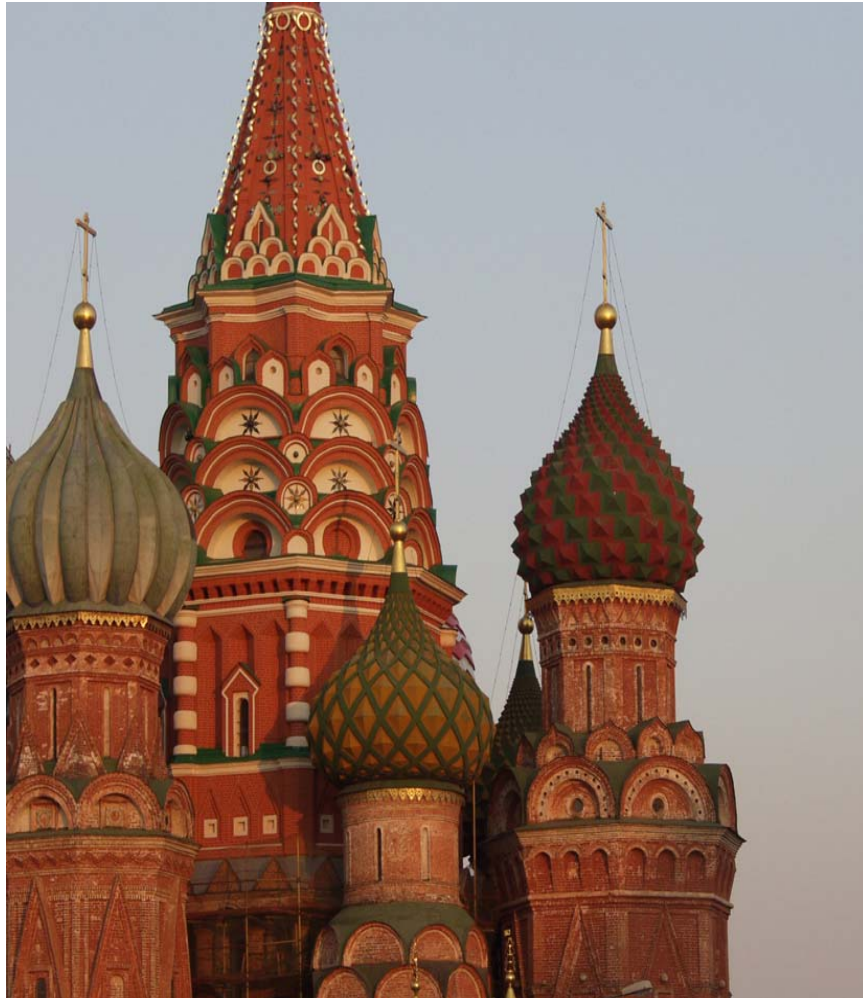


Symposium 6. April 2005

HIV – Infektion und Osteuropa

Verstehen – Risiken einschätzen – gemeinsam Handeln



Ludwig-Maximilians-Universität München

Zusammenfassung von Wilke Beuthien und Jeannette Weiss Geser

Inhalt

Gesellschaftspolitische Gründe für die HIV-Epidemiologie in Osteuropa	2
HIV-Epidemiologie in Osteuropa Auswirkungen auf das Gesundheitssystem	3
Kommunikation zwischen Arzt und Patient aus interkultureller Sicht	5
HIV/AIDS Prävention und Behandlung in der Ukraine	7
Kulturell bedingte Integrationprobleme von Zuwanderern aus den GU - Staaten	7
Weiterführende Literatur:	8



Gesellschaftspolitische Gründe für die HIV-Epidemiologie in Osteuropa

Prof. Dr. Petra Stykow

Die HIV-AIDS-Epidemie trat in Osteuropa später auf als in anderen Weltregionen hat aber aufgrund ihrer schnellen und spezifischen Ausbreitung dramatische Ausmasse angenommen. Im ehemaligen „Ostblock“ lassen sich drei Subregionen unterscheiden: (1) Die westliche und südwestliche Ländergruppe verzeichnet derzeit ein relativ stabiles und niedriges epidemiologisches Niveau, Prävention und Behandlung nähern sich westeuropäischen Standards an. (2) In Russland, der Ukraine, Weissrussland, Moldawien, den baltischen Staaten und in Polen befindet sich die Epidemie in einem concentrated epidemic bzw. mature epidemic Status; Die Zahl der Neuinfektionen geht in allerjüngster Zeit leicht zurück, wobei ungewiss ist, ob damit der Höhepunkt der Infektionen überschritten wurde. (3) In den kaukasischen und zentralasiatischen Nachfolgestaaten der Sowjetunion ist die HIV-Prävalenz noch immer gering, seit fünf Jahren zeichnet sich aber eine starke Zunahme der Neuinfektionen ab und die Lage gilt als potentiell explosiv.

Die beiden letztgenannten Regionen zeichnen sich durch eine Besonderheit aus: Der dominante Übertragungsweg des HIV-Virus beruht auf intravenösem Drogengebrauch. Der dramatische Anstieg von Neuinfektionen in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre ist mit einem exponentiellen Wachstum des Drogenkonsums verbunden. Eine weitere Auffälligkeit die für Osteuropa typisch ist, ist die hohe Prävalenz unter Jugendlichen und Gefängnisinsassen und ein hoher Anteil des heterosexuellen Geschlechtsverkehrs als Übertragungsweg.

Der Umgang mit HIV/AIDS in Osteuropa ist unbefriedigend und ineffizient. Das Kernproblem liegt darin, dass die Epidemie wahrscheinlich wirksam durch einen Paradigmenwechsel in der öffentlichen Gesundheitspolitik eingedämmt werden könnte, dieser aber bisher nicht vollzogen wurde. Es zeigt sich, dass die wichtigsten AIDS-relevanten Politikfelder wie Drogenpolitik, Krankenbehandlung, Bildung und Sexualaufklärung, Umgang mit Homosexualität, Kriminal- und Gefängnispolitik weiterhin separat gestaltet werden und sich in einem repressiven Ansatz des „control and containment“ treffen. Statt Harm-Reduction-Programmen und der niederschweligen, akzeptanzorientierten Drogenarbeit dominiert das Abstinenzdogma, welches auch strafrechtlich durchgesetzt wird und der Krieg gegen die Drogenmafia. Substitutionsprogramme bleiben in einigen Ländern verboten, oder werden aus politischen oder finanziellen Gründen kaum implementiert. Das Sexualverhalten der Bevölkerung unterscheidet sich in seiner Entwicklungsrichtung nicht prinzipiell von der Dynamik, die in den letzten zwei Jahrzehnten im Westen beobachtet worden ist, es wird aber nicht öffentlich thematisiert und reflektiert. Sexuelle Minderheiten werden diskriminiert, viktimisiert und kriminalisiert. Der Umgang mit HIV/AIDS ist gezeichnet von einer Tabuisierung des Problems, der politischen Instrumentalisierung zu innen- und aussenpolitischen Zwecken und der medizinischen und sozialen Unterversorgung von Betroffenen und Risikogruppen.

Betrachtet man aus der westeuropäischen Erfahrung der 1980er Jahre die Herausbildung der AIDS-Politik als einer Erfolgsgeschichte des Umgangs mit einer gesellschaftlichen Bedrohung durch eine nicht-traditionelle Epidemie, so ist eine Kombination aus vier Faktoren feststellbar: politischer Wille angesichts von Katastrophenbefürchtungen; temporäre Schwächung der Definitionsmacht der Medizin wegen des Fehlens passender Therapievorschläge; öffentliche Betroffenheit und Mobilisierung sozialer Bewegungen; Herausbildung von Handlungskoalitionen aus diesen und Gesundheitsberufen. Obwohl sich in Osteuropa eine gesundheitliche Katastrophe abzeichnet sind die obengenannten Faktoren nur schwach ausgeprägt. Die Betroffenen- und Risikogruppen sind aufgrund ihrer Marginalisierung nicht in der Lage sich konstruktiv zu mobilisieren und kommen als Partner für ein Aktionsbündnis mit Gesundheitsberufen nicht in Frage. Infolge der inzwischen vorhandenen Therapieprogram-



me scheint sich die AIDS-Behandlung auf ein finanzielles und infrastrukturelles Problem des Gesundheitswesens zu beschränken und wird individualisiert.

Somit hängt die Entwicklung einer wirksamen HIV/AIDS-Politik am Willen der politischen Akteure, wo durch den fehlenden Druck „von unten“ bisher kaum eine Veränderung festzustellen ist. Ein schneller Paradigmenwechsel ist somit nicht zu erwarten. Aufgrund vielfältiger westlicher Hilfsprogramme gibt es nachvollziehbare Entwicklungen. Die osteuropäischen Regierungen haben es jedoch nicht vermocht den Zeitvorsprung zu nutzen, der wegen des späten Ausbruchs der Epidemie zunächst gegeben war.

Prof. Dr. Petra Stykow

Lehrereinheit Politische Systeme (Osteuropa/GUS)

Geschwister Scholl-Institut für Politische Wissenschaft, Ludwig-Maximilians-Universität München

HIV-Epidemiologie in Osteuropa Auswirkungen auf das Gesundheitssystem

Viviane Brunne MA, Prof. Dr. med. Norbert Brockmeyer

In Osteuropa und Zentralasien wächst die HIV/AIDS-Epidemie so schnell wie sonst nirgends auf der Welt. Ende 2004 gab es geschätzte 1,4 Millionen Menschen mit HIV/AIDS. Dies entspricht einer Verzehnfachung in weniger als zehn Jahren. Am schlimmsten ist die Russische Föderation betroffen, in der mehr als 70% (der offiziell registrierten) HIV-Infektionen in Osteuropa und Zentralasien auftreten. Ähnliche Zahlen werden in der Ukraine festgestellt. Nach Angaben der WHO liegt die HIV-Prävalenz dort bei 0,7 – 2,3%. Das bedeutet, dass dort 180'000 bis 590'000 Menschen mit HIV/AIDS leben. Offiziell sind 72'000 Menschen mit einer HIV-Infektion registriert. Da eine Registrierung jedoch meist grosse Nachteile bringt, versuchen viele diese zu vermeiden. Auch Estland und Lettland weisen rasche Zuwächse auf, ferner Belarus, Moldawien, Kasachstan. Jüngere Epidemien werden in Kirgisien und Usbekistan beobachtet (UNAIDS 2004b:4).

Durch den sozialen Wandel und die wachsende Ungleichheit in der Gesellschaft sind die alten sozialen Normen und Werte erodiert. Dies führt zu höherem Risikoverhalten insbesondere bei Jugendlichen und führt zur Ausbreitung von HIV/AIDS. Der Drogenkonsum ist sprunghaft angestiegen, oft in Kombination mit der ebenfalls rasch anwachsenden Prostitution. In den 90er Jahren fand eine Diversifizierung der Drogenhandelsrouten durch die zentralasiatischen Republiken nach Russland und Europa statt, der Zugang zu Heroin wurde erleichtert. In einigen Gegenden ist Heroin in der Zwischenzeit billiger als Alkohol.

Hauptübertragungsweg für das HI-Virus ist der intravenöse Drogengebrauch. Man schätzt, dass in der Russischen Föderation 1,5 bis 3 Millionen Menschen (1-2% der Bevölkerung) intravenös Drogen gebrauchen (Intravenous Drug Users, IDU). Unter den IDU's ist der Austausch von Spritzenbestecken verbreitet. Eine Moskauer Studie ergab, dass 75% der Drogennutzer ihre Spritzen teilten (UNAIDS 2004a und UNAIDS 2004b: 5, Hamers/Downs 2003: 1039). Die Drogengebraucher werden stigmatisiert, man betrachtet sie als „Abfall der Gesellschaft“. Dafür will man keine knappen Gesundheitsgelder ausgeben. Deshalb gibt es keine Substitutions- oder Spritzenaustauschprogramme. Aufgrund der IDU-Problematik sind Gefängnisse mit hohen HIV-Raten konfrontiert. Gründe dafür liegen in der hohen Vulnerabilität der Insassen durch physische Gewalt, ungeschützten Sexualverkehr und Nadeltausch (Hamers/Downs 2003: 1039). Inzwischen beginnt sich die Epidemie über heterosexuelle Kontakte auszubreiten, insbesondere unter Partnern von IDU's. Während es sich bei den IDU's überwiegend um Männer handelt, ist so auch der Anteil der Frauen gestiegen. In Russland von 24% 2001 auf 33% 2002. Mehr als 40% der Menschen mit HIV/AIDS in der Ukraine sind Frauen. Damit stieg auch der Anteil von Schwangeren mit HIV und den zu erwartenden



Auswirkungen auf die vertikale Transmission. In Russland stieg der Anteil von 125 in 1998 auf 3531 in 2003.

Für Männer die mit Männern Sex haben (MSM) gibt es für die Verbreitung geringe Anzeichen. Man geht aber davon aus, dass es MSM aufgrund der Stigmatisierung bevorzugen anzugeben, sie hätten sich über den Drogengebrauch infiziert. Es ist deshalb zu vermuten, dass die tatsächliche Prävalenzrate über den offiziellen Angaben liegt (UNAIDS 2004b: 6).

Auffällig ist, dass die Epidemie in viel stärkerem Ausmass als in anderen Ländern Jugendliche betrifft. In Russland sind 80% der Menschen mit HIV/AIDS in der Altersgruppe 15-29 Jahre. In der Ukraine sind 25% der HIV-Diagnostizierten jünger als 20 Jahre, in Weissrussland sind 60% im Alter von 15-24 Jahren, in Kasachstan und Kirgisien sind mehr als 70% unter 30 Jahren. Das hängt einerseits mit dem hohen Anteil jugendlicher Drogengebraucher zusammen, andererseits ist der Gebrauch von Kondomen generell gering ausgeprägt.

HIV/AIDS kommt für Osteuropa und Zentralasien in einer Zeit, in der sich das Gesundheitssystem im Umbruch befindet und massive Einschnitte in der sozialen Sicherheit und in den öffentlichen Dienstleistungen hingenommen werden müssen. Gelder für Prävention fehlen und der Zugang zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsfürsorge hat sich insgesamt verschlechtert. In Krankenhäusern fehlt es an elementarer Ausrüstung wie z. B. Einwegspritzen. Patientendaten werden überwiegend in Papierform und selten elektronisch erfasst. Datenschutz und Vertraulichkeit ist noch zu entwickeln. Insgesamt sind die Strukturen des Gesundheitssystems stark zentralisiert und von hierarchischem Denken geprägt. Klinische Abläufe und Leitlinien beruhen oft auf der Meinung einzelner Senior-Experten und entsprechen den international akzeptierten Meinungen oder evidenzbasierten Kriterien nicht. Der Gesundheitssektor ist nur begrenzt fähig antiretrovirale Therapie bereit zu stellen. Es fehlt an Fachwissen und Ausstattung für sachgerechte HIV-Prävention, Tests und Beratung, Therapie und Pflege. Für ÄrztInnen ist es schwierig Zugang zu entsprechenden internationalen Ressourcen zu bekommen, oft fehlen auch ausreichende Englischkenntnisse.

Bei geschätzten 180'000 – 590'000 Personen die in der Ukraine mit HIV/AIDS leben, erhielten laut WHO im Juni 2004 nur 170 Menschen antiretrovirale Therapie. Dies geschieht an nur 3 Regierungskrankenhäuser über ein kleines Team von Ärzten ohne Grenzen. Zivilgesellschaftliche Strukturen gab es in sowjetischer Zeit kaum und bilden sich erst jetzt langsam heraus. NGO's sind oft auf internationale Hilfe angewiesen und übernehmen wichtige ergänzende Funktionen, um die Lücken im öffentlichen System zu füllen. Die Regierungen haben es bisher versäumt in angemessener Weise auf die Epidemie zu reagieren und haben die Arbeit der NGO's in manchen Teilen sogar behindert.

Ein wichtiger Schritt der von Westeuropa ausgehen muss ist die Situation vor Ort besser kennen und verstehen zu lernen, den Kontakt mit Partnern zu suchen und langfristig aufzubauen. Auf wissenschaftlich-medizinischer Ebene könnte das mit Krankenhauspartnerschaften geschehen. Ein erster wirksamer Schritt könnte der Austausch von Gastwissenschaftlern sein, um so zum Knowledge-Transfer beizutragen. Ein weiterer wichtiger Schritt ist die Patienteninformation, fehlende Adhärenz hängt häufig mit mangelndem Verständnis und fehlender Information zusammen. Hier ist der Aufbau von unabhängigen Informationsquellen z. B. im Internet gefordert. Aufgrund der grossen Bedeutung der Hierarchien sind Kooperationsversuche aus dem Westen sicher aussichtsreicher, wenn sie sich an den formellen Weg halten und sich mit den Ministerien koordinieren. Am effektivsten wäre es sich in nationale Strategien einzubetten, die jedoch so nicht vorhanden sind. Gefordert ist ein sensibles Vorgehen und ein langfristiger Aufbau von Vertrauen, damit Angebote bedarfsgerecht sind und von den Akteuren an Ort auch angenommen werden können.



Klinik für Dermatologie und Allergologie der Ruhr-Universität Bochum

Bibliographie:

Hamers, Françoise F/Downs/Angela M (2003), „HIV in central and eastern Europe“ The Lancet Vol 361, März 22, S. 1035 1044.

UNAIDS (2004a), Eastern Europe and Central Asia Fact Sheet (23.11.2004), UNAIDS Epidemic Update, http://www.unaids.org/html/pub/publications/fact-sheets04/fs_eeurope_casia_en_pdf.htm (31.03.05).
UNAIDS (2004b), The Changing HIV/AIDS Epidemic in Europe and Central Asia, Geneva.

Kommunikation zwischen Arzt und Patient aus interkultureller Sicht

Dr. med. Thomas Hegemann

In Migrationsgesellschaften, kann eine Fachlichkeit in gesundheitlichen Servicediensten nur garantiert werden, wenn dem kompetenten Umgang mit *dem Kulturellen* die gleiche fachliche Bedeutung zugemessen wird, wie dem professionellem Wissen im eigenen Fachgebiet. Es geht darum Kooperation herzustellen, ohne die Compliance nicht denkbar ist. ÄrztInnen benötigen für die unumgängliche Kommunikation mit den PatientInnen dazu interkulturelle Kompetenzen ebenso wie alle anderen im Gesundheitsbereich tätigen Berufsgruppen, wie Pflegenden, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen und andere.

Die Mehrzahl der Migranten leben in sozialer Unterprivilegierung mit schlechteren Einkommens- und Wohnverhältnissen, unterdurchschnittlichen Bildungsvoraussetzungen und höherer Arbeitslosigkeit. Viele leiden unter sprachlichen Barrieren, da sie die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrschen, was ihren Zugang zu sprachlich bestimmten gesellschaftlichen Bereichen erschwert. Migranten beklagen eine kulturelle Fremdheit oder werden als kulturell fremd angesehen, da ihnen viele gesellschaftliche Bereiche, einschließlich derjenigen der gesundheitlichen und psychiatrischen Versorgung nicht ausreichend vertraut sind. Migranten sind auch außerhalb formaler Benachteiligung einer großen Breite von informellen Diskriminierungen durch Teile der Bevölkerung ausgesetzt, was Vertrauensvorbehalte zur Folge haben kann. Die in den meisten Kulturen der Welt tabuisierten Fragen des Sexuallebens wirken hier bei von HIV-Infektionen Betroffenen zusätzlich erschwerend aus.

Als Selbstverständlichkeit darf vorausgesetzt werden, dass es Ziel sein muss, dass Migranten als Patienten denselben Standard der Versorgung und Betreuung von Seiten gesundheitlicher Institutionen erhalten, wie die Angehörigen der Mehrheitsbevölkerung. Dies gilt für die diagnostische Abklärung, die medikamentöse Versorgung, die Aufklärung über die Implikationen der Krankheit, die sozialen und Arbeits-Rehabilitationsmöglichkeiten, die Angehörigen- und Familienbetreuung.

Obwohl die Gesundheitsdienste im Prinzip allen Menschen unserer Wohnbevölkerung offen stehen, sind Unterschiedlichkeiten in der Versorgungspraxis offensichtlich: Die Migrantenbevölkerung und besonders einzelne ethnische Gruppe nutzen die unterschiedliche Gesundheitsangebote unterdurchschnittlich. Einzelne Gruppen sind zwar in Bereichen der Akutversorgung überrepräsentiert. Generell zeigt sich aber, dass Migranten vor allem rehabilitative Angebote deutlich unterdurchschnittlich nutzen, insbesondere gilt dies für die sozialtherapeutischen Angebote, für Arbeitsrehabilitation, für alle langfristigen Angebote, die eine hohe Kontinuität und Disziplin verlangen und für alle psychotherapeutischen Angebote.

Wie für alle Serviceleistungen gilt auch für die gesundheitliche Versorgung HIV-Infizierter und manifest Erkrankter aus ethnisch/kultureller Minderheiten, dass deren Effektivität neben der Bewältigung von Sprachproblemen ganz entscheidend davon abhängt, ob es gelingt eine Kooperation herzustellen und unterschiedliche soziale Erfahrung und kulturbedingte Sichtweisen besprechbar zu machen. Diese betrifft insbesondere Themen wie Leid und Krankheit,



familiäre und soziale Probleme, Themen des Sexuallebens, die Gründe der Migration und die Akzeptanz oder Diskriminierung durch die Mehrheitsbevölkerung, vor allem aber Sichtweisen über Sinn und Zweck der einzelnen gesundheitlichen und psychosozialen Einrichtungen.

Zur Bewältigung dieser Aufgabe werden Fähigkeiten benötigt, die unter dem Begriff der *interkulturellen Kompetenz* zusammengefasst werden. Um eine solche zu erwerben ist es erforderlich, sich auf den kulturellen Landkarten kundig zu machen, nach denen Menschen durch ihr Leben reisen. Dies wird besonders dann deutlich, wenn die an Gesprächen Beteiligten von unterschiedlichen Landkarten ausgehen. Der zentrale Appell an die Professionellen ist es daher, die eigenen kulturellen Werte und Haltungen mitzudenken und eine Vermittlung zwischen den kulturellen Landkarten der Patienten und Ihnen Familien einerseits und den institutionellen wie gesellschaftlichen Rahmenbedingungen andererseits zu leisten.

Die 12 Leitlinien für eine kultursensible HIV- und AIDS-Versorgung

1. Erleichterung des Zugangs zur Regelversorgung der AIDS-Prophylaxe und HIV- und AIDS-Behandlung durch Niederschwelligkeit, Kultursensibilität und Kulturkompetenz
2. Bildung multikultureller Behandlungsteams aus allen in der AIDS-Prophylaxe und HIV- und AIDS-Behandlung tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz
3. Organisation und Einsatz psychologisch geschulter FachdolmetscherInnen als zertifizierte Übersetzer und Kulturmediatoren "Face-to-Face" oder als TelefondolmetscherInnen
4. Kooperation der Dienste der Regelversorgung untereinander und mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und -verbänden. Spezielle Behandlungserfordernisse können Spezialeinrichtungen notwendig machen.
5. Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen
6. Verbesserung der Informationen durch muttersprachliche Medien und Multiplikatoren über das regionale klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte und Beratungsstellen
7. Aus-, Fort- und Weiterbildung der unterschiedlichen relevanten Berufsgruppen in interkultureller Beratungs-, Behandlungs- und Kommunikationskompetenz unter Einschluss von Sprachfortbildungen
8. Entwicklung und Umsetzung familienbasierter primär- und sekundärpräventiver Strategien für die körperliche und seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien unter Einschluss der sexuellen und erotischen Lebensbereiche.
9. Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit oder ohne professionelle Begleitung
10. Sicherung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von Migranten im Straf-, Zivil- (Asyl-) und Sozialrecht
11. Aufnahme transkultureller Themen in die Curricula des Unterrichts für Studierende an Hoch- und Fachschulen
12. Initiierung von Forschungsprojekten zur AIDS-Prophylaxe und HIV- und AIDS-Behandlung von MigrantInnen und deren Behandlung.

Neben der Fachlichkeit im jeweiligen Aufgabengebiet und der Beachtung der beschriebenen kulturellen und sozialen Hintergründe gehört zum Standard interkultureller Kompetenz eine Haltung der Allparteilichkeit. Dies betrifft sowohl eine Allparteilichkeit zu Personen, zu kulturellen Werten, wie zu der ganz zentralen Frage, ob die aus einer primär medizinischen Perspektive notwendig erscheinenden Verhaltensänderungen überhaupt angebracht sind. Im interkulturellen Bereich wird diese Form der Neutralität in besonderer Weise belastet. Be-



sonders häufig geschieht das dadurch, dass Professionelle mit Wert- und Lebenshaltungen konfrontiert werden, die deutlich von den eigenen abweichen oder diesen mehr oder weniger widersprechen. Vielfach können Fachpersonen aus einer eigenen Werthaltung auch geneigt sein, einzelne Patientinnen oder Patienten vor den kulturellen Werthaltungen ihrer eigenen Familie oder dem kulturellen Umfeld schützen zu wollen; oder sie fühlen sich durch kulturell ungewohnte Verhaltensweisen der Klienten getäuscht. Ziel sollte es sein *Interkulturelle Kompetenz* aller Mitarbeiter auf allen Ebenen zu fördern.

Dr. med. Thomas Hegemann, Bayerisches Zentrum für Transkulturelle Medizin, München

HIV/AIDS Prävention und Behandlung in der Ukraine

Frieder Alberth

Die Ukraine ist heute das Zentrum der HIV/AIDS Epidemie in Osteuropa. Der erste Fall wurde 1984 diagnostiziert. In der Ukraine (vor allem in der Region Odessa) begann die Epidemie mit einem sprunghaften Anstieg von Neuinfektionen Mitte der 90iger Jahre. Nach offiziellen Angaben leben in der Ukraine zur Zeit ca 73.000 staatlich registrierte HIV-infizierte Menschen. Nach Einschätzung von UN-AIDS dürfte die wirkliche Zahl um ein vielfaches höher bei 450.000 Infizierten liegen. Die Ukraine gehört zu den Nehmerländern des Global Fund. Im Jahr 2003 wurde der Antrag des ukrainischen CCM (Country coordination mechanism) in Höhe von 90 Millionen US\$ für ein 5-Jahres-Programm durch den Global Fund bereit gestellt. Anfang Januar 04 wurde vom Global Fund eine Untersuchung über den Stand der Arbeit vorgenommen. Diese Prüfung ergab, dass mit dem Geld in 12 Monaten kaum Aktivitäten entwickelt wurden. Der Global Fund forderte daher aufgrund der Passivität der bisherigen Empfängerorganisationen bis Ende Februar 04 die Rückzahlung der ersten Rate einschließlich Zinsen (ca. 300.000 US\$) zurück und entzog dem staatlichen Gesundheitsministerium die Förderung. Stattdessen wurde die "International HIV/AIDS Alliance" als neuer Förderungsempfänger eingesetzt. Zwar konnten nachfolgend weitere 2000 Patienten mit Medikamenten versorgt werden, jedoch wird bereits wieder Kritik am jetzigen Hauptempfänger der Fördergelder laut, besonders sollte jetzt nach der "orangenen Revolution" die Zusammenarbeit mit den staatlichen Stellen wieder mehr gesucht werden.

Das staatlich gelenkte Gesundheitswesen ermöglicht kostenfreie Behandlung, wobei Medikamente jedoch selbst bezahlt werden müssen. Ärzte, Pflegepersonal und Sozialarbeiter sind schlecht ausgebildet und in der Behandlung von HIV/AIDS gänzlich unerfahren.. Neben dem Bedarf an Geld und Medikamenten besteht daher vorallem auch ein grosser Bedarf nach Kompetenz- und Wissenstransfer.

Frieder Alberth, NGO "connect plus", Augsburg

Kulturell bedingte Integrationprobleme von Zuwanderern aus den GU - Staaten

Kristin Boelke und Elena Tscherednik vom Jugendmigrationsdienst München

Hintergrund:

- nach Zusammenbruch der Sowjetunion Union (SU) sind zehntausende deutschstämmige ehem. Sowjetbürger nach Deutschland ausgewandert (sog. Spätaussiedler). Diese sprechen i.A. jedoch kein Deutsch und haben grosse Integrationsprobleme
- auffälligerweise werden Beratungsangebote bzgl. Gesundheit (HIV, Suchterkrankungen) oder Integrationsförderung (schulische und berufl. Entwicklung) von Spätaussiedlern kaum wahrgenommen



Ursachen hierfür sind:

- ehem. Sowjetbürger haben gegenüber dem Staat/offiziellen Stellen (einschl. Vertretern des Gesundheitswesens) eine ablehnende/negative Erwartungshaltung. Z.B. wurde früher eine Geschlechtskrankheit auch dem Arbeitgeber gemeldet)
- In der SU gab es strikte Präventionsprogramme (z.B. TB), die ehem. Sowjetbürger sind es nicht gewohnt, im Hinblick auf Gesundheitsprävention selbst Initiativen zu entfalten
- Starke Rolle der Familie, die das Sprechen über vor- oder aussereheliche sexuelle Kontakte tabuisiert
- Sexualität ist generell kein Gesprächsthema. Drogensucht wird noch stärker stigmatisiert als in westlichen Gesellschaften
- Von offiziellen Stellen wird ein formal strenges Auftreten erwarten, andernfalls wird man nicht ernstgenommen. Moderne, offene Gesprächsformen werden eher belächelt.

Eine beratende Tätigkeit mit Menschen aus Osteuropa muss daher o.g. Mentalitätsunterschiede berücksichtigen um erfolgreich zu sein. Besonders sollte auch die Schweigepflicht ausführlich erklärt werden.

Kristin Boelke, MA
Elena Tscherednik, Sozialberaterin
Jugendmigrationsdienst München

Weiterführende Literatur:

- Domenig, D. (2001) (Hg.). Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern: Hans Huber.
- Hegemann T. & Salman R. (2001) (Hrsg.), Transkulturelle Psychiatrie – Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Hegemann T. & Lenk-Neumann B. (2002) (Hrsg.) Interkulturelle Beratung - Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung. Berlin: VWB
- Machleidt, W. (2002), Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrischen Versorgung von Migranten in Deutschland. Nervenarzt Nr. 73, 1208-1212.
- Radice J., Eimmermacher H. & Lanfranchi A. (2004) (Hrsg.) Therapie und Beratung von Migranten. Weinheim: Beltz
- Salman, R., Tuna, S. & Lessing, A. (1999) (Hrsg.) Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Psychosozial Verlag: Gießen
- Schlippe, A. v., El Haschimi, M. & Jürgens G. (2003). Multikulturelle Systemische Praxis. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.