uns so wichtigen Versuche, ihre eigenen communities aufzuklären. Und wir erleben das nicht einmal oder zweimal, wir erleben das immer und immer wieder. Es gibt nach unseren Erfahrungen ein hohes Engagement und eine hohe Bereitschaft, bei der HIV- und AIDS-Aufklärung eigener communities mit zu wirken. Der große Wunsch nach einer Verbesserung der (gesundheitlichen) Lebenssituation der eigenen Landsleute ist unumstritten. Warum, bitte sehr, sollte dieser Wunsch bei Migranten nicht genauso stark sein wie bei uns? Warum behaupten wir also, dass Migranten die AIDS-Aufklärung nicht interessiert?

Migranten sind sich meist einer hohen Verantwortung bewusst, wenn sie – derzeit immer noch spärlich – in die Arbeit der AIDS-Hilfe eingebunden werden. Viele haben das Gefühl, keineswegs scheitern zu dürfen, weil es danach sicherlich keine zweite Chance geben wird. Warum machen wir es ihnen so schwer? Läuft ein Versuch schief, heisst es gleich: na klar, typisch. Viele Deutsche in verschiedensten Einrichtungen, mit denen ich es zu tun habe, freuen sich wie verrückt, wenn sie „Schwächen“ der Migranten aufdecken, wenn sie zu entdecken meinen, der Islam sei sexualfeindlich.

MigrantInnen bewegen sich immer auf allerdünnstem Eis. Gegenüber der eigenen community wie gegenüber der deutschen Gesellschaft. Kein falscher Schritt ist erlaubt, alles wird genau beobachtet. Man möchte nicht, wie manchmal zu hören ist „die Seiten wechseln“. Diese Bemerkung sollte uns wachrütteln. Wie kann es sein, dass in einem Land, in dem wir alle zusammen leben, sich Menschen mit Migrationshintergrund auf der anderen Seite wähnen? Bisher lassen wir sie dort stehen, das ist klar. Auch bei unseren Präventionsversuchen.

Daher setzt jegliche Initiative und Aktivität von Migrantenseite persönlichen Mut, Durchhaltevermögen sowie hohes Engagement voraus. Nicht allein der Erklärungsdruck einer Langzeitstrategie gegenüber der eigenen community, die einmal wach geworden nun vieles gleichzeitig gelöst sehen will, sondern vielmehr der ständige Erklärungsdruck gegenüber deutschen Einrichtungen, Geldgebern, wann denn nun endlich Resultate zu sehen seien (innerhalb von 6 Wochen nach versäumter Aufklärung von 15 Jahren!), sichtbare Kampagnen, Statistiken, die belegen, wie viele Menschen einer Gruppe man erreicht hat, verlangen auf Migrantenseite eine überaus hohe Frustrationsschwelle, sehr viel Fingerspitzengefühl und einen überzeugenden eigenen Standpunkt.

MigrantInnen, die sich im AIDS-Bereich engagieren, ohne selbst betroffen zu sein, sind mutig nicht deshalb, weil sie sich mit einem „Tabuthema“ beschäftigen, sondern vielmehr auf Grund der Tatsache, dass sie mit all diesen großen und kleinen Hürden konfrontiert werden, dieser oft so beschämenden Auseinandersetzung, dem ewig sich Erklären müssen. Betroffene MigrantInnen sind – das hören wir oft und auch zu Recht – unverzichtbar in der Primärprävention, aber Nicht-Betroffene sind es auch. „Für mich als Betroffener ist der offene Umgang mit nicht-betroffenen Landsleuten wie eine zweite Therapie“ so die deutliche Aussage eines jungen Afrikaners.

Aber über wen reden wir hier überhaupt? Wer sind die Migrantinnen und Migranten, für die wir besseren Zugang zum Gesundheitssystem und damit auch zu Information und Aufklärung fordern? Hilfreiche Definitionen in Bezug auf HIV- und AIDS-Prävention für MigrantInnen suchen wir bisher meist vergebens und politisch wie menschlich höchst fragwürdige Definitionen wie erste, zweite oder siebzehnte Generation helfen uns auch nicht weiter.

Klarere Definitionen machen sich vielleicht am Aufenthaltsstatus fest, aber da Primärprävention in unserem Fall nicht mit der Gießkanne ausgeschüttet werden kann, müssen wir auch hier passen. Wo bliebe der Aspekt kultureller und vor allem individueller Vielfalt und wie entwickeln wir Präventionsstrategien mit Gruppen unterschiedlichster Kulturen, die jedoch auf Grund ihrer rechtlich-sozialen Benachteiligungen besonderen Gefahren ausgesetzt sind? Die in der AIDS-Hilfe definierten Zielgruppen gelten für den Migrantenbereich – wenn überhaupt – nur sehr eingeschränkt bzw. bedürfen immer auch der Ergänzung. Denn wo ordne ich den rumänischen Stricher ohne Aufenthalt ein, der, wie er sagt, nicht schwul ist? Wo den hier geborenen drogengebrauchenden jungen Mann mit türkischem Pass oder den von Abschiebung bedrohten schwulen Amerikaner jüdischen Glaubens, der im Knast sitzt und seine HIV-Infektion verschweigen muss?

Wer Beratung macht, weiß, dass dies keine besonders bizarren Fälle sind, sondern Alltag. Soll ich hier lebende Menschen ohne Dokumente als Zielgruppe zusammenfassen? Dann müsste ich allerdings diese Zielgruppe wiederum aufteilen in besonders gefährdete Gruppen, aber wodurch genau sind sie denn gefährdet: durch den fehlenden bzw. benachteiligenden Aufenthaltsstatus, durch ihr Verhalten oder doch eher durch ihren kulturellen Hintergrund? Müssen wir am Ende alles zusammen berücksichtigen? Man weiß es nicht.

Bisher können wir allenfalls auf Grund unserer eigenen Erfahrungen, auf Grund eher willkürlicher Ereignisse und Entscheidungen, Primärprävention betreiben, auf Grund der Menschen, die unsere Beratungsstelle aufsuchen oder derer, mit denen wir aus unterschiedlichsten Gründen Kontakte haben. Auf Grund unseres Wissens können wir es nicht. Auch das erklärt vielleicht teilweise, warum wir so nicht weiterkommen und warum so vieles, das wir versucht haben, nicht so besonders erfolgreich war bzw. sein konnte. Wir *wissen* einfach zu wenig. Jahr für Jahr beklagen wir das Fehlen von Studien und hier und jetzt zeigt sich deutlich, wie bitter nötig sie sind bzw. lange waren.

„Sie machen doch immer wieder die gleichen Fehler!“ sagte mir erst kürzlich ein Afrikaner als wir hörten, dass eine bestimmte Broschüre ins Englische übersetzt werden sollte. Wie häufig werden Broschüren erstellt ohne dass klar ist, für welche Zielgruppe diese bestimmt sein soll, wer sie wie verteilt, ob der Inhalt in der dargestellten Form überhaupt Beachtung finden wird und wer die daraus entstehenden Fragen kompetent beantworten könnte. Würde man all diese Fragen stellen, wäre schnell klar, dass man sie ja gar nicht beantworten kann.

Wozu dann aber die Broschüre?

In den meisten Einrichtungen, in den wenigen Studien werden – so scheint es zur Zeit – die falschen Fragen gestellt, wir erhalten damit zwangsläufig die falschen Antworten und ziehen selbstverständlich die falschen Schlüsse.

Ohne Zweifel hat es in der Vergangenheit durchaus erfolgreiche Versuche von Primärprävention unter bestimmten MigrantInnengruppen gegeben. Für mich bleibt jedoch genau die Frage, auf die ich hinaus will: werden dadurch *die* Menschen erreicht, die auf Grund ihrer rechtlichen und sozialen Situation oder ihres Verhaltens *besonders* gefährdet sind? Aus meiner persönlichen Erfahrung sage ich ganz klar: nein!

Und die einzelnen, erfolgreichen Versuche können auch nicht darüber hinweg täuschen, dass diese Modelle nur unter besonderen Umständen und mit Hilfe unkonventioneller Herangehensweisen funktionieren können. Im Sinne der flächendeckenden Qualitätssicherung sind sie es nicht.

Und auch wenn einige Migrantengruppen und Einzelinitiativen von etablierten Einrichtungen dankenswerterweise in ihren Selbsthilfebemühungen unterstützt wurden und werden, ist dies ohne eine gleichzeitige Veränderung der eigenen Strukturen und Sichtweisen sinnlos und wird in Zerwürfnissen, Auseinandersetzungen und Enttäuschung enden – für beide Seiten. Wir müssen daher, wenn wir uns in sogenannte „Migrantenarbeit“ engagieren, vor allem anderen unser eigenes Tun und Handeln hinterfragen. Der Grundsatz dieses Tun und Handelns lautet:

MigrantInnenarbeit ohne MigrantInnen ist sinnlos.

Meine Aussage mag banal klingen, sie mögen den Kopf schütteln, aber an diesem Satz ist gar nichts lächerlich. An wie vielen Punkten unserer eigenen Arbeit wurden oder werden MigrantInnen *nicht* einbezogen. Wie viele Einrichtungen planen ihren Haushalt und sogenannte MigrantInnenprojekte, ohne ein einziges Mal MigrantInnen befragt zu haben. Zwar werden später durchaus schon (und das ist ein grosser Fortschritt im Vergleich zu früheren Jahren) MigrantInnen zur Umsetzung der Projekte gebeten, jedoch wurden sie in die Konzeption selbst nicht einbezogen, sie sind nicht selbstverständlicher Teil unserer Strukturen.

Was MigrantInnen brauchen (dürfen), in welcher Form ihnen dies zugestanden wird und wie viel Geld das kosten darf, wann ein nicht selten von Nicht-Migranten ersonnenes Konzept vorzuliegen hat und was dann mit diesem Konzept geschieht, bestimmen immer noch größtenteils wir selbst.

Obwohl es genügend Migrantinnen und Migranten gibt, die sich höchst kompetent mit dem Thema HIV und AIDS auseinandersetzen könnten, sei es aus ihrem Migrationshintergrund heraus, ihrer AIDS-spezifischen Tätigkeit im Herkunftsland oder auf Grund ihrer medizinischen, soziologischen und wissenschaftlichen Kenntnisse, wurden sie bisher kaum jemals (von einigen sehr wenigen Ausnahmen einmal abgesehen) in Maßnahmen der AIDS-Aufklärung einbezogen. „Was ich erwarte“ so ein türkischer Kollege, „sind Signale. Aber ich sehe keine, da kann ich lange warten.“ *Signale* bedeutet aber sicher keine Einladung zu einer Diskussion über einen Text, der schon feststeht; wer Signale erwartet, möchte zu Recht ernst genommen werden. Er/sie möchte mitgestalten und zwar von Anfang an.

Einladungen zur Mitarbeit von MigrantInnen werden oft erst ausgesprochen, wenn der Schwerpunkt der Arbeit schon feststeht, aber MigrantInnen setzen Schwerpunkte meist anders, weil ihre Situation sie dazu zwingt oder sie einen anderen kulturellen Zugang haben. Das bei den meisten geäußerte Verständnis dafür, das *natürlich* bei MigrantInnen anders vorgegangen werden muss, stößt bei der praktischen Umsetzung erstaunlich schnell an seine Grenzen. Wenn es denn mal zu Kooperationsangeboten kommt, wenn denn mal Mittel vergeben werden, scheinen deutsche Einrichtungen in ihren starren Strukturen gefangen.

Flexibilität kommt höchstens in Form einer kleinen Dehnung vor, dann ist das Ende schon erreicht. Dabei geht es im Grunde nicht einmal um bahnbrechende Veränderungen, aber es ist schwierig, dieses „andere Vorgehen“ zu definieren. Ich fand dazu den Ausspruch einer vietnamesischen Freundin sehr passend und hilfreich, ja in gewisser Weise sogar tröstlich. Sie sagte: *„In Vietnam ist alles genauso wie in Deutschland. Nur anders.“*

„Wir müssen ihnen doch helfen“, so Kolleginnen und Kollegen aus der AIDS-Hilfe. „Wir müssen doch anleiten. Die können das doch gar nicht wissen.“ Ich ärgere mich, wenn ich das höre, und doch ist es nicht falsch. Natürlich können MigrantInnen vieles nicht wissen, wir haben sie ja all die Jahre auch nicht teilhaben lassen an den Geheimnissen der AIDS-Welten in Deutschland. Und nicht nur das: wir haben sie an allem anderen auch nicht teilhaben lassen. Unsere starren Strukturen kennen sie sehr wohl, aber sie sind ihnen ausgeliefert, sie bewegen sich nicht darin, weil sie bewegungslos machen. Und nun diese Aussage, die falsch und richtig zugleich ist.

Ein *gleichberechtigtes Vorgehen* wird hier schon von vornherein ausgeschlossen, denn wir haben Wissen (hoffentlich nicht bewusst) vorenthalten. Und wir tun es noch immer. Mit Wissen vorenthalten – ich habe es schon mehrfach angedeutet – meine ich nicht bereits das Wissen über HIV und AIDS. Ich meine das Wissen um die komplizierten, heiligen Strukturen der AIDS-Hilfe-Bewegung beispielsweise, in denen sich Migrantinnen und

Migranten bewegen wie Menschen von einem anderen Stern. Das, in der Tat, ist AIDS in der Fremde. Die andere *Perspektive*, die uns völlig neue Herangehensweisen lehren könnte, die interessiert uns nicht. Die ist unbequem, die stört, die behindert uns, die ist uns fremd. Und vor allem: *sie macht uns Angst, weil sie unsere eigene Kompetenz in Frage stellen könnte.*

Zur Migrantenarbeit in AIDS-Hilfe gibt es viele Aussagen. Sie sind – nicht nur für MigrantInnen – widersprüchlich und verwirrend. Die Aussage: „Wir müssen ihnen doch helfen“, wenngleich gut gemeint, stellt keineswegs eines der von Migrantenseite erhofften Signale dar. Denn wir müssen nicht helfen; ein Mensch, dem ich helfen will, kann niemals gleichberechtigt sein. Die Aussage eines offiziellen Vertreters der AIDS-Hilfe: „Wir können Migranten nichts anbieten“, ist falsch. Wir *müssen* sogar anbieten, das heißt wir müssen Gelegenheit geben, teilhaben lassen (das gilt übrigens auch, aber nicht nur in finanzieller Hinsicht), wir müssen unterstützen, bereitstellen und gemeinsam entwickeln. Wir hätten nichts anzubieten?

Und wir müssen sehr viel lernen, beispielsweise, dass wir nicht an dem Punkt anfangen können, an dem wir jetzt gerade stehen, von null auf hundert sozusagen. Wir müssen anfangen, unsere eigenen Ansätze in Frage zu stellen, wir müssen darauf hinarbeiten, die Migrantenarbeit ganz abzuschaffen, indem wir *gemeinsam* neue Anfänge und Ansätze finden.

Was wir daher zunächst brauchen ist ein Prozess der Vertrauensbildung, einen gemeinsamen Prozess, den wir gleichberechtigt entwickeln, der das, was folgt, die gemeinsame Erarbeitung von Präventionsansätzen, auf eine solide Basis stellt. Wir müssen den Boden bereiten, bevor wir säen. Darin liegt unsere vorrangige Aufgabe in der Primärprävention wie auch in allen anderen Bereichen. Für ein solches Vorgehen könnte eine etablierte deutsche Einrichtung die nötige Sicherheit bieten – wohl eine völlig neue Erfahrung für Migrantinnen und Migranten. Aber: sie muss es wollen!

Migranten und Migrantinnen haben auch ihren Teil dazu beizutragen, ganz ohne Zweifel. Aber *wir selbst* sind es, die zu Veränderungen der Strukturen bereit sein müssen, denn *wir* sind für die jetzigen Strukturen mit verantwortlich.

Dass sich aus dieser veränderten Perspektive langfristig zwangsläufig grundlegende Veränderungen ergeben werden, müssen wir als wohl einzige Chance zur Verbesserung der Angebote im Sinne von Qualitätsstandards sehen. Die ungeheuer komplexe Situation, der wir uns in Bezug auf verschiedenste Migrantengruppen, verschiedenste Formen des Aufenthaltsstatus, verschiedenste Lebensbedingungen und Lebenserfahrungen, verschiedenste sozial und kulturell bedingte Benachteiligungen gegenübersehen, ist im Grunde gar nicht anders zu lösen als über eine radikale Veränderung der gegenwärtigen Bedingungen. Wir können die verschiedensten und immer komplexer werdenden Situationen nicht unseren Strukturen anpassen. Wir müssen im Gegenteil unsere Strukturen den Gegebenheiten anpassen.

Dieser Tatbestand schreit geradezu nach interkultureller Öffnung und die Bereitschaft zum Perspektivenwechsel ist natürlich die Grundvoraussetzung für ein interkulturelles Arbeiten. Die gemeinsame Entwicklung von Präventionsstrategien, die Einbeziehung von Migrantinnen und Migranten in die verschiedenen Zusammenhänge von AIDS-Hilfe, von Gesundheitsämtern, Beratungsstellen aller Art nicht in das Thema Migration (denn damit schaffen wir schon wieder Ausgrenzungen aller Art), sondern selbstverständlich in die Bereiche Drogen, Frauen, Medizin, Schwule, Pflege etc. wird nicht nur in (sehr) ferner Zukunft das gesamte Thema vielleicht überflüssig machen, sondern hat an sich schon einen enormen präventionsfördernden Charakter.

So entsteht Prävention fast wie von selbst; es werden neue Ideen und Ansätze geboren, es entwickeln sich neue Sichtweisen sowohl auf Seiten der MigrantInnen als auch auf Seiten der etablierten Einrichtungen und nur so wird es zu weniger schmerzhaften Entwicklungen von Strukturen kommen. Wir geben damit Migrantinnen und Migranten erstmals die Chance, sich umfassend zu informieren nicht nur über die ihnen von uns zgedachten Informationen über HIV und AIDS, sondern vor allem über unsere Strukturen, unsere Wege, unsere Politik und unsere Möglichkeiten, Politik zu machen. Wir selbst können dabei im Grunde nur gewinnen, persönlich wie strukturell.

Eines müssen wir uns jedoch geben: Zeit. Wir haben so viel Zeit vertan, da kommt es auf ein paar Jahre mehr oder weniger auch nicht mehr an. *Zeit ist der Schlüssel jeder interkulturellen Zusammenarbeit.* Ob am Ende Broschüren erstellt oder Schulungen entwickelt werden, ist, glaube ich, eher zweitrangig. Eine Broschüre zu haben, die wir verteilen können, ist keine Prävention. Warum nicht stattdessen ein kleines Treffen für die angesprochene community organisieren und Ideen zusammentragen lassen, warum nicht Vertreterinnen und Vertreter verschiedener communities gleichzeitig einbinden. Der Phantasie sind keine Grenzen gesetzt!

Die beste Prävention ist der Versuch einer Zusammenarbeit, das Lernen auf beiden Seiten, denn *Prävention ist mehr als Verhaltensänderung, sie ist Auseinandersetzung.* Etwas zu wissen bedeutet noch lange nicht, dies auch zu tun oder gar tun zu können. Und bevor ich etwas tun kann, muss ich es nicht nur wissen, ich muss davon überzeugt sein. Dies ist der Beweis, dass Prävention im Migrant*innenbereich sehr viel früher anfangen muss, als wir denken.

Wenn wir also den communities Gelegenheit geben, sich auseinander zu setzen, tun wir viel mehr für Prävention, als uns sinnlos Gedanken zu machen, mit welcher Gruppe wir uns nun als erstes beschäftigen und wie wir – ein Lieblingsthema vieler Aids-Hilfen in diesem Zusammenhang – *Tabus brechen.* Wir selbst können nur die Gelegenheit dazu geben, Tabus zu brechen. Gebrochen werden müssen sie aber, wenn überhaupt, von Migrant*innen und Migrant*innen selbst.

Bevor wir also anfangen, über die Möglichkeiten von Primärprävention für Migrant*innen und Migrant*innen zu sprechen, müssen wir die Perspektive wechseln, *zusammen* mit den hier lebenden Menschen, die – aus welchen Gründen auch immer – von Primärprävention bisher nicht erreicht werden.

Dr. Holger Hoffmann
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Verhindert die HIV-Infektion eine Abschiebung?

I.

Um sich dem Thema rechtlich zu nähern, sollte zunächst Begriffsklarheit versucht werden: Was ist ein Abschiebungshindernis?

1.

Eine Abschiebung setzt voraus, dass ein ausländischer Staatsangehöriger, der sich in Deutschland aufhält, bereits ausreisepflichtig ist. Diese Ausreisepflicht muss vollziehbar und ihre freiwillige Erfüllung darf nicht gesichert sein. Voraussetzung für eine Abschiebung kann auch sein, dass aus Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung eine Überwachung der Ausreise erforderlich erscheint.

Als „Merkposten“ ist daher wichtig, dass Ausländer, deren Abschiebung ansteht, bereits kein Aufenthaltsrecht in Deutschland mehr haben, d.h. ein Gericht oder eine Behörde hat „unanfechtbar“ rechtskräftig festgestellt, dass die Person zur Ausreise verpflichtet ist.

2.

Bei der Frage nach einem „Abschiebungshindernis“ geht es immer nur darum, ob die örtlich zuständige Ausländerbehörde bei einem zur Ausreise bereits unanfechtbar verpflichteten Ausländer vorübergehend darauf verzichtet, ihn zwangsweise aus Deutschland abzuschicken.

Ein solcher Verzicht kann darauf beruhen, dass die Abschiebung aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen unmöglich ist oder aus bestimmten humanitären Gründen nicht durchgesetzt werden soll. Während dieser Zeit hat der betroffene Ausländer einen Anspruch darauf, eine schriftliche Duldung ausgestellt zu erhalten. Die Ausreisepflicht bleibt davon unberührt.

Die Duldung ist befristet. Sie soll nicht länger als ein Jahr erteilt werden. Die Ausländerbehörde kann jeden Zeitraum zwischen einem Tag und einem Jahr wählen. Regelmäßig werden Duldungen für einen, drei oder sechs Monaten erteilt. Gesetzlich vorgeschrieben ist dies nicht, entspricht aber üblicher Verwaltungspraxis beinahe aller Ausländerbehörden in Deutschland.

Ein tatsächliches Abschiebungshindernis ist beispielsweise gegeben, wenn der Flughafen des Heimatstaates nicht erreichbar ist (militärische Auseinandersetzungen o.ä.) oder die Verkehrsverbindungen allgemein unterbrochen sind, wenn kein Pass oder andere Identitätspapiere vorliegen oder wegen Reiseunfähigkeit die Durchführung der Abschiebung unmöglich ist.

Aus Rechtsgründen ausgeschlossen ist die Abschiebung, wenn eines der Abschiebungsverbote oder Abschiebungshindernisse gemäß § 51, 52, 53 Abs. 1, 2 oder 4 AuslG vorliegt oder eine Abschiebungssperre während eines Auslieferungsverfahrens besteht (§ 53 Abs. 3 S. 1 AuslG). Diese Rechtsgründe muss die Ausländerbehörde beachten und entsprechend eine Duldung erteilen.

Wenn durch ein entsprechendes verwaltungsgerichtliches Urteil rechtskräftig im Rahmen des Asylverfahrens entschieden wurde, dass die Abschiebung zulässig ist, darf eine Duldung nur erteilt werden, wenn die Abschiebung aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen unmöglich ist oder aufgrund einer bestimmten Erlassregelung, für die die Innenministerien der jeweiligen Bundesländer zuständig sind, ausgesetzt werden soll (§ 55 Abs. 4 AuslG).

II.

1.

Krankheit kann ein Abschiebungshindernis sein. Dabei geht es nicht nur um die Frage, ob „Reisefähigkeit“ vorliegt. Dies dürfte nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft jedenfalls in Deutschland im Prinzip immer der Fall sein, weil notfalls auch ein Patient, der an eine Herz-Lungen-Maschine angeschlossen ist, mit ärztlicher und pflegerischer Begleitung per Flugzeug in sein Heimatland gebracht werden kann. Es lassen sich schwer Fälle denken, in denen tatsächlich keine „Reisefähigkeit“ besteht, wenn medizinische Vorsorge- oder Begleitmaßnahmen getroffen werden.

Bei der Frage, ob Krankheit ein Abschiebungshindernis sein kann, geht es vielmehr in der Regel darum, ob eine bereits in Deutschland bestehende Erkrankung eines ausreisepflichtigen Ausländers in seinem Heimatstaat sich wegen der dort unzureichenden Behandlungsmöglichkeiten verschlimmert und zu einer erheblichen konkreten Gefahr für Leib und Leben (im Sinne von § 53 Abs. 6 S. 1 AuslG) führt.

2.

Das Bundesverwaltungsgericht hat 1997 festgestellt, eine Krankheit begründe jedenfalls dann ein Abschiebungshindernis, wenn wegen der im Heimatstaat unzureichenden Behandlungsmöglichkeiten die Gefahr bestehe, dass die Krankheit sich verschlimmere und zu einer erheblichen konkreten Gefahr für Leib und Leben im Sinne des § 53 Abs. 6 S. 1 AuslG führe.

Für den Begriff „Gefahr“ sei unerheblich, ob diese sich ausschließlich aus einem Eingriff von außen, einem störenden Verhalten oder aus einem Zusammenwirken mit anderen –auch anlagebedingten– Umständen ergäbe. Die Gefahr der Verschlechterung der Gesundheit könne auch durch die individuelle Konstitution des Ausländers bedingt sein. Der Begriff der Gefahr in § 53 Abs. 6 S. 1 AuslG sei nicht einschränkend auszulegen. Es genüge, wenn eine beachtliche Wahrscheinlichkeit dafür bestehe, dass im Einzelfall eine erhebliche Gefährdungssituation bestehe.

Erheblich sei eine solche Gefahr beispielsweise dann, wenn sich der Gesundheitszustand nach der Rückkehr wesentlich oder gar lebensbedrohlich verschlechtere.

Konkret sei eine erhebliche Gefahr, wenn der Ausländer alsbald nach der Rückkehr in diese Lage gerate, weil er auf die unzureichenden Möglichkeiten zur Behandlung seines Leidens im Heimatland verwiesen sei und keine wirksame Hilfe dort in Anspruch nehmen könne (BverwG 25.11.1997 -9 C 58/96 und 29.07.1999 -9 C 2/99).

Wichtig sind für unseren Zusammenhang die Elemente „individuell“, „konkret“ und „erheblich“.

Gefahren, die der Bevölkerung insgesamt oder bestimmten Gruppen oder einer Vielzahl von Personen im Zielstaat der Abschiebung drohen, gelten nicht als ausreichend, um eine Abschiebung zu verhindern. Beispielsweise kann eine allgemein schlechte Versorgungslage in einem bestimmten Staat (hier: Armenien) nicht zu einem Abschiebungshindernis führen, selbst dann, wenn sie durch persönliche Umstände oder besondere Lebensverhältnisse des betroffenen Ausländers begründet oder verstärkt wird. Soweit es sich um typische Auswirkungen einer allgemeinen Gefahrenlage handelt (z.B. hohes Alter, fehlende Wohnung, geminderte Erwerbsfähigkeit, fehlende körperliche Widerstandskraft, mangelndes Beziehungsgeflecht zu Verwandten und Freunden) führt dies nach der Rechtsprechung nicht zu einem Abschiebungshindernis (BverwG 08.12.1998 -9 C 4/98).

3.

Hier ist ausdrücklich auf eine Differenz zwischen der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) und der des Bundesverwaltungsgerichts hinzuweisen, die gelegentlich bei Rechtslaien zur Verwirrung führt und falsche Hoffnungen weckt: Im Mai 1997 hatte der EGMR die Abschiebung eines HIV-infizierten Drogenhändlers, der im fortgeschrittenen Krankheitsstadium war, aus Großbritannien auf seine Heimatinsel St. Kitts/kleine Antillen (Karibik) als „unmenschliche Behandlung“ im Sinne des Art. 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) angesehen. Die Notlage, die ihn dort erwartete, würde seine Lebenserwartung deutlich reduzieren und ihn psychischem und physischem Leiden aussetzen. Diese Abschiebung sei daher unzulässig (EGMR 02.05.1997 -146/1996/767/964).

Im Falle eines Staatsangehörigen der demokratischen Republik Kongo, der an einer HIV-Infektion litt, sah die Europäische Kommission für Menschenrechte (EKMR) eine Verletzung des Art. 3 EMRK darin, dass die Infektion bereits ein fortgeschrittenes Stadium erreicht habe, welches wiederholte Krankenhausaufenthalte erfordere und die im Empfangsstaat zur Verfügung stehenden Einrichtungen unzureichend seien. Deswegen sei die Abschiebung in den Kongo unzulässig (EKMR-BB gegen Frankreich vom 09.03.1998 –Beschwerde Nr. 30930/96).

Demgegenüber lehnt das Bundesverwaltungsgericht die Anwendung von § 53 Abs. 4 AuslG i.V.m. Art. 3 EMRK bei Fällen generell bestehender unzureichender medizinischer Behandlungsmöglichkeiten im Heimatstaat ab. Nach Auffassung des Bundesverwaltungsgerichts setzt die Vorschrift ein vorsätzliches, auf eine bestimmte Person gerichtetes Handeln im Zielstaat durch eine staatliche oder zumindest staatsähnliche Herrschaftsmacht voraus. Dies lag in dem „St. Kitts-Fall“ nicht vor. Dort gab es für keinen Bewohner angemessene Behandlung bei vergleichbarer gesundheitlicher Situation.

Allerdings hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in einer neueren Entscheidung vom 15.02.2000 im Falle einer HIV-infizierten Gambierin gegen Schweden seine frühere Entscheidung relativiert und nunmehr festgestellt, dass bei der Beurteilung der Frage, ob die Abschiebung eines mit HIV-infizierten Ausländers Art. 3 EMRK verletze, es einer Gesamtbetrachtung des aktuellen Gesundheitszustandes des Ausländers bedürfe. Allein die HIV-Infektion sei nicht ausschlaggebend für die Gewährung von Abschiebungsschutz. Vielmehr müssten außergewöhnliche Umstände hinzutreten, deretwegen die Abschiebung unter Berücksichtigung zwingender humanitärer Erwägungen zu einer Verletzung von Art. 3 EMRK führe (Beschwerde Nr. 46553/99 –S.C.C. ./ Schweden).

III.

Von den Bergen hoher und höchstgerichtlicher Rechtsprechung zurück in die Niederungen der Alltagspraxis:

1.

Ab welchem Zeitpunkt eine HIV-Infektion oder eine Aids-Erkrankung als Abschiebungshindernis anzuerkennen ist, wurde bisher weder abstrakt definiert, noch wird es voraussichtlich zukünftig genau definiert werden können. Die Entscheidung hängt insbesondere von der medizinischen Prognose ab. Damit ist zugleich deutlich, dass bestehende Prognoseunsicherheiten zu Schwierigkeiten bei der Zuerkennung von Abschiebungshindernissen führen.

2.

Ein „Zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis“ nach § 53 Abs. 6 S. 1 AuslG im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts setzt voraus, dass eine konkrete, erhebliche und individuelle Gefahr für Leib und Leben besteht. Diese kann in einer drohenden Verschlimmerung einer Krankheit wegen ihrer unzureichenden medizinischen Behandlungsmöglichkeit im Zielstaat angenommen werden. Die Verschlimmerung muss „wesentlich“ oder „lebensbedrohlich“ sein und „alsbald“ eintreten (BVerwG, Urteil vom 25.11.1997).

Nach den mir zugänglichen Statistiken (WHO Berichte 1997) gelten von den Erwachsenen Äthiopiens 9,13 % als mit HIV infiziert (insgesamt ca. 2,6 Millionen Menschen), in Eritrea 2,17 % der Erwachsenen (insgesamt 49.000 Personen bei einer Bevölkerung von 3.409.000), in Kenia 11,64 % der Erwachsenen (Gesamtbevölkerung 28414.000, Infizierte: 1,6 Millionen), in Nigeria 4,12 % der Erwachsenen (Gesamtbevölkerung 118.396.000 Menschen, Infizierte: 2,3 Millionen), Uganda 9,51 % der Erwachsenen (Gesamtbevölkerung 20.791.000, Infizierte 930.000) und Demokratische Republik Kongo/Zaire 4,35 % der Erwachsenen (Gesamtbevölkerung 48.040.000, Infizierte: ca. 950.000).

Verschiedene Verwaltungsgerichte haben unzureichende Behandlungsmöglichkeiten für HIV-Infektionen angenommen für die afrikanischen Staaten: Ghana, Äthiopien, Demokratische Republik Kongo, Uganda, Eritrea.

Ausdrücklich abgelehnt wurde die Zuerkennung eines Abschiebungshindernisses gemäß § 53 Abs. 6 Abs. 1 AuslG für HIV-infizierte Staatsangehörige der afrikanischen Staaten Elfenbeinküste (VG Hamburg, 15.02.2000 –16 A 2344/98 –Beschluss), Kamerun (VG Düsseldorf 04.02.2000 –3 L 338/00.A –Beschluss), Nigeria (VG München 27.06.2000 –M 21 K 00.50173 anderer Auffassung: VG Oldenburg 08.12.1998 –1 A 878/96: im konkreten Falle liege eine extreme Gefahr vor, weil die erforderliche Behandlung mit einer medikamentösen Kombinationstherapie derzeit in Nigeria nicht möglich sei und ausreichende ärztliche Kontrollen und Laboruntersuchungen nicht ge-

währleistet seien), Togo (VG Augsburg 25.02.1999 –AU 7 K 98.30453), Kenia (VG Magdeburg 29.07.1998 –A 2 K 1058/97 –Urteil). Argumentiert wird entweder, die Erkrankung sei noch nicht weit fortgeschritten oder nach Auskunft des Auswärtigen Amtes stünden ausreichend Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung.

In der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte wird diskutiert, ob Abschiebungsschutz nur dann zu gewähren ist, wenn die erforderliche medizinische Behandlung generell im Herkunftsstaat nicht möglich ist. Dies impliziert, dass Abschiebungsschutz verweigert werden dürfe, wenn sie dem Betroffenen ausschließlich aufgrund seiner finanziellen Situation nicht zur Verfügung stehe. Fehlende finanzielle Leistungsfähigkeit bei objektiv bestehender Behandlungsmöglichkeit im Heimatstaat begründet nach Auffassung einiger Verwaltungsgerichte kein Abschiebungshindernis. Formuliert wird, es sei Aufgabe des jeweiligen Staates, dafür zu sorgen, dass seine Staatsangehörigen die für sie notwendige und mögliche medizinische Versorgung auch dann erhalten, wenn sie nur über ein geringes oder gar kein Einkommen verfügen. Diese sozialpolitische Aufgabe könne nicht über die Annahme eines Abschiebungshindernisses auf die Bundesrepublik Deutschland „abgewälzt“ werden (z.B. VG Augsburg – Urteil vom 25.02.1999 –AU 7 K 98.30453).

Der eurozentrierte Zynismus dieser Argumentationsweise ist unübersehbar. Glücklicherweise entspricht diese Auffassung nicht der „herrschenden Meinung“ jedenfalls der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte. Als Beispiel dafür, wie Verwaltungsrichter nicht selten denken, erscheint sie mir jedoch symptomatisch.

3.

Zutreffender Beurteilungsmaßstab können nicht Statistiken sein, sondern, da Ausländerbehörden und Gerichte über konkrete Anträge von einzelnen Personen zu entscheiden haben, jeweils nur die Situation im „individuellen Fall“: dem Einzelnen muss individuelle und konkrete Gefahr drohen, beispielsweise durch Abbruch der eigentlich erforderlichen Therapie.

Hierbei ist folgendes zu berücksichtigen: Der betroffene Ausländer ist „mitwirkungspflichtig“, d.h. er muss die jeweils zuständige Behörde, also entweder die örtlich zuständige Ausländerbehörde oder –sofern er sich noch im Asylverfahren befindet- das Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge über die bestehende Infektion und das jeweilige Stadium der Erkrankung informieren.

Gemäß §§ 15, 25 Abs. 2 AsylVfG und § 70 Abs. 1 AuslG obliegt es dem Ausländer, alle sonstigen Tatsachen und Umstände anzugeben, die eine Abschiebung oder eine Abschiebung in einen bestimmten Staat entgegenstehen (§ 25 Abs. 2 AsylVfG) oder seine Belange und für ihn günstige Umstände... unverzüglich geltend zu machen (§ 70 Abs. 1 AuslG). Ein Verschweigen der Infektion oder der Erkrankung aus Angst oder Scham wäre daher eindeutig falsches Verhalten.

Sollte die Behörde bereits von Amts wegen informiert sein (z.B. wird in Bayern seit 1987 für neu eingereiste Ausländer ein Zwangs-Aids-Test durchgeführt) ist sie ihrerseits verpflichtet, im Rahmen des sogenannten „Amtsermittlungsgrundsatzes“ Informationen einzuholen.

In Bremen, wo keine Zwangsregelung besteht, oder in anderen Bundesländern, die den „Zwangs-Aids-Test“ nicht kennen, ist es Sache desjenigen, der sich auf ein Abschiebungshindernis beruft, dieses im einzelnen darzulegen, die erforderlichen Informationen der Behörde zu geben und so „mitzuwirken“.

IV.

Es gehört nicht unmittelbar zum Thema „Abschiebungshindernisse“, zu fragen, ob wegen der Erkrankung möglicherweise nicht nur die Abschiebung verhindert und eine Duldung erteilt werden kann, sondern darüber hinaus durch Erteilung einer Aufenthaltsgenehmigung insbesondere in der Form der Aufenthaltsbefugnis („humanitäres Aufenthaltsrecht“) gemäß § 30 AuslG der Aufenthalt längerfristig legitimiert werden kann.

Grundsätzlich: Nein. Im Gegenteil kann bereits die Verlängerung einer bestehenden Aufenthaltsgenehmigung abgelehnt werden mit dem Argument, es liege ein Ausweisungsgrund gemäß § 46 Nr. 5 AuslG vor, d.h. der Ausländer gefährde durch sein Verhalten die öffentliche Gesundheit oder es bestehe ein Ausweisungsgrund gemäß § 46 Nr. 6, weil zur Finanzierung des Lebensunterhaltes und/oder der medikamentösen Therapie Sozialhilfeleistungen in Anspruch genommen werden müssen.

Alle legalen Aufenthaltsmöglichkeiten (Aufenthaltsrechte) im Sinne des Ausländergesetzes setzen voraus, dass der Antragsteller/die Antragstellerin wirtschaftlich in der Lage ist, den Lebensunterhalt einschließlich des erforderlichen Krankenversicherungsschutzes aus eigener Erwerbstätigkeit oder eigenem Vermögen abzusichern. Gemäß § 7 Abs. 2 Ziff. 2 AuslG wird daher die Erteilung einer Aufenthaltsgenehmigung in der Regel versagt, wenn der Ausländer seinen Lebensunterhalt einschließlich ausreichenden Krankenversicherungsschutzes nicht aus eigener Erwerbstätigkeit, eigenem Vermögen oder sonstigen eigenen Mitteln, aus Unterhaltsleistungen von Familienangehörigen oder Dritten, aus Stipendien, Umschulungs- oder Ausbildungsbeihilfen, aus Arbeitslosengeld oder sonstigen auf einer Beitragsleistung beruhenden öffentlichen Mitteln bestreiten kann.

Es liegt im Ermessen der Ausländerbehörde, ob sie nach § 30 AuslG eine Aufenthaltsbefugnis erteilen will. Diese Ermessensausübung ist jedoch durch die oben zitierte Formulierung des § 7 Abs. 2 AuslG beschränkt, da die Erteilung einer Aufenthaltsbefugnis „in der Regel“ zu versagen ist bei –zusammengefasst– „Armut“. Dies bedeutet, dass nur noch in atypischen Ausnahmefällen die Erteilung der Aufenthaltsbefugnis in Betracht kommt.

Vereinzelt ist in der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte ein Anspruch auf therapeutische Behandlung in sicherer Umgebung herausgearbeitet worden. Die Entscheidungen betrafen traumatisierte Personen aus dem Kosovo und Bosnien. Für die Gerichte entscheidungserheblich war, dass eine traumatisierte Person vor weiterer Traumatisierung durch Rückkehr in die Umgebung, in der sie traumatisiert worden war, ausländerrechtlich geschützt werden müsse. Das behördliche Ermessen sei in einem derartigen Fall auf Null reduziert wenn beispielsweise psychotherapeutische Gutachten ergäben, dass eine Rückkehr in das Herkunftsland die bestehende Störung akut verstärken und beispielsweise zu Angstanfällen, Depressivität oder Suizidalität führen würde (OVG Berlin –Beschluss vom 27.06.1999 –OVG 8 S 23.98 und VG Neustadt –Urteil vom 06.12.1999 –11 K 1618/NE).

Bisher ist mir keine Rechtsprechung bekannt, die spezifisch bei einer Aids-Infektion oder einer HIV-Infektion einen solchen atypischen Ausnahmefall angenommen hat. In geeigneten Konstellationen könnte ich es mir als sinnvoll vorstellen, zumindest zu versuchen, die Argumentation jedenfalls so vorzutragen, wenn das Krankheits-Vollbild „Aids“ diagnostiziert wurde und entsprechend hoch dosierte medikamentöse aber auch intensive ärztliche Behandlung erforderlich ist.

Allerdings wird man dabei zu bedenken haben, dass die Medikamentenkosten für eine antiretrovirale Dreifachtherapie so hoch sind, dass jedenfalls dann, wenn Sozialhilfeleistungen bezogen werden, keine Bereitschaft bei der Ausländerbehörde bestehen wird, einen „atypischen Fall“ anzunehmen, in dem ein Aufenthaltsrecht erteilt werden kann (durchschnittliche jährliche Behandlungskosten für Medikamente, Verlaufsmonitoring und Prophylaxen nach Angaben von Dr. Götz: antiretrovirale Dreifachtherapie: DM 20.000,00 – DM 35.000,00 jährlich, Labor-kontrollen ca. DM 4.000,00 jährlich, Prophylaxen je nach Gesundheitszustand DM 1.000,00 – DM 40.000,00 jährlich).

Vor diesem Kostenhintergrund und unter Berücksichtigung des Umstandes, dass eine Aufenthaltsbefugnis in der gegebenen Konstellation ohnehin nur als „Ausnahme“ im atypischen Fall in Betracht kommt, dürfte angesichts der restriktiven Haltung der Ausländerbehörden nicht damit zu rechnen sein, dass häufiger Bereitschaft bestehen wird, eine Aufenthaltsgenehmigung/-befugnis zu erteilen.

V.

Zurück zur Themenfrage: Verhindert die HIV-Infektion eine Abschiebung?

Ebenso korrekt wie unbefriedigend lässt sich dies nur mit der üblichen Juristenformulierung beantworten: „Es kommt darauf an“. Aber worauf?

Wie oben gezeigt, genügt der Umstand, dass eine HIV-Infektion vorliegt, noch nicht, um als Abschiebungshindernis zu gelten.

Kommen jedoch Umstände hinzu, die geeignet sind, eine erhebliche und konkrete Gefahr in einer individuellen Konstellation für den Fall einer Rückkehr in den Heimatstaat zu bedeuten, ist von einem Abschiebungshindernis auszugehen. Hierbei kommt es sowohl auf das Stadium der Erkrankung an (erst HIV-Infektion oder bereits Vollbild Aids?), als auch auf die Prognose bezüglich der Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland und im Heimatstaat.

Letztlich ist nicht zu übersehen, dass die Frage, ob ein Abschiebungshindernis angenommen wird, auch und gerade vom „guten Willen“ der handelnden Sachbearbeiter bei den Ausländerbehörden oder der in Rechtsschutzverfahren entscheidenden Verwaltungsrichter abhängt. Wie diese „Entscheidungsträger“ sich verhalten hängt wiederum nicht zuletzt davon ab, welchen Informationsstand sie haben. Hieraus folgt, dass es sich jedenfalls lohnt, argumentativ „zu kämpfen“. Die rechtliche Situation ist vergleichbar dem Krankheitsverlauf: „Wer kämpft, kann verlieren. Wer nicht kämpft, hat schon verloren“.

Dr. Zahra Mohammadzadeh
Gesundheitsamt Bremen

Kulturelle Unterschiede – interkulturelle Aspekte in der AIDS- und STD-Arbeit

Nicht nur die Politik, sondern fast alle gesellschaftlichen Institutionen müssen sich damit auseinandersetzen, dass in der Bundesrepublik immer mehr Menschen mit anderem kulturellem Hintergrund leben werden. Die weltweiten Wanderungsbewegungen und damit auch die Zuwanderung nach Europa werden sich in den kommenden Jahrzehnten voraussichtlich nicht verringern, sondern verstärken.

Die europäischen Industrieländer **benötigen** diese Einwanderung auch angesichts eines dramatischen Bevölkerungsrückganges, der schon in wenigen Jahrzehnten die gegenwärtigen Diskussionen um die Finanzierbarkeit von Rentenversicherung und Gesundheitsversorgung in ihrer Realitätsferne absurd erscheinen lassen wird. Ohne verstärkte Einwanderung, so rechnen zum Beispiel Experten vor, wird dann die Bevölkerung Deutschlands auf unter 50 Millionen gesunken sein und mehrheitlich aus Menschen jenseits der arbeitsfähigen Lebensphase bestehen. Diese Entwicklung stellt das Einwanderungsland Deutschland mit seinen unterschiedlichen Gruppen und Institutionen vor die Herausforderung, auf die ebenso unausweichliche wie unverzichtbare Zuwanderung verantwortlich zu reagieren.

Neben den Organisationen, die seit vielen Jahren mit der Sozialberatung befasst sind, müssen sich ihr auch diejenigen Institutionen stellen, die allgemeine Beratungsangebote vorhalten. Interkulturell zu arbeiten, ist damit heute nicht mehr nur eine Aufforderung an die Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände, sondern an alle Beratungsinstitutionen in privater Trägerschaft wie auf kommunaler, Landes- und Bundesebene¹.

Was bedeuten diese Erkenntnisse für die AIDS- und STD-Präventionsarbeit? Ich möchte in die Fragestellung mit einigen Gesichtspunkten der allgemeinen AIDS-Problematik einsteigen. Ich greife dabei auf einen Beitrag Christoph Schmidpeters für eine AIDS-Handreichung der evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannover² zurück:

Erstens: AIDS ist zwar behandelbar, aber weiterhin nicht heilbar. Das heißt, Prävention bleibt der eigentliche Angelpunkt, an dem sich Erfolg oder Scheitern der AIDS-Hilfe-Arbeit misst. Und ebenso das Eingehen auf die Tatsache, dass nicht alle Patientengruppen gleichermaßen von der Behandelbarkeit profitieren.

Zweitens: AIDS ist auf eine neue Weise unsichtbar geworden. Die Öffentlichkeit scheint sich zunehmend an HIV/AIDS zu gewöhnen. Mit der Behandelbarkeit wurde AIDS zu einer chronischen Krankheit, mit der „man“ leben kann. Die Reaktion darauf reicht von Wahrnehmungsverlust bis zum aktiven Suchen des Ansteckungsrisikos³.

Drittens: Der Bedarf nach medizinischer Information ist trotzdem gestiegen. Objektiv: Berater/Behandler/Betreuer fühlen die Notwendigkeit, systematischere Zielgruppenarbeit zu machen, um sowohl das Risiko als auch die Realität von HIV/AIDS in dieser Gesellschaft wieder sichtbar zu machen. Subjektiv: Insbesondere HIV-Positive fühlen sich angesichts der Komplexität der Behandlungsmöglichkeiten, angesichts von Zugangs- und Kostenfragen, angesichts der durch die Therapie ebenso wie durch die Krankheit selbst in Frage gestellten Lebensqualität verunsichert und brauchen vor allem auch Information.

Viertens: Es geht um eine Infektionskrankheit. Krankheiten generell, aber insbesondere Infektionskrankheiten haben meistens die Tendenz, sich in benachteiligten Bevölkerungsgruppen besonders auszubreiten. Von HIV/AIDS betroffen sind nicht mehr vor allem die schwulen Mittelschicht-Männer, die immer noch das Bild des klassischen AIDS-Kranken in der Öffentlichkeit prägen. Sondern betroffen sind zunehmend die marginalisierten Gruppen dieser Gesellschaft: Schwule und in wachsender Zahl Heterosexuelle⁴ aus den unteren sozialen Schichten und aus den Kreisen der DrogengebraucherInnen, Alkoholkranken, Obdachlosen, sowie auch MigrantInnen.

Fünftens: Es wird schwieriger, die nötigen Finanzmittel zu bekommen. Das heißt unter anderem auch: die Möglichkeiten Geld für Beratung, Behandlung und Betreuung zu beschaffen, hängen von der **Vorzeigbarkeit** der Zielgruppe ab. Während es noch relativ einfach ist, Ressourcen für die Unterstützung HIV-infizierter Kinder zu bekommen, stoßen ähnliche Initiativen für etwa Drogensüchtige oder Asylsuchende auf deutlich größere Schwierigkeiten.

Bei allen fünf Punkten wird unmittelbar einsichtig, dass eine interkulturelle Öffnung und Beratung vor einer jeweils spezifischen, verschärften Problematik in ihrer Zielgruppe steht.

Dabei geht es bei diesen fünf Punkten noch gar nicht um die Details einer interkulturellen Sichtweise in der AIDS-Arbeit. Aber ich halte sie für bedeutende Eckpunkte, derer sich eine interkulturelle Beratung, Behandlung oder Betreuung bewusst sein muss. Erst wenn diese wesentlichen Faktoren erkannt sind, die für die Situation von HIV/AIDS Betroffenen heute bestimmend sind, lässt sich eine nachhaltige interkulturelle AIDS-Arbeit aufbauen.

Ich möchte gleich vorweg auf ein Problem des interkulturellen Ansatzes aufmerksam machen. Er fußt auf der Einsicht, dass die Kultur, also der kulturelle Hintergrund eines Menschen einen starken Einfluss auf seinen Gesundheitsstatus hat und dass gleichzeitig der kulturelle Hintergrund ein Code ist, mit dessen Hilfe man mit diesem Menschen über Gesundheit, Krankheit, Erkrankung und Heilung kommunizieren kann. Das Schattenbild dieser Einsicht ist der Reflex, auf den unterschiedlichen kulturellen Hintergrund mit Ablehnung, Unverständnis oder Überbewertung seiner behindernden Wirkung zu reagieren.

Wir wissen, dass HIV/AIDS für die „gesunde“ Gesellschaft ein Stigma darstellt. HIV/AIDS-Patienten aus dem Kreis der MigrantInnen werden also einer doppelten Stigmatisierung unterworfen, denn sie sind außerdem auch noch „Ausländer“, was für die „einheimische“ Gesellschaft ebenfalls ein Stigma ist. Dabei sind „gesunde Gesellschaft“ und „einheimische Gesellschaft“ lediglich zwei unterschiedliche Lesarten der in der herrschenden Kultur vorausgesetzten „Normalität“. Aus dem Phänomen „kultureller Hintergrund“ kann sich nun unversehens ein weiteres Stigma entwickeln, wenn es verabsolutiert wird. Dies wird in der Praxis immer dann deutlich, wenn Beratung, Behandlung oder Betreuung ganz oder teilweise vorenthalten werden, weil sie wegen kultureller Unterschiede auf Schwierigkeiten stoßen.

Aber auch die wohlmeinende Absicht, die kulturellen Unterschiede voll und ganz zu berücksichtigen und sie mit zum Teil großen Anstrengungen zu überwinden, kann eine unbewusste Stigmatisierung enthalten. Wenn sie nämlich den Menschen auf seinen kulturellen Hintergrund reduziert. Dann wird sein Anderssein lediglich in der anders geprägten Kultur gesehen, während in Wirklichkeit geographische oder soziale Herkunft, Bildung und Ausbildung und andere wichtige Faktoren der Sozialisation eine eben so wichtige Rolle spielen können.⁵

Bei dieser Problematik muss die interkulturelle Herangehensweise an AIDS-Arbeit, aber auch an STD-Prävention, für MigrantInnen ansetzen.

Nach wie vor gibt es viele Vorbehalte gegen eine interkulturelle Öffnung der Versorgung, weil von ihr als einem umfassenden Konzept und Prinzip sozialer Arbeit die Gefahr auszugehen scheint, dass sie die bestehenden Organisationsformen - und damit Besitzstände - in Frage stelle.⁶ Allzu stark ist der Konkurrenzdruck um die allseits knappen Personal- und Finanzressourcen, die Abwehrhaltung gegenüber Mitbewerberinnen und Mitbewerbern um die wenigen im Sozial- und Gesundheitswesen vorhandenen beruflichen Möglichkeiten, das Verharren in lieb gewordenen Denk-, Organisations- und Verhaltensmustern.

Es stimmt, es gibt heute schon eine größere Offenheit, Migranten einzustellen, aber den Anreiz dazu scheint oftmals weniger die interkulturelle Qualifikation zu liefern als vielmehr einfach der Mangel an einheimischen Fachkräften! Auch der Gedanke der interkulturellen Öffnung des Migrantenbegriffes spielt hier hinein. Migranten sind eben nicht gleichzusetzen mit dem Begriff „Ausländer“. Der Begriff umfasst daneben Aussiedler, EU-Inländer, Flüchtlinge, undokumentierte Einwanderer, ganz abgesehen von den vielen Herkunftsgruppen. Es handelt sich insgesamt um eine vielschichtige, in mehr als einer Hinsicht von Ausgrenzung aus den Versorgungssystemen bedrohte Bevölkerungsgruppe.

Was heißt nun interkulturelle Öffnung in der STD- und HIV/AIDS-Beratungspraxis?

Interkulturelle Öffnung setzt in den meisten Fällen das Einführen einer neuen Denkweise in die Arbeit der Beratungsstelle voraus. Die Veränderung in den Köpfen des Beratungspersonals ist wichtig. Dabei darf es aber nicht stehen bleiben. Vielmehr müssen Angebote entwickelt werden, in denen die Migrantinnen und Migranten als gleichberechtigte Zielgruppe neben anderen definiert sind. Dem haben zu gelten:

- die Erweiterung des eigenen epidemiologischen Wissensstandes
- Informationen über die Entwicklung der Infektionskrankheit

- Informationen über den Stand der Behandlungsforschung und über zugängliche Therapie-Möglichkeiten
- Beratung der STD-Patienten, HIV-Positiven und AIDS-Erkrankten und ihrer Lebenspartnerinnen bzw. Lebenspartner oder anderer Angehöriger
- Hilfestellung beim Zugang zu Medikamenten und therapeutischen Maßnahmen etc.

Entsprechende Projekte und Arbeitsprogramme sind zu entwickeln. Ein ganzes Ensemble von Maßnahmen kann sich in den verschiedenen Themenbereichen von Infektionswegen, Hygiene, Prävention, Probleme bei Schwangerschaft, sozialpsychiatrischer Versorgung, Zusammenhang mit anderen sexuell übertragbaren Krankheiten an die Migrantinnen und Migranten als erwachsene, mündige Partnerinnen und Partner der STD-Beratungsstellen bzw. der AIDS-Beratungsstellen richten. Dies wird Konsequenzen für die materiellen und personellen Ressourcen haben.

Das heißt: die Beratungsstellen müssen dahinter stehen, einen Teil ihrer Energien und ihrer materiellen Mittel einem Personenkreis zu widmen, der zunächst nur undeutlich zu sehen sein wird. Denn das Fehlen einer solchen interkulturellen Dimension auf der konzeptionellen Ebene der Einrichtung kann der Grund sein, warum sich bis dahin keine oder nur vereinzelte Migrantinnen und Migranten an die Beratungsstelle gewandt haben. Die interkulturelle Dimension der Arbeitskonzeption bildet die Ausgangsbasis, auf die alles andere aufbaut.

Nicht nur das Wissen um die Situation in der Stadt, in der Bevölkerung ist dafür wichtig, sondern das Personal der Beratungsstelle muss mit interkultureller Kompetenz ausgestattet sein. Das heißt, es braucht ein gewisses Minimalwissen über die Herkunftskulturen, über die Lebensweisen, Ernährungsgewohnheiten usw. Vorurteilslose Herangehensweise, das bezieht sich nicht nur auf Vorurteilsfreiheit gegenüber den Menschen als AIDS-Patienten oder HIV-Positive, sondern auch auf Vorurteilsfreiheit gegenüber dem anderssprachigen, anders geprägten, anders aussehenden Menschen. Kommunikation ist nicht allein Sprache, sie ist auch Gestik, Mimik, Betonung, Schweigen, das Lesen zwischen den Zeilen.

Neben dem Einsatz von Fach- und Führungspersonal mit anderem kulturellem Hintergrund sollten sich die Beratungsstellen der interkulturellen Kooperation öffnen. Sie ermöglicht Lernprozesse, in denen die gesamte Beratungsstelle eine Fortbildung erleben kann. Auch die Erfahrungen anderer Beratungsstellen, Einrichtungen in anderen Städten oder sogar Ländern können nutzbar gemacht werden. Warum soll man nicht aus den Fehlern und Defiziten der anderen lernen, wie die eigenen überwunden werden können?

Die Einrichtung muss für die feinen Unterschiede - nicht nur der Kultur, sondern auch der Situation im Aufnahme-land -sensibilisiert werden. Laden wir „ausländische“ Klientinnen und Klienten ein, zu uns zu kommen? Vermitteln wir, zum Beispiel auch durch das Gebäude, den Eingangsbereich etc., das Gefühl, dass sie willkommen sind? Verweigert sich unsere Infrastruktur oder lädt sie ein, trägt sie zur Schwellenangst bei oder hilft sie, diese zu überwinden (zum Beispiel für jemanden, der unsere Hinweisschilder nicht lesen kann, weil er Analphabet ist)?

Welche Rolle spielt nun die Kultur bei der Beratung, wenn sie sich als interkulturell versteht? Was ist überhaupt Kultur im Zusammenhang der Gesundheitsversorgung?

Die Kultur, die einen Menschen prägt, ist ein komplexes System von Mustern, nach denen Menschen ihre Existenz und die Prozesse, die diese Existenz bestimmen, wahrnehmen. In diesen Prozessen und in dieser Existenz orientiert der Mensch sich. Er ist aber nicht passiv in ihnen, sondern wirkt selbst tätig auf sie ein. Das heißt, der kulturelle Hintergrund ist nicht so statisch, wie er oft gesehen wird. Er verändert sich in der Migration und kann sogar eine produktive Rolle im Krankheits- und Gesundheitsverhalten spielen! Man darf ihn nicht immer nur als Hindernis sehen!

Die Lebenswirklichkeit, in der der einzelne Mensch und seine Gruppe sich entwickeln, ist historischer Natur. Sie ist also jeweils abhängig von der Vielzahl von Faktoren, die den Entwicklungsstand des jeweiligen gesellschaftlichen Zusammenhangs bestimmen. Daher weist die Kultur in unterschiedlichen Herkunftsländern, in unterschiedlichen Regionen, ja sogar in unterschiedlichen Städten, Dörfern und Landstrichen mehr oder weniger große Unterschiede auf. Neben den Unterschieden gibt es selbstverständlich auch Ähnlichkeiten, die das transkulturelle Verständnis und bestimmte Transferprozesse ermöglichen. Kommunikation wird möglich.

Eine sehr schöne, schlichte und treffende Beschreibung hat Dorothea Hinske gefunden: „Kultur wird erlernt und nicht biologisch bestimmt. Kultur bezieht sich immer auf eine Gruppe von Menschen. Kultur ist ein integriertes Ganzes, in dem die einzelnen Teile sich gegenseitig beeinflussen und zur Gesamtheit beitragen. Kultur ist einem stetigen Wandlungsprozess unterworfen, auf Grund von Erneuerungen, eigenem inneren Druck und Kulturkontakt.“⁷

Alles, was mit Medizin und Gesundheit zu tun hat, ist kulturellen Einflüssen unterworfen. Da Patienten und Patientinnen wie alle Menschen kulturell geprägt sind, ist auch ihr Verständnis dessen, was Gesundheit und was Krankheit ist, keineswegs gleich. Der kulturelle Hintergrund eines Patienten oder Klienten bestimmt zum Beispiel mit:

- was eine Krankheit ist, was keine ist
- Ansichten und Überzeugungen über die Ursache der Krankheit
- was - voraussichtlich - helfen und heilen kann
- welche Erwartungen sich entsprechend an Ärzte, Schwestern, Pfleger und sonstige Helfer richten
- Vorstellungen über die Notwendigkeit, die Form und die Dauer der Behandlung;
- was als Symptom bezeichnet wird
- wovor die Patientin oder der Patient, aber auch die gesunden Menschen Angst haben
- was als Schmerz erfahren wird und wie mit Schmerzen umgegangen wird
- und schließlich, wie über Symptome, Angst und Schmerz kommuniziert wird, das heißt, wie Schmerzen mitgeteilt werden.

Schmerzen zum Beispiel stellen ein ganz relatives Phänomen dar. Sie können unmittelbar Auswirkung einer Verletzung sein, Symptom eines Leidens, Ausdruck einer physiologischen Veränderung, Folge einer seelischen Störung, psychisch begründete Manifestation einer Traumatisierung oder einfach nur Erinnerung an etwas, das wehtat, körperlich oder seelisch. Manchmal ist Schmerz Vorwegnahme von etwas, was wehtun wird.

Angst zum Beispiel kann nicht nur bestehende Schmerzen vergrößern, sondern sie auslösen, noch bevor die eigentliche Ursache da ist. In anderen Fällen - denken wir an den Zahnarztbesuch - kann offenbar Angst den Schmerz zum Verschwinden bringen. In ganz anderen Zusammenhängen können Schmerzen Lust vermitteln, zu einem anderen Selbstwertgefühl beitragen (zum Beispiel bei Büro-Menschen, die mal so richtig körperlich arbeiten) oder ungewohnte sportliche Betätigung signalisieren, wie beim Muskelkater, über den immer mit einem Anteil Stolz geklagt wird.

Allgemein gesehen, ist dies unabhängig von der kulturellen Herkunft so, ist also kulturübergreifend. Wie es sich aber auswirkt, ist in der jeweiligen Kultur durchaus unterschiedlich. Nicht alle Zuwanderer werden in der gleichen Weise auf Schmerzen reagieren. Bei den verschiedenen Herkunftsgruppen werden sehr abweichende Reaktionen zu beobachten sein. Die kulturellen, aber auch soziale Faktoren üben einen Einfluss darauf aus, ob und in welcher Form die Patienten ihre Schmerzwahrnehmung den Behandelnden mitteilen.

Man kann also am Beispiel des Schmerzverhaltens einige wesentliche Folgerungen für die interkulturelle Beratung ziehen.

1. Aus ähnlichen Reaktionen auf Schmerz bei unterschiedlichen kulturellen Herkunftsgruppen ist nicht unbedingt auf die gleiche Schmerzintensität und auch nicht auf die gleiche Einstellung zum Schmerz zu schließen.
2. Ungleiche Reaktionen bei unterschiedlichen Herkunftsgruppen müssen nicht heißen, dass der eine mehr, der andere weniger Schmerz verspürt. Sie sind vor dem Hintergrund des jeweiligen Wertesystems der Herkunftskultur zu sehen.
3. Für die interkulturelle Beratung ist aus beiden Einsichten zu folgern: Entscheidungen über therapeutische Interventionen und Intensität der Beratung und Betreuung für den Patienten oder Klienten sollten immer eingedenk des kulturellen Hintergrunds getroffen werden. Man muss zumindest den Versuch machen, die Artikulation über das Befinden nicht an den eigenen Werten zu messen. Nur dann können Reaktionen vermieden werden, die dem Patienten oder Klienten und seinem bzw. ihrem Leiden nicht gerecht werden.

Das ist keine Frage der Ethik, sondern schon eine Frage der Professionalität.

Wichtige Faktoren, die das Verhalten kranker MigrantInnen prägen, liegen im Bereich der Einstellungen zu Umwelt und Wirklichkeit. Hier sind insbesondere Phänomene wie Aberglauben, Scham oder auch Einstellungen zu vorgestellter oder tatsächlich vorhandener Macht von Bedeutung, die gerade auch im Bereich STD und HIV/AIDS

nicht zu unterschätzen sind. In den meisten Fällen wird ohne genaue Kenntnis des kulturellen Hintergrundes des Betroffenen die beratende oder betreuende Person kaum dahinter kommen, was das Verhalten genau beeinflusst. Da hilft dann nur große Behutsamkeit und die Bereitschaft, die eigenen Denkmuster zu relativieren.

Dies ist besonders wichtig angesichts der Tabus, mit denen sexuelle und generell intime Fragen in vielen Gesellschaften außerhalb Europas – übrigens auch in vielen europäischen Ländern belegt sind. Bei Projekten in der Entwicklungspolitik wird der Sozialverträglichkeit ein großes Gewicht beigemessen. Entsprechend muss die Beratung von MigrantInnen **kulturverträglich** sein.

Aber nicht nur Tabus und Scham beeinflussen den Erfolg von Beratung im STD- und AIDS-Bereich. Aberglauben und archaische Denkmuster können vor allem in der Prävention starke Barrieren darstellen. In westafrikanischen Ländern beispielsweise glauben viele Männer, dass sie als Afrikaner gegen Viren gefeit sind. Dieser Aberglaube lässt sie das Kondom, ohnehin als Einschränkung der Manneskraft verachtet, ablehnen.

Die interkulturellen Unterschiede im Krankheits- beziehungsweise Gesundheitsverständnis stellen gerade auch die Beratung bei chronischen und lang anhaltenden oder gar unheilbaren Krankheiten vor besondere Probleme. Diese Erkrankungen etablieren häufig ein länger anhaltendes Verhältnis zwischen der beratenden oder pflegenden Person und dem oder der Kranken. Wichtige Problembereiche sind der Umgang mit Licht und Dunkel, Wärme und Kälte, das Sorgeverständnis in den verschiedenen Kulturkreisen, das Schmerzverhalten, die Rolle des Klagens oder die Fähigkeit zur Selbstfürsorge.

Viele der dabei beobachteten unterschiedlichen Einstellungen und Verhaltensweisen werden hierzulande als Schwäche oder Defizit der anderen Kultur gewertet. Tatsächlich aber sind sie in der anderen Persönlichkeitsdefinition der Herkunftskulturen begründet. Häufig definiert sich die Person dort weniger über ein Individualverständnis als vielmehr über die Gruppe, der sie angehört. Daraus wiederum ergeben sich andere Werte, Einstellung und Verhaltensweisen als diejenigen, die in der hiesigen Gesellschaft als selbstverständlich vorausgesetzt werden.

Die Wahrnehmung der MigrantInnen als eines integralen Bestandteiles der Gesellschaft muss für alle sozialen Dienste und Einrichtungen die Wahrnehmung der Aufgabe einer zielgruppenorientierten Versorgung nach sich ziehen. Dies hat, wie wir gesehen haben, zur Voraussetzung zweierlei: interkulturelle Kompetenz auf allen Ebenen, aber auch eine Neustrukturierung dieser Ebenen, um der Querschnittsaufgabe gerecht zu werden. Unter interkultureller Kompetenz wird im allgemeinen die Fähigkeit verstanden, angemessen in einer anders kulturell geprägten Umgebung oder mit Angehörigen anderer Kulturen zu kommunizieren.⁸

Manchmal aber ist das Wesentliche der Mut, auf den Anders-Seienden zuzugehen, in dem Bewusstsein, dass man die wertvolle **eigene** Kultur als den festen Boden unter den Füßen doch behält, wenn man auch das Ungewohnte ergreift. Im Iran erzählt man eine Geschichte, in der dies anschaulich wird:

In einem Sumpf in Nord-Persien war ein Mann versunken. Nur sein Kopf schaute noch aus dem Morast heraus. Lauthals schrie er um Hilfe. Bald sammelte sich eine Menschenmenge an dem Ort des Unglücks, und einer fasste den Mut, dem Verunglückten zu helfen. „Gib mir deine Hand“, rief er zu ihm herüber. „Ich werde dich aus dem Sumpf herausziehen.“ Doch der Versunkene schrie weiterhin um Hilfe und tat nichts, dass der andere ihn herausziehen konnte. „Gib mir deine Hand“ forderte dieser ihn mehrere Male auf. Die Antwort war lediglich ein erbärmliches Schreien um Hilfe. Da trat ein anderer Mann hinzu und sprach: „Du siehst doch, dass er dir niemals seine Hand geben wird. Gib du ihm deine Hand, dann wirst du ihn retten können.“⁹

Interkulturelle Beratung, das ist: den MigrantInnen die Hand reichen.

¹ Vgl. Mitteilungen der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Ausländer, Nr. 5, In der Diskussion: Empfehlung zur interkulturellen Öffnung Sozialer Dienste, Bonn, Dezember 1994, S. 5.

² Niedersächsische AIDS-Hilfe Landesverband e.V., Fax-Mitteilung vom 14. V. 1999

³ siehe z.B. die berüchtigten bare-back parties.

⁴ Und das heißt offenbar, in zunehmendem Maße sind Frauen die Opfer der Ansteckung.

⁵ Andrea Kothen, „Es sagt ja keiner, dass wir keine Ausländer annehmen...“. Zugangsbarrieren für Flüchtlinge und MigrantInnen im System der sozialen Regeldienste, Frankfurt/M 2000, S. 38.

- ⁶ Ebenda, S. 6.
- ⁷ Dorothea Hinske, „Vom Umgang mit fremden Kulturen. Konflikte und Probleme im Pflegealltag“ in Dokumentation: Gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Anhörung in Frankfurt am Main am 22. September 1999, S. 26. Die Autorin folgt darin David J. Hesselgrave, *Communicating Cross-Culturally*, Grand Rapids/Mich., 1991.
- ⁸ Vgl. W. Hinz-Rommel, „Interkulturelle Kompetenz und Qualität- Zwei Dimensionen von Professionalität in der sozialen Arbeit“, in: Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit, Heft 3/4 1996, S. 20ff.
- ⁹ Nossrat Peseschkian, *Der Kaufmann und der Papagei, Orientalische Geschichten als Medien in der Psychotherapie*, Frankfurt 1985, S. 140.

Rosaline Spaine
VIA Berlin-Brandenburg e.V.

Situation chronisch kranker MigrantInnen am Beispiel HIV und AIDS

Das Projekt für soziale und gesundheitliche Information und Betreuung von Frauen und Mädchen aus afrikanischen Ländern läuft seit August letzten Jahres. In seiner Form und Stellenbesetzung ist es wohl einmalig in Deutschland.

Aufgaben des Projektes:

- Beratung, Begleitung und Betreuung von afrikanischen Frauen und Mädchen bei gesundheitlichen und sozialen Problemen
- Unterstützung bei der Bewältigung von Problemen (Dolmetscherdienste) in sozialrechtlichen und gesundheitlichen Fragen in englischer und anderen afrikanischen Sprachen
- Hilfe bei der Bildung von Selbsthilfegruppen
- Besuche und Betreuung in Krankenhäusern und Privatwohnungen
- Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen

Obwohl das Projekt nur für Frauen und Mädchen gedacht ist, benutzen auch Männer diesen Service, da es keinerlei Alternativen gibt, in deren Zusammenhang Informationen von Afrikanern für Afrikaner angeboten werden.

Bezogen auf die gesamte Migrationsgeschichte der Frauen spielt die psychische Unterstützung durch eine Afrikanerin vielleicht die größte Rolle bei der gesamten Arbeit. Die Vertrautheit zwischen afrikanischen Frauen kann in dieser Form von deutschen Einrichtungen, die sicher einen wichtigen Beitrag in Bezug auf die Bewältigung bürokratischer Hürden spielen, nicht erwartet werden. Die Frauen sind offener und sprechen über ihre Ängste und intimen Bedürfnisse.

Für das Selbstbewusstsein afrikanischer Frauen sind Schwangerschaft und Kinder der zentrale Mittelpunkt ihres gesellschaftlichen Lebens. Selbst wenn eine Frau von HIV und AIDS betroffen ist, wird sie kaum eine Entscheidungsmöglichkeit für oder gegen ein Kind haben, da der gesellschaftliche Druck enorm ist.

Diese Gesamtsituation spiegelt sich deutlich in der Projektarbeit wieder.

Das grundlegende Problem eines Großteils nicht nur afrikanischer Migrantinnen ist die **rechtliche Ungleichbehandlung**. Dies beinhaltet vorrangig Aufenthaltsprobleme. So bedeutet jeder Besuch der Ausländerbehörde tagelange Angst vor möglicher Nicht-Verlängerung des meist unsicheren Status bzw. vor Abschiebung. Permanente Angst macht krank.

Ein zentrales Problem fast aller von HIV und AIDS betroffenen Afrikanerinnen ist die **Isolation**. Fast alle sind in traditionellen afrikanischen Großfamilien aufgewachsen, in denen die gesamte Familie Freude und Leid zusammen teilt. Frauen, die von ihren Familien getrennt leben, müssen nicht nur das Problem der eigenen Isolation bewältigen, sondern sorgen sich auch vorrangig um das **Wohl der Familie** (Kinder, Ehemann, Eltern) **im Herkunftsland**.

Viele betroffene Migranten und Migrantinnen haben **Angst vor zusätzlicher Ausgrenzung durch HIV und AIDS**. Dies trifft insbesondere auf die Menschen zu, die aus Ländern südlich der Sahara kommen und durch ihre Hautfarbe schnell identifiziert werden können. Diese zusätzliche Angst hat vor allem mit dem Umgang der Medien mit dem Thema „AIDS in Afrika“ zu tun. So sagte kürzlich ein Berater, er denke, dass der Großteil der hier lebenden Afrikanerinnen und Afrikaner von AIDS betroffen sei. Sie wollen nicht, dass die Leute in ihren eigenen communities von ihrer Infektion erfahren, denn allgemein wird angenommen, dass diese auf sexuellem Wege übertragen wurde. Dies wiederum wird gleichgesetzt mit Homosexualität im Falle der Männer und Prostitution im Falle der Frauen.

Ein weiteres Problem sind **Sprache und deutsche Kultur**. Durch unterschiedliche kulturelle Sicht- und Herangehensweisen und unterschiedliche Schwerpunktsetzung sind viele Frauen einfach nicht in der Lage, über ihre Situation zu sprechen und ihre Probleme verständlich machen. Auch wenn Berater Englisch sprechen, werden viele grundlegende Dinge nicht verstanden bzw. missverstanden.

Viele Migrantinnen haben sozialrechtliche Probleme, die nicht selten auf Informationsmangel zurück zu führen sind. Zum Beispiel wissen AIDS-Kranke nicht, dass sie Anspruch auf Mehrbedarf beim Sozialamt oder Anspruch auf mehr Wohnraum haben. Auch fehlt es an Informationsmaterialien in der jeweiligen Muttersprache. Die zur Zeit verfügbaren werden nicht gelesen, weil sie zu unverständlich sind oder ganz andere, für Migranten kaum relevante, Fragen ansprechen.

Immer wieder gibt es Probleme in **Ernährungsfragen**. Es ist bekannt, dass diese bei HIV und AIDS eine ganz entscheidende Rolle spielen. Afrikanerinnen kochen, wenn sie können, meist afrikanische Gerichte und bewahren sich so ein Stück Identität.

Wie die meisten anderen Migranten, so kennen sich insbesondere afrikanische Frauen nicht mit den **Strukturen im Gesundheits- und Sozialbereich** aus und wissen nicht, an welche Einrichtung sie sich mit ihren Fragen wenden könnten.

Um die angesprochenen Probleme zu verdeutlichen, ein Fall aus der Praxis:

Eine alleinerziehende Frau, wurde nach einem Ohnmachtsanfall ins Krankenhaus gebracht. Hier wurde ein HIV-Infektion festgestellt. Ihr zehnjähriger Sohn wurde daraufhin vom Jugendamt abgeholt und in eine Pflegefamilie gebracht. Nach fünfmonatigem Krankenhausaufenthalt wurde die Frau mit einer halbseitigen Lähmung nach Hause entlassen. Es wurde eine Amtsbetreuung bestellt, deren Unterstützung sich nur auf Formalitäten beschränkte. Als ich die Frau auf Grund eines Anrufes des Pflegedienstes zum ersten Mal besuchte, stellte sich heraus, dass sie keinerlei Kontakte zu anderen außenstehenden Personen hatte und keinerlei Einfluss mehr auf den Ablauf ihres eigenen Lebens und das ihres Sohnes.

Die Frau ist zwar stark gehbehindert, aber durchaus in der Lage, klar zu denken. Nicht nur, dass sie seit Monaten über keinen Telefonanschluß verfügte, sie hat auch beispielsweise keine Möglichkeit, ihren Kontostand zu erfahren, und kann nicht darüber bestimmen, wie oft und wie lange sie ihr Kind sehen kann. Die Frau hat so keine private Bezugsperson und ist damit völlig isoliert. Ihr größter Wunsch ist, ein Familienmitglied bei sich zu haben. Ihre Wohnung befindet sich in der fünften Etage eines Mietshauses, einen Fahrstuhl gibt es nicht.

Von der Amtspflege erhält sie den Betrag von DM 100 wöchentlich, von dem der Pflegedienst dann Lebensmittel einkaufen muss. Da dieser über wenig Zeit verfügt, wird im nächsten – sehr teuren – Laden eingekauft. Der Wunsch nach afrikanischem Essen kann so niemals befriedigt werden.

Meine Aufgaben liegen nicht nur darin, Lösungen für die vielfältigen bürokratischen und rechtlichen Probleme zu finden, sondern vor allem auch darin, mich mit der Frau zu unterhalten, für sie zu kochen, ihre Haare zu flechten, mit ihr spazieren zu gehen und auf ihre großen psychischen Probleme einzugehen.

Aufgrund der gesamten Arbeit und mit Hilfe meines Kollegen Abigail Edubio, Mikrobiologin aus Nigeria entstand, eine Selbsthilfegruppe **TAWFA, The Afrikan Women Friendship Association** für gesundheitliche Aufklärung von afrikanischen Frauen und Kindern in Deutschland. Zielgruppe sind HIV/AIDS-Positive afrikanische Frauen und deren Angehörige, sowie von AIDS betroffene Witwen und Waisenkinder.

Die gegründete Selbsthilfegruppe hat folgende Ziele: siehe S. 33

Die entstandene Selbsthilfegruppe braucht dringend Unterstützung von staatlicher wie nicht-staatlicher Seite, und zwar nicht nur in finanzieller Hinsicht, sondern vor allem auch durch Ermutigung und Förderung von deutscher Seite.

The African Women Friendship Association (TAWFA)

TAWFA ist ein innovatives, gezielt auf Frauen ausgerichtetes Interventionsprogramm, das speziell dafür geschaffen wurde, HIV-positive Frauen und durch HIV zu Waisen gewordene Kinder zu ermutigen und zu unterstützen.

Die Ziele sind:

- Förderung der Solidarität, Unterstützung und Harmonie zwischen allen afrikanischen Frauen in Deutschland
- Information von afrikanischen Familien über Gesundheitsaufklärung und Vorbeugung von Krankheiten
- Aufklärung von afrikanischen Frauen über HIV/AIDS und andere sexuell übertragbare Krankheiten (STDs)
- Verteilung von HIV-Informationsmaterial und Kondomen
- Unterstützung von afrikanischen Frauen bei Diagnostik und Behandlung von STD's
- Soziale und gesundheitliche Beratung für von HIV/AIDS betroffene Familien
- Schutz der Rechte von direkt oder indirekt von HIV/AIDS betroffenen Frauen und Kindern
- Unterstützung von HIV-positiven Frauen beim Informationsaustausch und Gründung von Selbsthilfegruppen
- Erzeugung öffentlicher Aufmerksamkeit über Probleme wie sexuellen Missbrauch und sexuelle Nötigung
- Training von Frauen, wie sie solche Situationen vermeiden können, oder sich in diesen wehren können
- Gewinnung von afrikanischen Frauen- und Meinungsführern zur Leitung von Workshops zu diesen Themen
- Kooperation mit anderen Organisationen, die sich an afrikanische MigrantInnen richten
- Zusammenarbeit auch mit afrikanischen Männern, um diese Ziele zu erreichen.

Was wir machen:

- Beratung von afrikanischen Familien, Frauen und Kindern in deutscher, englischer, französischer oder weiteren Sprachen auf Nachfrage
- Wir besuchen HIV-positive Frauen in der Wohnung oder in der Klinik, um bei täglichen Aufgaben und Problemen zu helfen
- Wir verteilen Gesundheitsbroschüren in afrikanischen Sprachen
- Wir begleiten afrikanische Frauen zu Ärzten, zur Polizei, zur Ausländerbehörde und zu anderen Stellen
- Wir empfehlen geeignete andere Unterstützungsmöglichkeiten weiter
- Wir organisieren Frauentreffen, um Probleme zu diskutieren und Lösungsmöglichkeiten auszutauschen
- Wir präsentieren die Situation der HIV-positiven afrikanischen Frauen auf Seminaren und Workshops
- Wir arbeiten mit anderen Organisationen zusammen, die Migranten unterstützen
- Wir suchen den Kontakt zu sozialen, religiösen und kulturellen afrikanischen Gruppen.

Künftige Projekte:

- Kampagnen zur Vorbeugung von HIV/AIDS in afrikanischen Gruppen in ganz Deutschland
- Anwerbung und Anlernung von afrikanischen Frauen als Beraterinnen zur HIV/AIDS-Aufklärung
- Organisation und Durchführung von Workshops für afrikanische Frauen
- Einrichtung von Gesundheitszentren und -netzen für afrikanische Frauen in ganz Deutschland
- Einrichtung kostenloser Telefon-Hotlines für afrikanische Frauen, um persönliche Probleme mit erfahrenen Beraterinnen besprechen zu können.

Kontakt: Verband der Initiativgruppen in der Ausländerarbeit (VIA), Regionalverband Berlin-Brandenburg, Rosaline Spaine, Kadinerstr. 17, 10243 Berlin, Tel.: 030/29 00 71 54, Fax: 030/29 00 71 54, e-mail: via.berlin@snafu.de

Horst Herkommer
 Klinikum der J. W. Goethe Universität, Frankfurt
 Zentrum der Inneren Medizin
 Psychosoziale Beratungs- und Koordinationsstelle

Analyse der psychosozialen Probleme von Migranten mit HIV und AIDS

Im Zeitraum von Oktober 1999 bis August 2000 wurden die Daten von insgesamt 104 ausländischen Patienten ausgewertet, die innerhalb des Projektes „Migration und AIDS“ beraten wurden.

Die Klienten stammten aus folgenden Ländern:

Afrika	Europa	Asien	Nord-/Südamerika
54%	28%	12%	6%

Davon waren:

Frauen	44%
Männer	56%

Das Durchschnittsalter betrug bei den:

Frauen	28 Jahre
Männer	35 Jahre

Zur Situation des Aufenthaltstatus der von uns begleiteten Migranten ergibt sich folgende Verteilung:

Aufenthaltsurlaubnis	Duldung	Asylverfahren/ ausreisepflichtig	Touristen	Vollzogene Abschiebung
49%	24%	20%	6%	1%

Kennzeichnend für die soziale Situation der Migranten und Migrantinnen ist, dass bei insgesamt 44 % der Betroffenen der Aufenthalt ungesichert ist. Dieser Personenkreis hat auch nur Anspruch auf eingeschränkte Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).

Entsprechend sieht die Einkommensverteilung bei dieser Patientengruppe aus:

AsylbLG	Eigenes Einkommen	Unterhalt	Rente	Sozialhilfe	Touristen mit ausländ. Einkommen	Sonstige Einkünfte
34%	24%	13%	7%	6%	8%	8%

Über ein Drittel dieser Patienten lebt also von einem Einkommen, das um 25 % unter dem regulären Sozialhilfesatz liegt. Damit einher gehen zum Teil extreme finanzielle Notlagen. Fahrtkosten zum Klinikum stellen häufig bereits ein Problem dar, wenn die Patienten weit entfernt vom Klinikum wohnen und in der Nähe ihres Wohnortes keine auf HIV spezialisierte Behandlungseinrichtung existiert. Hinzu kommt, dass Patienten mit einer Duldung oder im Asylverfahren ihren Wohnort nicht frei wählen können, da sie einer räumlichen Beschränkung des Aufenthalts unterliegen.

Für Patienten im Asylverfahren gilt zudem, dass sie nach Quoten ohne eigenes Mitspracherecht auf die verschiedenen Länder verteilt und in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht werden. Ausnahmen gelten nur für Ehegatten oder minderjährige Kinder, die grundsätzlich einen Anspruch darauf haben, dem Wohnsitz des Ehepartners bzw. der Eltern zugewiesen zu werden.

Eine Unterbringung in der Nähe eines Behandlungszentrums ist somit vom Zufall abhängig und für die betroffenen Patienten nicht planbar. Die Fahrtkosten können bei einem finanziellen Budget von ca. 440 DM pro Monat für den Haushaltsvorstand deshalb leicht zu einer untragbaren finanziellen Belastung werden. Bei der Erstattung der Fahrtkosten zum Klinikum gibt es für die Betroffenen bürokratische Hürden zu überwinden. Die Sozialhilfeträger verweigern oft eine Erstattung, weil die Betroffenen ihrer Meinung nach auch von einer anderen Einrichtung in der Nähe behandelt werden könnten.

Dies bringt die Patienten in eine sehr prekäre Situation, die sie unter Umständen auch zwingt, ihre HIV-Infektion gegenüber dem Sozialhilfeträger offen zu legen, da sonst kaum die Möglichkeit besteht, dass die Fahrtkosten zu einem weit entfernten spezialisierten Behandlungszentrum anerkannt werden.

Auch wenn die Behörden über die Erkrankung und den spezifischen Behandlungsbedarf informiert sind, bedeutet dies noch lange nicht, dass sie in jedem Fall bereit sind, den Betroffenen die Fahrtkosten zum Klinikum zu erstatten, so dass die Patienten häufig aus finanzieller Not die Behandlung nicht regelmäßig durchführen können und medizinisch nicht angemessen versorgt sind.

In einem Bericht in der Frankfurter Rundschau führt der Bundesgeschäftsführer der Deutschen AIDS-Hilfe, Stefan Etgeton, zu dieser Problematik aus, dass die medizinische Versorgung bestimmter Migrantengruppen nur bei akuten Erkrankungen erfolge und zu einem überproportional häufigen Ausbruch von AIDS führe. Weiterhin nähmen Politiker kostenintensive stationäre Behandlungen und den früheren Tod dieser Menschen durch Verweigern der entsprechenden Therapien in Kauf (Das HI-Virus ist wieder auf dem Vormarsch, Frankfurter Rundschau vom 10.08.2000)

Ein weiteres Problem ist, dass dieser Patientengruppe in der Regel keine einmaligen Beihilfen (z.B. für Bekleidung) gewährt werden und auch Mehrbedarf für Ernährung von Region zu Region nach unterschiedlichen Kriterien gewährt wird. Verschärfend kommt hinzu, dass gerade diese Patienten einen erhöhten Beratungsbedarf haben, da sie der deutschen Sprache zumeist nicht mächtig sind und mit ausländerrechtlichen Entscheidungen konfrontiert sind, die sie nicht verstehen können.

Fremdsprachliche Beratung, Informationen in der Sprache der Betroffenen oder eine Dolmetscherbeschaffung waren deshalb in 45 % aller Fälle erforderlich. Da Migranten mit dem deutschen Sozialsystem in der Regel nicht vertraut sind, wissen sie häufig auch nicht, wie sie ihre Interessen vertreten können.

Wegen sozialrechtlicher Fragen suchten deshalb 44 % der Patienten unsere Beratung auf. Aufenthaltsrechtliche Probleme hatten 63 % der Patienten. Über 50 % der Patienten waren auf anwaltliche Hilfe angewiesen, so dass von dem schon weit unterhalb des Sozialhilfesatzes angesiedelten Einkommen zusätzlich noch Rechtsanwaltskosten zu zahlen waren. Bei den Betroffenen führte das in einigen Fällen dazu, dass weder eine adäquate medizinische Versorgung, noch eine angemessene, das Immunsystem stabilisierende Versorgung mit Nahrung gewährleistet war.

Besonders gravierend war dies in einigen Fällen, in denen die Patienten unmittelbar von der Abschiebung bedroht und bis zur Entscheidung des Verwaltungsgerichts ohne Aufenthaltstitel waren. Sie erhielten bis zur Entscheidung des Gerichts keinerlei Leistungen mehr, so dass sie zum Überleben auf Spenden von AIDS-Hilfen oder kirchlichen Einrichtungen oder die Unterstützung von Freunden und Verwandten angewiesen waren.

Bezeichnend ist auch, dass nur 7 % der von uns betreuten Migranten eine Rente erhielten und nur 24 % ein eigenes Arbeitseinkommen hatten. Hier ist noch anzumerken, dass diese Einkommen häufig durch ergänzende Sozialleistungen aufgestockt werden mussten oder zum Überleben nur reichten, weil Familienangehörige zum Unterhalt beitrugen.

Die Wohnsituation der von uns beratenen Migranten ergibt folgendes Bild:

Eigene Wohnung	Gemeinschaftsunterkunft	Stationäre Einrichtung	Vorübergehende Unterbringung	Ungesicherte Wohnverhältnisse
53%	22%	7%	12%	6%

Probleme mit der Wohnsituation führten 15 % der Patienten in die Beratungsstelle. Häufig waren die Wohnverhältnisse unzureichend, die Wohnung für die Anzahl der Personen zu klein oder die Patienten mussten sich in Gemeinschaftsunterkünften mit mehreren Personen ein Zimmer teilen. Teilweise waren sie auch nur vorübergehend bei Verwandten oder Freunden untergebracht oder von Obdachlosigkeit bedroht. Ein drohender Verlust der Wohnung oder Obdachlosigkeit wurde von den zuständigen Behörden dabei in Kauf genommen.

Ein besonderes Problem stellt auch die Unterbringung von Patienten mit einer Duldung dar, die wegen ihres Aufenthaltsstatus in der Regel nicht von den Wohnungsämtern in Sozialwohnungen vermittelt werden. Normalerweise werden einkommensschwache Schwangere und Behinderte bei der Vergabe von Sozialwohnungen vorrangig berücksichtigt, bei Patienten mit einer Duldung hingegen berücksichtigen die zuständigen Stellen in der Regel jedoch nur den Aufenthaltsstatus und nicht die soziale Notlage der Patienten, von wenigen Ausnahmefällen abgesehen. Normalerweise ist die Duldung ein Aufenthaltstitel, der nur für Zeiträume bis zu ca. 6 Monaten erteilt wird, weil davon ausgegangen wird, dass der Betroffene ausreisepflichtig ist und die Bundesrepublik in Kürze verlassen soll.

De facto leben Patienten jedoch teilweise bereits mehrere Jahre mit einer Duldung in der Bundesrepublik, weil entweder aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation oder sonstiger Umstände Abschiebehindernisse vorliegen. Diese Patientengruppe hat wegen des Bezugs von Leistungen nach dem AsylbLG und ihres Aufenthaltsstatus weder eine Chance auf dem regulären Wohnungsmarkt, noch wird den Betroffenen eine Sozialwohnung vermittelt.

Bei unseren Patienten hat das zur Folge, dass eine Familie mit einer schwerstpflegebedürftigen Tochter im Stadium C 3 in einem Hotel untergebracht ist, ein weiterer Patient lebt in einem Container, schwangere Frauen müssen mit Kindern und mehreren Familienangehörigen in einer Ein-Zimmer-Wohnung oder ein bis zwei Räumen in einer Gemeinschaftsunterkunft auskommen. Es ließen sich noch viele weitere Beispiele für die untragbare Wohnsituation vieler Betroffener anführen.

Besonders problematisch ist außerdem, dass Betroffene mit einer Duldung auch langfristig kaum die Möglichkeit haben, einen anderen Aufenthaltsstatus zu bekommen, da dieser an ein sozialhilfeunabhängiges Einkommen gekoppelt ist. Patienten mit einer Duldung wird in der Regel keine Arbeitserlaubnis erteilt. Es ist ihnen so nicht möglich, aus eigener Kraft eine andere Wohn-, Einkommens- oder Aufenthaltssituation herbeizuführen.

Diese vielfältigen sozialen und ökonomischen Stressfaktoren, sowie Diskriminierung im sozialen Umfeld, Probleme mit Partnern, der Familie und Schwierigkeiten bei der Krankheitsbewältigung stellen psychische Belastungen dar, die 78 % der Betroffenen in der Beratung zum Thema machten.

Festzuhalten bleibt, dass die Ausgrenzung aus dem sozialen System von Migranten mit Duldung oder ungeklärtem Aufenthaltsstatus dauerhaft und institutionell herbeigeführt ist und für die Betroffenen z.T. untragbare Lebensbedingungen mit sich bringt. Die Ausländerpolitik richtet sich gegen die Ärmsten der Armen und legt darüber hinaus auch noch fest, dass Sozialhilfebezug nach § 46 Abs. 6 AuslG ein Abschiebegrund ist.

Das bedeutet, dass die Betroffenen keine Chance zur Integration haben, da die Ausweisungsgründe von den Behörden durch Auflagen teilweise selbst herbeigeführt werden. Für unsere Arbeit in der Beratung hat das zur Folge, dass Ansprüche der Patienten zumeist nur in Zusammenarbeit mit Ärzten, Rechtsanwälten und anderen Hilfseinrichtungen durchgesetzt werden können.

Ergebnis der Arbeitsgruppe 1 „Prävention von HIV und STD bei Migrantinnen“

Referentin: Petra Narimani

Moderation: Nanette Pellegrino, Arno Oevermann (Aids Beratung im Rat & Tat Zentrum)

Ausgelöst durch den Titel der Veranstaltung wurde eine kontroverse Diskussion geführt:

- Warum werden MigrantInnen in den Mittelpunkt einer Veranstaltung zu Aids gestellt?
- Besteht etwa eine akute Gefahr für den ‚Deutschen‘ durch den ‚Migranten‘, der infiziert ist?
- Ängste einer zusätzlichen Stigmatisierung durch Aids werden für MigrantInnen geweckt

Aber:

- Eine solche Veranstaltung bietet auch Gesprächsräume für diese schwierige Problematik.

Prävention als oberstes Prinzip:

- Aids geht uns alle an
- Prävention muss jeden Einzelnen erreichen
- Prävention muss sich den Bedürfnissen des Einzelnen anpassen, nur so kann sie ihn/sie auch erreichen
- Prävention heißt, auch den Lebensstil des Anderen zu akzeptieren
- Was in einer Kultur richtig ist, kann in einer anderen falsch ein.
- Europa ist nicht die Mitte der Welt, z.B. unsere Ansicht von Eigenverantwortung ist ein ‚Luxus‘ unserer Gesellschaft
- die Belastung für infizierte MigrantInnen ist um ein vielfaches höher: Der Deutsche ist positiv, der positive Migrant ist in erster Linie Migrant
- der Einzelne ist Experte und sollte auch als dieser ernst genommen werden

Empfehlungen an Organisationen:

- MigrantInnen müssen von Anfang an mit in die Diskussion einbezogen werden
- MigrantInnenarbeit ohne MigrantInnen ist aussichtslos
- es müssen immer wieder Rahmenbedingungen geschaffen werden um einen Austausch zu ermöglichen
- nur durch das Gespräch wird eine Basis von Vertrauen und Akzeptanz möglich
- interkulturelle Kompetenz des einzelnen Beraters ist notwendig
- Aids muss immer wieder neu zu einem Politikum gemacht werden.

Protokoll: Nanette Pellegrino

Ergebnis der Arbeitsgruppe 2 „Verhindert die HIV-Infektion eine Abschiebung?“

Referent: Dr. Holger Hoffmann

Moderation und Berichterstattung: Güle Iletmis (DAB), Jochen Driefmeier (Journalist)

In der Arbeitsgruppe wurden die Themen Reisefähigkeit und Krankheit als Abschiebungshindernis diskutiert.

Reisefähigkeit

- Bei der Frage, ob HIV ein Abschiebungshindernis sein könne, geht es nicht etwa nur um die Frage, ob Reisefähigkeit vorliege, denn die sei in Deutschland eigentlich immer gegeben.
- Vielmehr gehe es in aller Regel darum, ob eine in Deutschland bestehende Erkrankung eines ausreisepflichtigen Ausländers in seinem Heimatland wegen der dort unzureichenden Behandlungsmöglichkeiten sich verschlimmern und zu einer erheblichen konkreten Gefahr für Leib und Leben im Sinne des § 53 Abs. 6 S. 1 Ausländergesetz (AuslG) führen könne. Entsprechendes habe 1997 das Bundesverwaltungsgericht in einem Urteil festgestellt.

Krankheit als Abschiebungshindernis

- Wichtig sei immer, dass alle gesundheitlichen und sonstigen Gründe, die eine Abschiebung verhindern könnten, personenbezogen individuell, konkret und erheblich sein müssten. Gefahren für die Bevölkerung des Heimatlandes insgesamt – oder für bestimmte Gruppen – würden eine Abschiebung nicht verhindern. Grundsätzlich sei es in allen Verfahren, in denen es auch immer um den „guten Willen der Entscheidungsträger“ gehe, wichtig, dass argumentativ gekämpft werde. Entscheidungen würden wesentlich vom Informationsstand, zum Beispiel eines Sachbearbeiters in der Ausländerbehörde, abhängen.
- Günstige Gründe für die Verhinderung einer Abschiebung sind neben politischen sonstige gesundheitliche oder humanitäre Gründe. Eine Krankheit kann gar als Verhinderungsgrund eingestuft werden. Hier werde eine Gefahr für Leib und Leben immer dann als erheblich angenommen, wenn sich der Gesundheitszustand nach der Rückkehr im Heimatland wesentlich oder gar lebensbedrohlich verschlechtern würde.
- Über die Qualität medizinischer Versorgung im Heimatland einer erkrankten Person und trotzdem von Abschiebung bedrohten Person, könne nicht unbedingt die Deutsche Botschaft oder das Auswärtige Amt verlässliche Auskunft geben. Weitere Informationsquellen seien das UNHCR (Der Hohe Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen, www.unhcr.de), das IRK (Internationale Rote Kreuz), die Organisationen „Ärzte ohne Grenzen“ und Amnesty international.
- Zur wahrheitsgemäßen Angabe von Krankheitsbildern wurde von Erfahrungen berichtet, dass bei Erstbefragung von Asylbewerbern die Angabe „HIV pos.“ eher nicht empfohlen werden könne, im Gegensatz zum Beispiel zur Angabe „Lungenentzündung“, auch wenn diese etwa tatsächlich im Zusammenhang mit HIV stehe. Grundsätzlich sei mit Verweis auf das AuslG festzuhalten: Ein Verschweigen der Infektion oder der Erkrankung aus Angst oder Scham sei eindeutig ein falsches Verhalten.

Protokoll: Jochen Driefmeier

Ergebnis der Arbeitsgruppe 3

„Kulturelle Unterschiede – interkulturelle Aspekte in der AIDS- und STD-Arbeit“

Referentin: Dr. Zahra Mohammadzadeh

Moderation: Millicent Botsio (Norddeutsche Mission), Heinz-Dieter Beushausen (Ökumenische Initiative)

„MigrantInnenarbeit ohne MigrantInnen ist aussichtslos“. (Petra Narimani)

In allen Formen von Prävention und Beratung muss das Wissen **präsent** sein, dass Krankheit und Schmerz in unterschiedlichen Kulturen unterschiedlich erlebt werden. Der kulturelle Hintergrund bestimmt mit, was eine Krankheit ist und was nicht, wie Schmerzerfahrung und Angst aussehen und welche Kommunikation darüber möglich ist.

Das bedeutet als Forderung an die Qualifikation der Beratenden:

- Sie benötigen Empfindsamkeit für unterschiedliche kulturelle Prägungen
- Sie müssen in der Lage sein, die eigenen Einstellungen zu relativieren und eigene Denkmuster aufzuspüren und zu überwinden (als Orientierungsmaßstab)
- Positiv ausgedrückt: Sie benötigen **interkulturelle Kompetenz**.

Empfehlungen an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Organisationen, die im Migrationsbereich arbeiten:

- Die in Prävention und Beratung eingesetzten Medien und Materialien müssen „kulturverträglich“ gestaltet sein, z.B. Respekt vor der als „unsittlich“ empfundenen Darstellung des nackten Körpers in bestimmten muslimisch geprägten Traditionen.
- Aufsuchende Prävention und Beratung sollte intensiviert und innovativer gestaltet werden, z.B. Sprechstunden in Unterkünften, afrikanischen (Kirchen-) Gemeinden.
- Materialauslage zur Gesundheitsaufklärung z.B. in Afro-Shops und asiatischen Geschäften.
- Die vorhandenen Netzwerke sollten stärker genutzt werden!

Handlungsempfehlung an Politik und Funktionsträger:

- Wirksame Hilfe für eine qualifizierte Beratung sind muttersprachliche BeraterInnen in den Institutionen.
- Es ist ein DolmetscherInnenendienst zu sichern, zumal für die Kommunikation das „kulturelle Fundament“ wichtig ist, denn dazu gehören neben den bloßen Wörtern auch Gesten, Mimik und Werte.
- Es ist zu prüfen, ob DolmetscherInnen nicht im Wege einer MultiplikatorInnen Qualifizierung aktiver in Prävention und Vor-Ort-Beratung einbezogen werden können.
- Barriereärmere Beratung setzt entsprechende Orientierungshilfen und Gebäude-Gestaltung (z.B. im Gesundheitsamt) voraus.

Fragen:

- Wie ist der Aufbau einer Selbsthilfestruktur unter MigratInnen möglich?
- Das Informations- ist auch ein Bildungsproblem. Wer arbeitet daran? Welche politische Forderungen zur MigrantInnenbildung gehören bei wem auf den Tisch?
- Wo und wie setzen die BeraterInnen selber Grenzen ohne diskriminierend und ausgrenzend zu sein?

Protokoll: Heinz-Dieter Beushausen

Ergebnis der Arbeitsgruppe 4

„Situation chronisch kranker Migranten und Migrantinnen am Beispiel HIV/Aids“

Referenten: Rosaline Spaine / Horst Herkommer

Moderation und Berichterstattung: Barbara Matuschewski (biz), Martin Taschies (Gesundheitsamt Bremen, aids Beratung)

Aspekte, die für eine Arbeit mit betroffenen Migranten bedeutsam sind:

- die Anonymität ist auch in der eigenen community sehr wichtig
- es ist das Bedürfnis vorhanden über die eigene HIV-Infektion zu sprechen
- bei HIV positiven Migranten besteht der Wunsch nach Offenheit zu vertrauten Personen, aber nicht nach Öffentlichkeit in der community
- der Klient ist der Experte, er ist am besten über die Tabus in seinem Kulturkreis informiert
- aufgrund der geringen Anzahl von (HIV-infizierten) Menschen in der eigenen community ist es schwierig, einen passenden Gesprächspartner für den Austausch zu finden
- die Situation einiger betroffener Menschen ist von Angst, dem Leben in Anonymität und Illegalität geprägt
- die Isolierung in der eigenen community entsteht u.a. durch die Verknüpfung von HIV mit Homosexualität bzw. Prostitution.

Empfehlungen an Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Organisationen, die im Migrationsbereich arbeiten

- der Aufbau von Vertrauen in die Hilfsorganisationen ist wichtig
- Vertrauen muss ‚erarbeitet‘ werden
- praktische Hilfe schafft Vertrauen
- die Wahrung der Anonymität in den Beratungsstellen ist notwendiger Bestandteil der Arbeit
- Begleitung HIV-infizierter durch Menschen aus dem gleichen Kulturkreis/Herkunftsland ist hilfreich
- die Bewahrung der eigenen Identität ist für die psychische Stabilität von großer Bedeutung. Dies kann z.B. über das gemeinsame Zubereiten von Speisen des Heimatlandes hergestellt werden.

Hilfestellungen im Einzelfall

- bei einem medizinischen Notfall werden die Kosten für eine stationäre Behandlung auch für Menschen ohne Papiere übernommen. Allerdings wird damit der illegale Status aufgehoben. Kostenträger ist hier meist das Sozialamt.
- eine ambulante Versorgung ist über die Teilnahme an Studien möglich
- Finanzierung notwendiger Anwaltskosten ist evtl. über Sponsoren oder karitative Einrichtungen möglich.

Handlungsempfehlungen an die Politik und Funktionsträger

- Behandlung und Diagnostik ist auch für Menschen ohne Papiere zu gewährleisten
- Therapie und Diagnostik nach den heutigen medizinischen Standards auch für Menschen, die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz Anspruch auf eine medizinische Versorgung haben
- Anerkennung und Bereitstellung einer Infrastruktur für den Informationsaustausch und vernetzende Aktivitäten der Organisationen untereinander, um eine verbesserte Versorgung von Migranten/innen herstellen zu können
- Aufbau einer interkulturellen Gesundheitsberatung, die sich nicht auf HIV/STD's beschränkt
- Förderung des Arbeitsschwerpunktes 'Gesundheitsförderung für Migranten/innen'

Protokoll: Martin Taschies

Dr. Zahra Mohammadzadeh
Gesundheitsamt Bremen

Zusammenfassung der Ergebnisse der Fachtagung

1. Übergreifende Thesen und Erkenntnisse:

Im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung der Migranten ist HIV/AIDS kein Ausnahmefall, sondern zeigt als problematischer Bereich der allgemeinen Gesundheitsversorgung lediglich die Defizite besonders deutlich. In einer Gesundheitsthematik, in der Tabus, Vorurteile, Ängste und Einstellungen zum Körper eine besonders große Rolle spielen, erhalten kulturelle Faktoren des Bewusstseins ein besonders großes Gewicht. Entsprechend wichtig sind interkulturelle Kompetenzen, die Überwindung sprachlicher Kommunikationsbarrieren und damit der Einsatz von Dolmetscher- und Kulturvermittlerdiensten.

Die Befriedigung der Versorgungsbedürfnisse der Migrantinnen und Migranten ist am effizientesten, wenn sie zielgruppengerecht und unter Berücksichtigung lokaler und regionaler Gegebenheiten gestaltet wird, also die konkrete demographische und soziale Situation im Einzugsbereich der jeweiligen Gesundheitseinrichtung bzw. Beratungsstelle aufgreift.

Migrantinnen und Migranten sollten selbst einen aktiven Part in ihrer Gesundheitsversorgung übernehmen; dieser Beitrag sollte ihnen auch seitens des Gesundheitssystem **zugestanden** und **zugetraut** werden. Auf der individuellen Ebene heißt das: die Migrantin, den Migranten als gleichberechtigten Partner im Umgang mit der Krankheit ernst nehmen; auf der strukturellen Ebene bedeutet es: Selbsthilfeaktivitäten und Integrationspotentiale wecken und fördern.

Wie in allen Bereichen des Gesundheitssystems bestehen erhebliche Wissens- und Qualifikationsdefizite in bezug auf interkulturelle Versorgung, so dass die Schaffung von Fortbildungsangeboten und die Förderung der Wahrnehmung dieser Angebote durch das Personal unabdingbar ist.

Interkulturelle Öffnung hat zwei Seiten: das Versorgungs- und Beratungssystem muss sich den MigrantInnen öffnen; die damit einhergehende **Botschaft** an die Klientel muss aber auch so vermittelt werden, dass die MigrantInnen sich dem Versorgungs- und Beratungssystem öffnen.

Vorhandenes Informationsmaterial sollte darauf hin überprüft werden, ob es auf dem Stand eines modernen Public-Health-Systems ist **und** die Erkenntnisse der Migrationsforschung (interkulturelle Studien etc.) einbezieht. Es muss der kulturellen Vielfalt der Bevölkerung Rechnung tragen, aber es ist ebenso wichtig, dass dieses Informationsmaterial in kulturverträglicher Weise auf die soziale Vielfalt **innerhalb** der Migrantenpopulation eingeht.

Die bisher auch in der allgemeinen Gesundheitsversorgung noch ungelöste Frage der Versorgung von Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus und der undokumentierten Einwanderer (so genannte Illegale) stellt auch die HIV/AIDS-Beratung und -Versorgung vor nahezu unlösbare Probleme.

Die „HIV/AIDS-Szene“, insbesondere die Fachleute in dieser Szene sind aufgefordert, ihre eigenen Einstellungen zu den Migranten zu überprüfen und eine angemessene Haltung gegenüber ihren Versorgungsbedürfnissen zu entwickeln. Dies kann nur im Dialog mit den Einwanderergruppen selbst geschehen. Nicht nur im Bereich HIV/AIDS sind die Versorgungsdefizite keineswegs eindimensional zu sehen, sondern werden von einer ganzen Palette von gesundheitlichen, sozialen, bildungsbezogenen, rechtlichen und nicht zuletzt politischen Faktoren beeinflusst. Ein weiterer wichtiger Beitrag wird deshalb darin gesehen, die Versorgung der MigrantInnen als ressortübergreifende Querschnittsaufgabe zu verankern. Dies würde die Voraussetzungen zur Überwindung der Defizite in jedem einzelnen Bereich verbessern und zugleich eine ganzheitliche Sicht der Versorgungssituation der Betroffenen ermöglichen.

2. Einzelne Schwerpunkte (Arbeitsgruppen)

Zu „Prävention von HIV und STD bei MigrantInnen“:

Präventionsmaßnahmen müssen immer wieder darauf hin überprüft werden, ob sie die Zielgruppe erreichen. In dieser Hinsicht ist es wichtig, verlässliche Verfahren der Qualitätskontrolle zu entwickeln.

Zu „HIV/AIDS und Abschiebung“:

Entscheidungen der abschiebenden Behörde hängen nicht zuletzt vom Wissensstand ab (zum Beispiel eines Sachbearbeiters im Ausländeramt). In diesem Sinne gegebene Entscheidungshilfen und an die Behörden vermittelte Informationen sollten möglichst konkret auf die Situation im Herkunfts- bzw. Rückkehrland eingehen und sichtbar machen, aufgrund welcher Faktoren eine Verschlimmerung der Krankheit und erhebliche konkrete Gefahren für Leib und Leben des/der Betroffenen zu erwarten ist (Verweis auf § 53 Abs. 6 S. 1 AuslG).

Zu „Kulturelle Unterschiede – interkulturelle Aspekte“:

Aufsuchende Prävention, Gesundheitsinformation und Beratung müssen „innovativer“ werden. Angesichts der fast unlösbaren Probleme, die sich für eine erfolgreiche Beratung und Versorgung aufgrund der sozialen und rechtlichen Rahmenbedingungen der MigrantInnen aufürmen, ist Resignation zwar verständlich, sollte aber nicht hingenommen werden. Die Rückbesinnung auf schon vergessene Grundsätze der Solidarität („Gemeinsam sind wir stark“) kann wichtige Türen öffnen und kreative Ansätze ermöglichen:

- Zusammenarbeit mit einzelnen MigrantInnen wie mit MigrantInnenorganisationen
- Neue Impulse der Vertrauensbildung zwischen Gruppen mit verschiedenen Sexualeinstellungen
- Überwinden der schon fast traditionellen Abwehr potentieller Kooperationspartner (z.B. zwischen der freien Beratungsszene und den Gesundheitsbehörden; es ist Zeit, auch solche Grenzen zu überschreiten!)
- Aufbau von Netzwerken bzw. Nutzung vorhandener Netzwerke und Kooperationsstrukturen
- Stärkere Nutzung moderner Medien zum Meinungsaustausch, zur Koordination und auch für die Zielgruppenarbeit

Kommunikation bleibt das transkulturelle Fundament. Dazu gehören Ressourcen – für Dolmetschereinsatz, für Weiterqualifizierung des Personals, für die Ausbildung von MultiplikatorInnen in den Zielgruppen, für aktiven Einsatz von Orientierungshilfen einschließlich von Fragen der Gestaltung des Ambientes, in dem Beratung und Versorgung stattfindet.

Wichtig auch: in die andere Kultur hinein kann glaubwürdig nur arbeiten, wer sich seiner/ihrer eigenen Kultur sicher ist. Das heißt: Aufsuchen der positiven Traditionen der Heilung und Selbstheilung, Hilfe und Selbsthilfe, individuellen und gesellschaftlichen Solidarität etc. in der eigenen Kultur.

Zu: „Situation chronisch kranker MigrantInnen“:

Beratung, Diagnostik und Behandlung ist auch für undokumentierte Einwanderer (Menschen ohne Papiere) und für MigrantInnen mit ungesichertem Aufenthaltsstatus zu sichern. Die Erwartung der Wiederausreise bzw. Abschiebung darf nicht als Grund der Ausgrenzung von der Versorgung herhalten. Es sollte eine interkulturelle Gesundheitsberatung aufgebaut werden, die alle Zielgruppen unter den MigrantInnen berücksichtigt.

Personalien

Einleitende Worte

Staatsrat Dr. Knigge

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

Er leitet die Staatsrätegruppe für Integrationspolitik und hat an der Erarbeitung einer Konzeption zur Integration von Zuwanderern und Zuwanderinnen im Lande Bremen mitgewirkt.

Er ist Vertreter der Senatorin Frau Adolf.

Dr. Zenker

Leiter des Gesundheitsamtes Bremen

Er ist seit Jahren sehr engagiert bei Flüchtlingsfragen, u.a. bei Fragen im Zusammenhang mit traumatisierten Migrantinnen und Migranten.

Er ist Mitbegründer von Refugio e.V und dort im Vorstand tätig.

Pastor von Zobeltitz

Schriftführer der Bremischen Evangelischen Kirche

Er ist Gastgeber der Veranstaltung.

Thematische Vorträge

Petra Narimani

Projektleiterin des Bereichs Gesundheit und Migration im Regionalverband der Initiativgruppen in der Ausländerarbeit Berlin/Brandenburg seit 1995

Davor war sie mehrere Jahre in der Deutschen Aids-Hilfe für den Bereich Internationale Kontakte zuständig. Sie arbeitet zudem aktiv in Projekten des Aids-Komitees in Ho Chi minh City, Vietnam.

Dr. Holger Hoffmann

Rechtsanwalt in Bremen

Er ist aktiv in verschiedenen bundesweiten Gremien zum Ausländergesetz und zu Flüchtlingsfragen tätig.

Dr. Zahra Mohammadzadeh

Leiterin des Sachgebiets für medizinische Untersuchung und Betreuung von Zuwanderern im Gesundheitsamt Bremen

Sie ist seit 8 Jahren in diesem Bereich in Bremen tätig und engagiert sich in verschiedenen regionalen und überregionalen Arbeitsgruppen und Gremien zum Thema gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten.

Rosaline Spaine

Mitarbeiterin im Regionalverband der Initiativgruppen in der Ausländerarbeit Berlin/Brandenburg

Sie ist seit 1999 in einem für Deutschland einmaligen Projekt als Sozialbetreuerin für afrikanische Frauen und Mädchen in Berlin tätig. Sie ist zudem Mitbegründerin einer Selbsthilfegruppe TAWFA zur Aufklärung afrikanischer Frauen und deren Angehörigen, die HIV-Positiv sind.

Horst Herkommer

Dipl. Sozialpädagogin und Psychotherapeut

Er ist seit 1990 als psychosozialer Berater für Menschen mit HIV und Aids in der Infektionsambulanz der Universitätsklinik Frankfurt tätig. Einer seiner Schwerpunkte ist das Projekt Migration und Aids zur Integration ausländischer HIV-Patienten in die Behandlung.

Bibliothek: Migration - Weiterführende Literatur ¹

Petrus Han

Soziologie der Migration

Stuttgart, Lucius & Lucius, 2000, 374 S., CHF 37.–

Soziale Fachkräfte, die mit der Betreuung und Beratung von MigrantInnen unterschiedlicher ethnischer Herkunft beauftragt sind, suchen nach wissenschaftlichen Erkenntnissen aus der Migrationsforschung und nach problemorientiertem Fachwissen. Der Soziologieprofessor Petrus Han aus Paderborn legt darum ein Einführungswerk vor, welches im deutschsprachigen Raum bisher gefehlt hat. Der Aufbau des Buches folgt dabei der Konzeption, Begriffe, Ursachen, Verläufe, Folgen und Perspektiven der Migration nacheinander zu thematisieren. Das erste Kapitel liefert einen Abriss der Migrationsforschung, die bekanntesten soziologischen Theorien werden vorgestellt. Themen des zweiten Kapitels sind makrostrukturelle Bedingungen, die die weltweiten Migrationsbewegungen in der Gegenwart auslösen (Armutsprobleme, Umweltzerstörung, ungleiche wirtschaftliche Entwicklung, restriktive politische Reaktionen der Industrieländer). Im dritten Kapitel folgen Analysen von Phasen des individuellen Entscheidungsprozesses zur Migration. Das übergreifende Thema im vierten Kapitel ist die Lebenssituation der Migrantengruppe in der Aufnahmegesellschaft, und im abschliessenden fünften Kapitel werden langfristige strukturelle Veränderungen der Aufnahmegesellschaften in den Blick genommen, die durch die große Zahl von Immigrantinnen eingeleitet werden. Das Buch kann sicher eine grundlegende Orientierung zu wichtigen Themenbereichen der Migrationssoziologie liefern, es handelt sich aber nach meiner Beurteilung um einen sehr dichten Text, der eher für Studierende und WissenschaftlerInnen geeignet ist als für PraktikerInnen.

Wiebke Twisselmann, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Zürich

Matthias David, Theda Borde, Heribert Kantenich (Hrsg.)

Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext

Frankfurt a.M., Mabuse, 2000, 276 S., CHF 38.80

«Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass Migranten/ innen besonderen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind und bezüglich ihrer gesundheitlichen Situation und Chancen eine benachteiligte Bevölkerungsgruppe darstellen», schreiben die Herausgeber in ihrem Vorwort. Im Rahmen eines Public-Health-Projekts zur Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter türkischer und deutscher Frauen im Spital organisierten die Herausgeber 1997 in Berlin ein erstes Symposium zum Thema «Migration und Gesundheit». Das vorliegende Buch ist eine Dokumentation des zweiten Symposiums vom Herbst 1999 mit dem Thema «Migration – Frauen – Gesundheit im europäischen Kontext». Wissenschaftler aus Deutschland, Grossbritannien, den Niederlanden, Österreich und der Schweiz haben daran mitgewirkt. Sie stellen Probleme, Entwicklungsperspektiven und Lösungsansätze vor, von der Lebens- und Wohnsituation und deren Auswirkungen für die soziale Versorgung über den Mythos «Mittelmeersyndrom», Kommunikationsprobleme in Gesundheitseinrichtungen und niederländische Dolmetscherzentralen bis zu Projekten aus Forschung und Praxis.

Wie sehr die Wanderungen für die meisten europäischen Länder zum wichtigsten Faktor der Bevölkerungsentwicklung geworden sind, zeigt Professor Herwig Birg vom Institut für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik der Universität Bielefeld in seinem Beitrag «Migration, Geburtendefizit und Alterung in Deutschland». Die deutsche Bevölkerung werde in den nächsten Jahrzehnten vielerorts ihre absolute Mehrheit verlieren, die bisherige Mehrheitsbevölkerung zu einer Minderheit in einer Multiminoritätengesellschaft werden. Ohne eine energische Integrationspolitik und Bildungsoffensive würden die Bildungsunterschiede zwischen Deutschen und Zugewanderten zu einer Polarisierung führen. Birgs Schlussfolgerungen gelten wohl auch für die Schweiz.

Christine Kaiser, Wissenschaftsjournalistin, Winterthur

¹ aus: Bibliothek Migration der Aids Info Docu Schweiz; <http://www.aidsnet.ch>

Matthias David, Theda Borde, Heribert Kentenich (Hrsg.)

Migration und Gesundheit.

Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle

Frankfurt a.M., Mabuse, 1999 (2. Aufl.), 211 S., CHF 36.80

Das Werk von David, Borde und Kentenich enthält eine Sammlung von Beiträgen mehrerer überwiegend in Deutschland lebender Fachleute. Diese Beiträge wurden Ende 1997 in Berlin anlässlich eines Symposiums über das Thema «Migration und Gesundheit» präsentiert. Das Buch schildert, welche Probleme die auf diesem Gebiet tätigen Fachleute am meisten beschäftigen. Es enthält außerdem interessante Hinweise zu den behandelten Fragen, etwa zur Beziehung Arzt/Patient, zu den Verständigungsschwierigkeiten und zu den besonderen Gesundheitsproblemen bestimmter Migrantenkategorien (Kinder, Mütter, Betagte). Auch die Frage, wie diese Probleme anzugehen sind, wird erörtert. Zudem werden in diesem Werk in einer kulturell differenzierten Betrachtungsweise auch psychologische und ethnologische Aspekte besprochen, zum Beispiel die Vorstellungen, die man sich in den jeweiligen Kulturen von Gesundheit und Krankheit macht, sowie kulturspezifisches Gesundheitsbewusstsein und entsprechendes Verhalten. Lobenswert ist, dass die Autoren nicht auf die «ethnospezifische» Sichtweise fixiert bleiben, sondern auch eher strukturelle Lösungsansätze berücksichtigen wie etwa die Einrichtung von Fachdiensten. Allgemein findet der Leser in diesem Buch die Themen sowie die Sprache, die in Schweizer Fachkreisen geläufig sind. Schade ist jedoch, dass darin den Kompetenzen der nicht-professionellen, aus Migrantenkreisen stammenden MediatorInnen und der Rolle, die sie durch ihr enges Vertrauensverhältnis mit ihren jeweiligen Gruppen spielen können, wenig Platz eingeräumt ist. Eine Grundlagendiskussion über den tabubeladenen und kontroversen Begriff «Recht auf Gesundheit» und dessen Voraussetzungen sowie über die Rolle und Verantwortung, welche das Aufnahmeland und die Immigrantengruppe dabei übernehmen können, wäre ebenfalls wünschenswert gewesen. Den Autoren kann jedoch kein Vorwurf gemacht werden, da diese Themen vermutlich am Symposium von Berlin nicht behandelt wurden.

Didier Burgi, Lausanne

(s.a. Aids Infothek 4/98)

Iman Attia, Helga Marburger (Hrsg.)

Alltag und Lebenswelten von Migrantenjugendlichen

Frankfurt a.M., 2000, IKO-Verlag für Interkulturelle Kommunikation, 231 S., CHF 25.-

Mit welchen Anforderungen und Begrenzungen sind Migrantenjugendliche in ihren Lebenswelten konfrontiert? Wie sehen ihre Bewältigungsstrategien aus? Was wünschen und erhoffen sie sich, was fürchten sie?

Im vorliegenden Sammelband kommen Migrantenjugendliche möglichst authentisch zu Wort, wobei ein Großteil der Beiträge aus der Feder Betroffener der ersten oder zweiten Generation stammt. Die beiden ersten Aufsätze widmen sich der sozialen Identität und dem Management der nationalen Mehrfachzugehörigkeit sowie den daraus resultierenden Belastungen. Drei Texte setzen sich mit institutionalisierter Diskriminierung in der Schule, der Suche nach Ausbildungsplätzen und der universitären Ausbildung am Beispiel türkischer Studentinnen auseinander. Weitere Beiträge loten das Verhältnis zu den Eltern, die religiöse und geschlechtsspezifische Sozialisation sowie die Freizeitgestaltung aus, wobei der Beitrag des Musikwissenschaftlers Martin Greve über die Musik türkischer Jugendlicher in Deutschland sowie der Aufsatz «Aerosol Art» (Hip-Hop-Graffiti) des Sozialarbeiters und Psychologen Günther Orlopp besondere Erwähnung verdienen.

Da sich die Mehrheit der Texte auf Jugendliche türkischer Herkunft und deren Rahmenbedingungen in Deutschland bezieht, lassen sich die Ergebnisse der Untersuchungen nicht unbedingt «tel quel» auf die Schweizer Situation übertragen. Trotzdem ist das Buch ein Beitrag zum besseren Verständnis der sozialen Befindlichkeit junger Migrantinnen und Migranten mit ausländischer oder bikultureller Identität. Es richtet sich vor allem an ein interessiertes Fachpublikum. Weniger scheint es mir persönlich für die breite Öffentlichkeit geeignet – schon wegen seiner streckenweise abstrakten wissenschaftlichen Fachsprache.

Christine Kaiser, Wissenschaftsjournalistin, Winterthur

Michael Bommers

Migration und nationaler Wohlfahrtsstaat. Ein differenzierungstheoretischer Entwurf

Opladen, Westdeutscher Verlag, 1999, 244 Seiten, CHF 54.–

Um es gleich am Anfang klarzustellen, ich habe das Buch nicht fertig lesen können, es hat mich überfordert! Es handelt sich um die Habilitationsschrift eines Soziologen und somit um eine für Normalsterbliche ziemlich anspruchsvolle Lektüre. Für die Bewältigung alltäglicher Arbeit mit Flüchtlingen und AsylantInnen in der Schweiz finden sich hier folglich keine Tipps. Nur wer das Problem der Migration mit dem Fokus der soziologischen Systemtheorie und in der Kenntnis der Schriften von Niklas Luhmann wirklich gründlich und eben theoriegeleitet durchdringen möchte, wird sich mit Gewinn auf den Text einlassen können.

Der Autor kritisiert die Ausrichtung der herkömmlichen Migrationssoziologie an den Fragen der «Integration» und «Ungleichheit». Seine Arbeit unterstreicht zunächst, was die bisherige Migrationsforschung nicht kann oder sieht. Er formuliert, warum die Migrationsforschung heute mit ihren wie oben erwähnten Problemstellungen auf selbsterzeugte Schwierigkeiten aufläuft und warum man den bisherigen Bezugsrahmen umbauen sollte. Der Akzent des Werks liegt vor allem darauf, einen neuen, veränderten Bezugsrahmen mit Mitteln der Systemtheorie zu formulieren. Der Anspruch der Arbeit besteht also darin, die Fruchtbarkeit eines gesellschaftstheoretischen Angebots, wie es mit der Systemtheorie vorliegt, für das Feld der Migrationsforschung zu erschließen.

Wiebke Twisselmann, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Zürich

Leonie Herwartz-Emden (Hrsg.)

Einwandererfamilien. Geschlechterverhältnisse, Erziehung und Akkulturation

Schriften des Instituts für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS), Bd. 9 Osnabrück, Rasch, 2000, ca. 385 S., CHF 51.–

Archiv für Sozialpolitik (Frankfurt), Verband der Initiativgruppen in der Ausländerarbeit, Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) (Hrsg.)

Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige

Berlin, Deutsche AIDS-Hilfe, 1999 (2. korr. Aufl.), 446 S., gratis

Zu beziehen bei:

Deutsche AIDS-Hilfe,

Dieffenbachstr. 33,

Postfach 610149,

D-10967 Berlin 61,

E-mail: dah@aidshilfe.de

Ramazan Salman, Sonia Tuna, Alfred Lessing (Hrsg.)

Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie

Edition Psychosozial Giessen, Psychosozial-Verlag, 1999, 270 S., CHF 35.–

Klaus J. Bade

Europa in Bewegung. Migration vom späten 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart

München, Beck, 2000, 480 S., CHF 53.50

Erscheint laut Verlag August 2000

Klaus J. Bade, Rainer Münz (Hrsg.)

Migrationsrapport 2000.

Fakten, Analysen, Prognosen

Frankfurt a.M., Campus, 2000, 150 S., CHF 27.–

Erscheint laut Verlag Oktober 2000

Sebastião Salgado

Migranten

übersetzt von Waltraud Götting,

Frankfurt am Main, Zweitausendeins Verlag, 2000, 431 S., DEM 99.–

Das Schicksal von Migranten in aller Welt hat der Brasilianer Sebastião Salgado sechs Jahre lang fotografiert, herausgekommen ist die Bestandsaufnahme einer Menschheit auf der Flucht in die grossen Städte.

Achim Wolter (Hrsg.)

Migration in Europa. Neue Dimensionen, neue Fragen, neue Antworten

Baden-Baden, Nomos, 1999, 106 S., CHF 35.50

Friedhelm Vahsen

Migration und soziale Arbeit. Konzepte und Perspektiven im Wandel

Berlin, Luchterhand, 2000, 147 S., CHF 29.80

Pia-Marina Guardiola, Ulrich F. Gruber (Hrsg.)

Wie sagt's der Arzt auf Englisch, Französisch, Italienisch, Türkisch, Spanisch, Serbokroatisch, Russisch und Albanisch?

Bern; Göttingen, Huber, 2000 (2. Aufl.), 284 S., CHF 35.90

Heinz Nigg (Hrsg.)

Da und fort. Leben in zwei Welten. Migrantinnen und Migranten erzählen

Zürich, Limmat, 1999, ca. 300 S., CHF 34.–

Christoph Butterwegge, Gudrun Hentges (Hrsg.)

Flucht. Migration und Zuwanderungspolitik im Zeichen der Globalisierung

Interkulturelle Studien, Bd. 5

Opladen, Leske und Budrich, 2000, 340 S., DM 48.–

Peter J. Opitz

Der globale Marsch. Flucht und Migration als Weltproblem

Beck'sche Reihe

München, Beck, 2000, 344 S., CHF 22.–

Karl Husa, Christof Parnreiter, Irene Stacher (Hrsg.)

Internationale Migration.

Die globale Herausforderung des 21. Jahrhunderts?

Historische Sozialkunde. Internationale Entwicklung, 17, Ergbd. 9; Journal für Entwicklungspolitik
Frankfurt a.M., Brandes und Apsel, 2000, 320 S., CHF 38.80

Dietmar Larcher

Die Liebe in den Zeiten der Globalisierung.

Konstruktion und Dekonstruktion von Fremdheit in interkulturellen Paarbeziehungen

Klagenfurt, Drava, 2000, ca. 248 S., CHF 35.–

Gontovos Konstantinos

Psychologie der Migration.

Über die Bewältigung von Migration in der Nationalgesellschaft

Argument Sonderband. NF, Bd. 273

Berlin, Argument, 2000, 187 S., DM 29.80

Arnd Florack

Umgang mit fremden Kulturen.

Eine sozialpsychologische Perspektive

DUV Psychologie

Wiesbaden, Deutscher Universitätsverlag, 2000, 191 S., CHF 62.–

Nel van Beelen, European Project «Aids and Mobility» (eds)

Aids and Mobility. Literature and materials. Publications on HIV/AIDS with respect to migrants, ethnic minorities and other mobile populations in Europe

Amsterdam, Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention, 2000, 154 p., NLG 25.–

(Kreditkarte); NLG 40.– (Bankcheck)

Zu beziehen bei:

NIGZ,

European Project AIDS and Mobility,

P.O. Box 500,

NL-3440 AM Woerden,

Tel. 0031 348 437 636,

Fax. 0031 348 437 677

E-mail: aidsmobility@nigz.nl

Im Volltext auf der Internetseite: www.aidsmobility.org

United Nations High Commissioner for Refugees (ed)

Reproductive health in refugee situations. An interagency field manual

Geneva, UNHCR, 1999

Zu beziehen bei:

Women Ink,

777 United Nations Plaza,

USA-New York, NY 10017,

Tel. 001 212 687 8633,

Fax 001 212 661 2704,

E-mail: wink@womenink.org

Im Volltext auf der Internetseite: <http://www.ippf.org/resource/refugeehealth/manual/index.htm>

Graue Literatur: Migration ¹

Rahel Stucker, *Aids-Hilfe Schweiz*, Caritas Schweiz

Gesundheiten. Prävention bei Migrantinnen in der Schweiz.
Reader zur nationalen Tagung, Freitag, 23. Juni 2000 in Bern
Zürich; Luzern, AHS; Caritas Schweiz, 2000, 88 S., CHF 10.00

Zu beziehen bei:

Caritas Schweiz,
Abteilung Migration,
Denkmalstr. 1,
6002 Luzern,
Tel. 041 419 22 22

Simone Prodoliet

Bekannte Unbekannte.
Migrantinnen in der Schweiz

Luzern, Caritas Schweiz, 2000, 14 S., auch in französisch erhältlich

Aids-Hilfe Schweiz,
Konradstrasse 20,
Postfach 1118,
8031 Zürich,
Tel. 447 11 11,
Fax 01 447 11 12,
E-mail: aids@aids.ch

Catherine Stangl, Sonia Damián, Association suisse de planning familial et d'éducation sexuelle; Schweiz.

Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.)

Partnerschaft. Verhütung, Rechte, Aids, Schwangerschaft

Lausanne, ASPFES, 1999, 20 S., gratis

Diese Broschüre für Migrantinnen ist erhältlich in dt., franz., ital., engl., portug., span., türk., alb. und kroat.

Zu beziehen bei:

Aids Info Docu Schweiz
Tel. 031 318 32 70
Fax 031 311 05 65
E-mail: bestellungen@aid.ch

Aids-Hilfe Bern (Hrsg.)

HIV-Prävention in Durchgangs- und Erstaufnahmezentren.
Info-Set Bern, 2000, 14 S., CHF 10.–

Zu beziehen bei:

Aids-Hilfe Bern,
Monbijoustr. 32,
Postfach,
3001 Bern,
Tel. 031 390 36 36,
Fax 031 390 36 37

¹ aus: Bibliothek Migration der Aids Info Docu Schweiz; <http://www.aidsnet.ch>

Aids-Infostelle Winterthur (Hrsg.)

Stop Aids.

Ringheft zur Unterstützung der Verantwortlichen in der Aidsprävention bei Migrantinnen und Migranten

Winterthur, 1999, 28 Bl., CHF 50.–

Das Ringheft ist in verschiedenen Sprachen erhältlich

Zu beziehen bei:

Aids-Infostelle Winterthur,

Technikumstr. 84,

8401 Winterthur,

Tel. 052 212 81 41,

Fax 052 212 80 95

Christine Spreyermann, Pascale Steiner, Sozialforschung Evaluationsberatung Supervision (Hrsg.)

Evaluation Internetz.

Ein Vernetzungsprojekt zur Gesundheitsförderung für und von MigrantInnen in der Region Basel

Bern, sfinx, 1999, 43 S., gratis

Christine Spreyermann, Sozialforschung Evaluationsberatung Supervision (Hrsg.)

Internetz.

Erfolgreiche Vernetzung zwischen Institutionen in den Bereichen Gesundheit und Soziales und der Migrationsbevölkerung.

Kurzfassung der Projektevaluation

Bern, sfinx, 1999, 7 S., gratis

Beides zu beziehen bei:

Bundesamt für Gesundheit,

Dienst Migration,

3003 Bern,

Tel. 031 323 87 79,

Fax 031 323 24 54

Peter Wiessner, Karl Lemmen (Red.), Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.)

Schnellfinder.

Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen für Menschen mit HIV und AIDS.

Materialien für Beraterinnen und Berater in AIDS-Hilfen

Berlin, Deutsche AIDS-Hilfe, 2000, 22 S., gratis

Peter Wiessner, Karl Lemmen (Red.) Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.)

Quellenband.

Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen, medizinische Versorgung für Menschen mit HIV und AIDS. Materialien für Beraterinnen und Berater in AIDS-Hilfen

Berlin, Deutsche AIDS-Hilfe, 2000, 165 S., gratis

Der vorliegende Band schließt eine wichtige Lücke. Die aktuelle Liste des EDA (http://www.aidsnet.ch/d/tourism_regulations.htm) umfasst 54 Staaten, jene des US State Department (<http://www.aegis.com/topics/travel.html>) listet in erster Linie generelle Einreisevorschriften für US-Bürger auf, spezielle Vorschriften für Reisende mit HIV nur am Rande.

Autor Peter Wiessner und der Verantwortliche Karl Lemmen leisten wahrlich Pionierarbeit. Sie haben es in akribischer Kleinarbeit fertiggebracht, 160 Länder aufzuführen. Dabei sind nicht bloß die Einreisevorschriften für Menschen mit HIV/Aids festgehalten, sondern ebenfalls die lokalen Behandlungsmöglichkeiten sowie Adressen lokaler Aidshilfen.

Zu hoffen ist, dass die D.A.H. den beträchtlichen Aufwand nicht scheut, die Daten mindestens jährlich zu aktualisieren. Und sicherlich würden sich viele über Übersetzungen freuen!

DH

Beide zu beziehen bei:

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Dieffenbachstrasse 33

Postfach 610149

D-10967 Berlin

E-mail: dah@aidshilfe.de

Aemero Muluneh, Aderajew Waka, Verband der Initiativgruppen in der Ausländerarbeit (VIA) (Berlin-Brandenburg). Projekt Gesundheit und Migration (ed)

Afrikanische Communities in Deutschland.

Eine Bestandsaufnahme zur Entwicklung eines kulturspezifischen Konzepts für die HIV- und Aids-Prävention

Berlin, Deutsche AIDS-Hilfe, 1999, 84 S., gratis

Zu beziehen bei:

Deutsche Aids-Hilfe e.V.,

Dieffenbachstr. 33,

Postfach 610149, D-10967 Berlin,

Tel. 0049 30 6900 870,

Fax 0049 30 6900 8742,

E-mail: dah@aidshilfe.de

Im Volltext auf der Internetseite: www.aidshilfe.de/html/service/publikationen/bestelliste.htm

Ronny Shtarkshall, Varda Soskolne, Strategy and Research UNAIDS. Department of Policy (ed), UNESCO. Section for Preventive Education (ed)

Migrant populations and HIV

Best Practice. Key Material

Geneva; Paris, UNAIDS; UNESCO, 2000, 67 p., gratis

Zu beziehen bei:

UNAIDS,

Department of Policy, Strategy and Research,

20 avenue Appia,

1121 Geneva 27,

E-mail: un aids@un aids.org,

Internet: www.un aids.org

Im Volltext auf der Internetseite: www.un aids.org/publications/documents/specific/refugees/jc397migrantpope.pdf

Georg Blume, Ullrich Fichtner, Reiner Luyken (et al.)

Endstation Dover. Dossier

In: Die Zeit, Nr. 27, 29 Juni 2000, S. 13-16

Im Volltext auf der Internetseite: www.ZEIT.de/tag/suche/index.html

Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (Hrsg.)

Aids and Mobility.

Annual report 1999.

Planned activities 2000

Woerden, NIGZ, 2000, 6 p.

Zu beziehen bei:

NIGZ, European Project Aids and Mobility,

P.O. Box 500,

NL-3440 AM Woerden,

Tel. 0031 348 437 636,

Fax 0031 348 437 666,

E-mail: aidsmobility@nigz.nl

<http://www.aidsmobility.org/>

Nel van Beelen, Caram-Asia (Hrsg.)

Coordination of Action Research on AIDS and Migration – the vulnerability of migrants to HIV

Amsterdam; Kuala Lumpur, 1998, 32 p.

Zu beziehen bei:

Vrije Universiteit,

Medical Faculty,

Section Health Care and Culture,

Van der Boechorstraat 7,

NL-1081 BT Amsterdam,

Fax 0031 20 444 8394,

E-mail: p.brinckman.social@med.vu.nl

Michael Bochow

Gay Turkish immigrants and HIV prevention in Germany

Berlin, Intersofia, 2000, 18 p.

Zu beziehen bei:

Michael Bochow,

Intersofia,

Kottbusser Damm 79,

D-10967 Berlin,

Tel. 0049 30 693 70 62/63,

Fax 0049 30 69 40 99 16,

E-mail: intersofia@t-online.de

Françoise Dubois-Arber, François Fleury, Mary Haour-Knipe, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Hrsg.)

HIV/AIDS prevention for migrants and ethnic minorities.

Three phases of evaluation

in: Social Science & Medicine, 1999, 49, p. 1357-1372

Bibliothek: Websites ¹

Bundesamt für Gesundheit «Projekt Migration und Gesundheit», Schweizerisches Tropeninstitut

Internet: www.migration-sante.ch

Ziel des Projekts «Migration und Gesundheit» ist es, den in der Schweiz lebenden ausländischen Bevölkerungsgruppen den Zugang zu den Gesundheitsdiensten zu erleichtern und die betroffenen Institutionen für deren Anliegen zu sensibilisieren.

Vorerst nur auf Deutsch

Internetz-Schweiz

Internet: www.internetz-schweiz.ch/

Ein Vernetzungsprojekt zur Integration und Gesundheitsförderung für und mit Migrantinnen und Migranten. Internetz ist ein Gemeinschaftsprojekt der Abteilung Jugend, Familie und Prävention AJFP Basel-Stadt, des Schulinspektorates und der Gesundheitsförderung Baselland, des Bundesamtes für Gesundheit (Projet Migrants-Santé/ Schweizerisches Tropeninstitut) und des Consultorio Familiare FOPRAS.

NOSOTRAS – WIR FRAUEN

www.access.ch/nosotras

NOSOTRAS-WIR FRAUEN ist eine Migrantinnenorganisation von Frauen aus Lateinamerika und der Karibik. Vorrangig arbeitet NOSOTRAS-WIR FRAUEN seit 1994 am Thema der Migration und Integration, mit Schwergewicht auf der Schweiz. U.a. findet man hier eine Adressliste von Organisationen in der Schweiz, die sich mit dem Thema Migration beschäftigen.

Schweizerisches Forum für Migrationsstudien, Universität Neuenburg

www.unine.ch/fsm/

Das Schweizerische Forum für Migrationsstudien ist ein unabhängiges Forschungs- und Dokumentationszentrum. Es stellt Forschungskapazitäten bereit, um Informationen aufzubereiten, Analysen zu erstellen und Handlungsmöglichkeiten zu evaluieren. Zentrales Ziel ist mit diesen Studien einen Beitrag zur Versachlichung und Professionalisierung der hiesigen Diskussion zur Migrationsproblematik zu leisten. Die angewandte Forschung des SFM wird durch eine kontinuierliche Aufarbeitung der wissenschaftlichen Literatur sowie durch Grundlagenforschung ergänzt.

Der Hohe Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen / United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)

www.unhcr.de

Das Hohe Flüchtlingskommissariat der Vereinten Nationen leistet Rechtsschutz und humanitäre Hilfe für Flüchtlinge in aller Welt. Auf diesem Webserver sind u.a. die neuesten UNHCR-Publikationen online zugänglich.

Der Europäische Flüchtlingsrat

www.proasyl.de/ecre.htm

Der Europäische Flüchtlingsrat (ECRE) ist eine Organisation, die 1974 als ein Forum zur Kooperation zwischen etwa 60 nichtstaatlichen Organisationen in Europa gegründet wurde. Er arbeitet auf dem Gebiet des Schutzes und der Hilfe für Flüchtlinge und Asylsuchende. Die Mitgliedsorganisationen von ECRE kümmern sich um die Anliegen von Menschen, die in Europa Asyl suchen. Sie setzen sich auch für die Entwicklung eines umfassenden europäischen Ansatzes zur Lösung des globalen Flüchtlingsproblems ein.

Europäisches Forum für Migrationsstudien, Universität Bamberg (emfs)

www.uni-bamberg.de/~ba6ef3/main_g.htm

Das Europäische Forum für Migrationsstudien versteht sich als Infrastruktureinrichtung der Migrationsforschung und möchte einen Beitrag zu einem informierten Diskurs über Migration und Integration in Europa leisten. Auf dem emfs-Webserver finden Sie Informationen über das Institut und über seine Aktivitäten; dazu sind Materialien zu Migration und Integration (Statistiken, Texte, Datenbanken) online zugänglich. Besondere Informationsangebote sind der WWW-Zugang zu den Datenbanken und der online erhältliche Migrations Report

Universität Osnabrück, Institut für Migrationsforschung und interkulturelle Studien (IMIS)

Internet: www.imis.uni-osnabrueck.de/biling/partner.htm

Links zu Migrationsforschungsinstituten (International, Deutschland, Europa, USA & Kanada, Übersee: andere Länder)

¹ aus: Bibliothek Migration der Aids Info Docu Schweiz; <http://www.aidsnet.ch>

Organisation der Fachtagung:

Gesundheitsamt Bremen

Horner Str. 60 – 70

28203 Bremen

www.gesundheitsamt-bremen.de

Medizinische Untersuchung und Betreuung von Zuwanderern

Tel.: 0421/361-15928, Fax: 0421/361-15554

migration@gesundheitsamt.bremen.de

Beratung bei sexuell übertragbaren Erkrankungen (STD-Beratung)

Tel.: 0421/361-15202, Fax: 0421/361-15554

mmeyer@gesundheitsamt.bremen.de:

aids Beratung

Tel.: 0421/361-15121, Fax: 0421/361-15554

aidsberatung@gesundheitsamt.bremen.de

Aids Beratung des Rat & Tat Zentrums für Schwule und Lesben Bremen e.V.

Theodor-Körner-Str. 1

28203 Bremen

Tel.: 0421/70 41 70, Fax: 0421/70 00 09

Evangelisches Bildungswerk Bremen

Hollerallee 75

28209 Bremen

Tel.: 0421/34 61 530

Ökumenische Initiative

Hollerallee 75

28209 Bremen

Tel.: 0421/34 31 536

Dachverband der Ausländerkulturvereine in Bremen (DAB e.V.)

Schiffbauerweg 4

28237 Bremen

Tel.: 0421/61 20 71/73

Bremer Informationszentrum für Menschenrechte und Entwicklung (biz)

Bahnhofplatz 13

28195 Bremen

Tel.: 0421/17 19 10, Fax: 0421/17 10 16

Norddeutsche Mission

Vahrer Str. 243

28329 Bremen

Tel.: 0421/46 77 038, Fax: 0421/46 77 907

Tagungsprogramm

10.00 Uhr Eröffnung

Staatsrat Dr. A. Knigge, Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
Dr. H.-J. Zenker, Gesundheitsamt Bremen
Pastor L.-F. von Zobeltitz, Schriftführer Bremische Evangelische Kirche

10.45 – 13.00 Referate

Prävention von HIV und STD bei MigrantInnen

Petra Narimani, Verband der Ausländerinitiativen (VIA), Berlin

Verhindert die HIV-Infektion eine Abschiebung?

Holger Hoffmann, Rechtsanwalt, Bremen

Kulturelle Unterschiede, interkulturelle Aspekte in der AIDS- und STD-Arbeit

Dr. Zahra Mohammadzadeh Gesundheitsamt Bremen

Situation chronisch kranker MigrantInnen am Beispiel HIV und AIDS

Rosalin Spaine, Verband der Ausländerinitiativen (VIA), Berlin
Horst Herkommer, Universitätsklinik Frankfurt

13.00 – 14.00 Mittagspause mit kaltem Büfett

14.00 – 16.00 Arbeitsgruppen

16.00 – 17.30 Abschlussplenum

Ergebnisse, Fragen, Kontroversen
Moderation:
Jochen Driefmeier, Journalist

Arbeitsgruppen

Prävention von HIV und STD bei MigrantInnen

- Gründe für eine zielgruppenspezifische Prävention
- Welche Bedingungen müssen erfüllt werden?
- Welchen Beitrag können diejenigen, die im Arbeitsfeld Migration tätig sind, leisten?

Petra Narimani, Verband der Ausländerinitiativen (VIA), Berlin

Moderation:

Nanette Pellegrino, Arno Oevermann
Aids Beratung im Rat & Tat Zentrum

Kulturelle Unterschiede - interkulturelle Aspekte in der AIDS- und STD-Arbeit

- Was sind interkulturelle Aspekte?
- Interkulturelle Öffnung
- Interkulturelle Beratung

Dr. Zahra Mohammadzadeh
Gesundheitsamt Bremen

Moderation:

Millicent Botisio, Norddeutsche Mission
Heinz-Dieter Beushausen, Ökumenische Initiative

Situation chronisch kranker MigrantInnen am Beispiel HIV und AIDS

- Mit welchen Schwierigkeiten sind HIV-infizierte / AIDS-erkrankte MigrantInnen konfrontiert?
- Welche Erfahrungen gibt es in der medizinischen / psychosozialen Versorgung?

Rosalin Spaine, Verband der Ausländerinitiativen (VIA), Berlin
Horst Herkommer, Universitätsklinik Frankfurt

Moderation:

Barbara Matuschewski
Bremer Informationszentrum für Menschenrechte und Entwicklung (biz)
Martin Taschies, Gesundheitsamt Bremen

Verhindert die HIV-Infektion eine Abschiebung?

- Duldung, Aufenthalt
- Welche Veränderungen / Verbesserungen sind notwendig?

Holger Hoffmann, Rechtsanwalt, Bremen

Moderation:

Gule Iletmis
Dachverband der Ausländerkulturvereine in Bremen (DAB e.V.)
Jochen Driefmeier, Journalist



Gesundheitsamt