

6. Literatur:

- Robert Koch Institut: Epidemiologisches Bulletin HIV/AIDS-Bericht I/2001
- Heike Kretschmann: Traditionelle Medizin in Afrika im Spannungsfeld zur westlichen Medizin am Beispiel der Shona in Zimbabwe. Hausarbeit. WS 2001
- HIV und AIDS Praxis der Beratung und Behandlung . Gözl – Mayr - Heise
- Aids und Migration. Band 41: Deutsche Aids Hilfe (Hrsg.)
- Ausländische Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit 2000. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden (Hrsg.)
- UNADS: AIDS epidemic update 2000

Autorin:

Dr. med. Solange Nzimegne-Gözl
Ärztin , D.C.H. & T.M.
Praxiszentrum Kaiserdamm Berlin
Kaiserdamm 24
14057 Berlin
drnzimegne@yahoo.com
www.nzimegne.de

Gründerin und Geschäftsführerin der gemeinnützigen Gesellschaft für die Rechte Afrikanischer Frauen mbH (G.R.A.F.).

Die GRAF ist eine Organisation

- zur Unterstützung von Frauen, Kindern und Familien aus der afrikanischen Diaspora in besonderen Lebenslagen,
- zur Gesundheitsprävention und Aufklärung über Infektionskrankheiten, sexuell übertragbare Erkrankungen, insbesondere HIV und AIDS, und
- zur Bekämpfung der weiblichen Genitalverstümmelung.

Nähere Informationen im Internet unter www.graf-berlin.de

4.3 Schlußfolgerung

Für eine Bevölkerungsgruppe aus einem Endemiegebiet erscheint das Interesse an der HIV-Infektion gering: Nur 28 % hielten sich für vollständig aufgeklärt, nur 10,8 % der Gesamtkollektiv hatten sich mit einem HIV-Test Gewißheit über ihren HIV-Status verschafft und nur 44,4 % wollten überhaupt Kenntnis von ihrem HIV-Status haben. Auch im präventiven Bereich zeigt sich ein ähnliches Desinteresse: Nur 27,7 % gaben an, regelmäßig Kondome zu benutzen.

In der Befragung wird auch deutlich, daß das Thema HIV und AIDS und die Prävention neben den sozialen, wirtschaftlichen und rechtlichen Problemen in den Hintergrund rücken. So machten viele bei der Befragung den Einwurf, was ihnen denn eine solche Befragung nütze, da sie kaum etwas zum essen hätten, nicht krankenversichert seien und mit ganz anderen Problemen befaßt wären.

Außerdem spielten Bildungsstand, Aufenthaltsstatus und Einkommen eine wichtige Rolle bei dem Interesse sich mit dem Thema auseinander zu setzen. Die Bereitschaft über das Thema zu sprechen, Kondome zu benutzen oder sich testen zu lassen korrelierte stark mit dem Bildungsstand.

Andererseits bestand dennoch ein großes Interesse mehr über das Thema HIV/AIDS zu erfahren. Dies eröffnet die Möglichkeit mit einem, entsprechend organisierten Beratungs- und Versorgungsangebot Einfluß auf die bestehende Haltung zu nehmen.

5. Zusammenfassung:

Nach Angaben von UNAIDS und WHO ist die Zahl der von HIV und AIDS betroffenen Afrikaner erdrückend. Zum Ende 2000 lebten 71 % der Betroffenen in Afrika südlich der Sahara. Es sind vor allen jungen Menschen betroffen.

In Afrika südlich der Sahara werden Menschen bereits in früheren Teenageralter sexuelle aktiv. Da es weder in den Familien noch in den Schulen über Sexualität gesprochen wird, werden den jungen Menschen die Möglichkeit enthalten bewußt mit allen Themen, die mit der Sexualität verbunden sind, umzugehen. Ein Nährboden für die Verbreitung der HIV-Infektion. Armut, kriegerische Auseinandersetzungen und Korruption treiben viele junge Erwachsenen in die Flucht und die Migration. Die in europäischen Gastländer lebende Afrikaner leben wieder in Armut, am Rande des Existenzminimums. Über 50 % der Befragten kommen aus Ländern mit einer HIV-Prävalenz zwischen 3 % und 10 %. Neben alle anderen Erklärungsmodelle für die Verbreitung der HIV-Infektion in Afrika (Tabu, Tradition, Religion, Patriarchat), kommt in der BRD anderen Faktoren hinzu, die der Auseinandersetzung mit dem Thema oder die Bewältigung der Erkrankung im Wege stehen. Afrikanische Migranten sind - wie andere Menschen aus Ländern außerhalb der europäischen Union – rechtlich, ökonomisch und sozial stark benachteiligt. Es sind vor allem unsichere Aufenthaltsstatus, mangelnde Bildung, mangelnde und unsichere Lebensperspektive, mangelnde Krankenversicherung bei vielen und Wissensmangel über das System.

Wenn man hier über die Gesundheit spricht, darf man die Situation in den Herkunftsländer nicht außer Acht lassen. Denn nur die möglichst genaue Kenntnis der Faktoren, die sowohl die Ausbreitung der HIV-Infektion als auch die Compliance der Patienten bestimmen, ist eine entscheidende Voraussetzung für die Gestaltung, Evaluation und Anpassung von gezielten, effektiven Präventions- und Interventionsprogrammen und für den Erfolg einer antiretroviralen Therapie. Bei den Menschen afrikanischer Herkunft in der BRD bedarf es eine intensive, gezielte Aufklärungsarbeit im Sinne der primären Gesundheitsversorgung wie in Entwicklungsländer. Mit dem Unterschied, daß eine Übergang oder Verweis von der primären Ebene (Community) in die tertiäre Ebene (Krankenhäuser, Praxen) direkt möglich ist. Dabei ist es unbedingt auch erforderlich die soziale und rechtliche Situationen der Menschen politisch zu verbessern.

Die Begründung dafür, warum bisher eine Testung unterblieben sei, beruhte auf folgenden Motiven und Überlegungen :

203 (63,8 %) gaben keine Begründung an.
19 (6 %) haben nie daran gedacht
17 (5,3 %) aus Angst, infiziert zu sein
79 (24,8 %) gaben 30 unterschiedlichen Gründe an wie:

- keine Zeit
- keine Lust
- kein Risiko
- kein Interesse
- kein Geld
- keine Gelegenheit
- keine Heilungsmöglichkeit
- kein Grund
- weiß nicht
- kein Sex
- will nicht wissen
- weiß nicht wie
- weiß nicht wo
- feste Freundin schon getestet

Dennoch wollten insgesamt 226 (44,4 %) der Befragten ihren HIV-Status wissen, 93 (18,3 %) wollten ihn nicht wissen, 134 (26,3 %) waren nicht sicher, ob sie ihn wissen wollen. 15 (2,9 %) gaben an, ihn bereits zu kennen. 42 (8 %) machten keine Angaben.

Unter derjenigen, die sich schon mal einen HIV-Test unterzogen, waren 50,5 % Studenten, 39, % mit einem Schulabschluß und nur 15,9 % ohne Schulabschluß. Also das Interesse an eine Test korrelierte mit dem Bildungsstand

4.2.4 Kondomgebrauch

141 (27,7 %) benutzten regelmäßig Kondome. 206 (40,5 %) gaben an, ab und zu ein Kondom beim Geschlechtsverkehr zu benutzen. 30 (5,9 %) hatten noch nie ein Kondom benutzt. 18 (3,5 %) hatten noch nie von Kondombenutzung gehört. 56 (11 %) wollten nicht über diese Frage reden und 52 (10,2 %) machten zu dieser Frage keine Angaben.

Die Bereitschaft zum Kondomgebrauch korrelierte mit dem Bildungstand. Während 41,7 % der Studenten regelmäßig ein Kondom benutzten, waren es nur 11,5 % der Menschen ohne Schulabschluß und 19,7 % derjenigen mit eine Schulabschluß . Nur ab und zu oder nie benutzt sagten 73 % der Menschen ohne Schulabschluß, 36,2 % der Studenten und 56,9 % der mit Schulabschluß.

Auch der Aufenthaltsstatus hatte eine Einfluß auf die Bereitschaft regelmäßig Kondom zu benutzen. Nur 10,6 % der Befragten mit unsicheren Aufenthaltsstatus (ungeklärt, Asylbewerber, Befugnis, Duldung) benutzten regelmäßig Kondome und 64,6% ab und zu oder nie. Dagegen gab es bei den Menschen mit sicherem (Berechtigung, Deutsche Staatsangehörigkeit) oder bedingt sicherem Status (Bewilligung) keinen unterschied: 38,8 % benutzten regelmäßig und 37,8 % nur ab und zu oder nie.

Während Menschen mit weniger als 1000 DM im Monat zu 21,7 % regelmäßig Kondome benutzten machten 56,6 % nur ab und zu oder nie davon Gebrauch. Bei Menschen mit über 1000 DM pro Monat war kein Unterschied zu beobachten: 38 % benutzten regelmäßig, 42 % ab und zu oder nie.

4.2.5 Verwandte/Bekanntes mit HIV/AIDS

Auf die Frage ob sie Verwandte oder Bekannte mit HIV oder AIDS hätten, gaben 372 (73 %) an, in ihrer Familie oder Bekanntschaft gäbe es keine HIV-Infizierten. 101 (19,8 %) gaben an, in Familie oder bei Freunden seien ihnen HIV-Infizierte bekannt. 9 (1,8 %) sagten , davon hätten sie keine Ahnung.

- kein Interesse (15,2 %)
- Angst
- HIV existiert gar nicht
- keine Lust
- keine Zeit
- kein Geld
- religiöse Rücksichten
- Motiv ist mir unbekannt
- ich weiß schon alles
- noch Jungfrau
- bin nicht krank
- mache immer safer Sex

Die Bereitschaft über das Thema HIV und AIDS zu sprechen korrelierte einerseits mit dem Bildungsstand und andererseits mit dem Aufenthaltsstatus der Befragten:

Während 79,6 % der Studenten und 61,3 % der Befragten mit einem Schulabschluß bereits waren über das Thema zu sprechen, zeigten nur 41,5 % der Menschen ohne Abschluß ein Interesse über das Thema zu sprechen.

Parallel waren 82 % der Befragten mit einem dauerhaften Aufenthalt (Aufenthaltsberechtigung, Deutscher Staatsangehörigkeit) und 77 % mit einer Bewilligung bereits über das Thema HIV und AIDS zu sprechen. Während dessen lag diese Bereitschaft nur bei 40 % der mit Befugnis/Duldung und 45,3 % von der Asylbewerber/ungeklärtem Status

4.2.2 Wissensstand zu HIV und AIDS:

142 (27,9 %) gaben an über dieses Thema aufgeklärt zu sein. 177 (34,8 %) gaben an, daß sie gerne über ihre Wissen hinaus noch weitere Informationen haben wollten. 118 (23,2 %) hatte kein Interesse für dieses Thema. Sie hätten schon mal davon gehört, aber es interessiere sie nicht. 49 (9,6 %) gaben an, sie hätten noch nie von HIV und AIDS gehört.

Falls sie denn mehr über das Thema erfahren wollen, würde als zusätzliche Informationsquellen folgende Instanzen gewählt:

- 196 (38,5 %) Arzt
- 126 (24,8 %) Beratungsstelle
- 110 (21,6 %) Familie oder Bekannte
- 28 (5,5 %) sowohl Arzt als auch Beratungsstelle
- 47 (9,2 %) machten keine Angaben

4.2.3 Eigene HIV-Testung

170 (33,4 %) hatten schon bei sich einen HIV-Test durchführen lassen, 318 (62,5 %) hatten sich noch niemals testen lassen. 21 (4,2%) machte keine Angabe.

91 (53,3 %) derjenigen, die sich schon mal einen HIV-Test unterzogen, gaben keine Auskunft, was sie zur Testung veranlaßt hatte. 49 (28,8 %) hatten das Motiv, Gewißheit über die Möglichkeit der Infektion zu erlangen, um ohne Angst zu leben. 8 (4,7 %) wurden in der BRD anlässlich von Erkrankungen zwang getestet. Andere Gründe und Motive zur Testung waren:

- Blutspende
- Schwangerschaft
- Kontakt mit Betroffenen
- Neugier
- Arbeitsaufnahme
- Visum
- Beweis gegenüber Klischees
- Eheschließung

Insgesamt hatten sich 55 Befragten (10,8%) freiwillig eine HIV-Test unterzogen.

Bruttoeinkommen

Einkommen	Häufigkeit
< 1000	295 (58%)
1000-2000	155 (30,5%)
2000-2500	26 (5,1%)
2500-3000	3 (0,6%)
> 3000	10 (2%)
Keine Angabe	20 (3,9%)

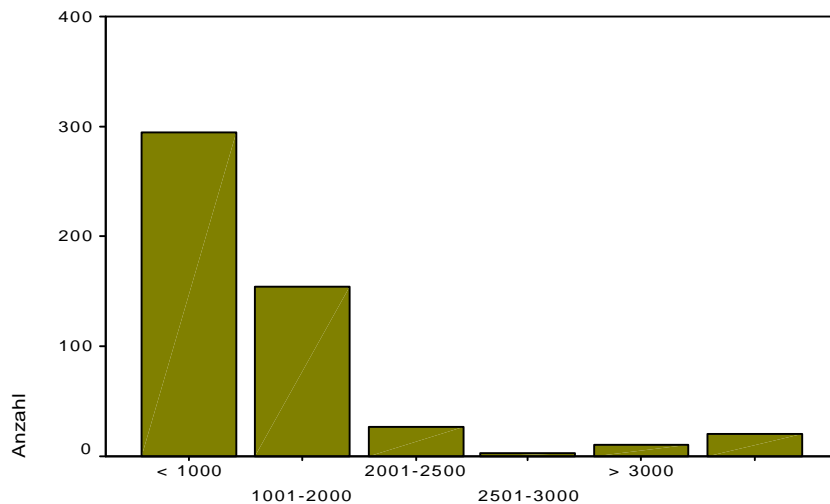


Abb.9 Bruttoeinkommen

Den Lebensunterhalt in der BRD bestreiten 32 % aus Sozialhilfe und Leistungen für Asylbewerber, 26,7 % aus unregelmäßigen Jobs, 24,6 % aus regelmäßigen Jobs.

58 % der Befragten haben ein Bruttoeinkommen von weniger als 1000.- DM im Monat, 30,5 % haben Einnahmen zwischen 1000.- und 2000 DM pro Monat und 7,6 % verfügen über mehr als 2000 DM pro Monat.

Insgesamt verfügten 40 % der Befragten über eine sicherere Einkommensquelle (Stipendium, Angestellt, Sozialhilfe, Asylbewerber-Leistung, Arbeitslosengeld, Rente), die Mehrheit (57 %): über unsichere Einkommensquelle (unregelmäßiger Job, regelmäßiger Job, Unterstützung)

4.1.8 Wohnverhältnisse / Krankenversicherung

21 % leben in privaten Mietwohnungen, 25,3 % in Asylbewerberheimen und 43,8 % in Studentenwohnheimen.

4.1.9 Krankenversicherung

445 (87,4 %) waren krankenversichert (33 Befragte gaben an über Sozialamt versichert zu sein), 144 (28,3 %) hatten keine Krankenversicherung und 22 (4,3 %) konnten zu dieser Frage keine Angaben machen.

4.2 Kenntnis über das Thema HIV/AIDS

4.2.1 Bereitschaft zur Auskunft

326 (64 %) waren bei der Befragung bereit, über das Thema HIV und AIDS zu sprechen. 173 (34 %) wollten darüber nicht sprechen, obwohl sie bereit waren, die übrigen Fragen zu beantworten.

75,7% Derjenigen, die nicht bereit waren über das Thema zu sprechen gaben keine Begründung. Unter denen, die ihre Ablehnung begründeten, zeigten sich folgende Motive:

Bildungsstand	Häufigkeit
Ohne Schulabschluß	122 (24 %)
Ausbildung	24 (4,7 %)
Grundschulabschluß	16 (3,1 %)
Abitur	73 (14,3 %)
Student	240 (47,2 %)
Hochschulabschluß	23 (4,5 %)
keine Angabe	10 (2 %)

24 % der Befragten hatten keinen Schulabschluß, 26,6 % besaßen einen Schul- oder Berufsabschluß, 47,2 % studierten.

4.1.7 Einkommen

Einkommensquelle

Quelle	Häufigkeit
Unregelmäßig Job	136 (26,7 %)
Regelmäßig Job	125 (24,6 %)
Sozialhilfe	99 (19,4 %)
Asylbewerber-Leistung	59 (11,6 %)
Stipendium	25 (4,9%)
Unterstützung/Unterhalt	23 (4,6 %)
Angestellt	17 (3,3%)
Arbeitslosengeld	4 (0,8%)
Selbständig	3 (0,6%)
Rente/privates Geld	3 (0,6%)
Keine Angabe	15 (2,9 %)

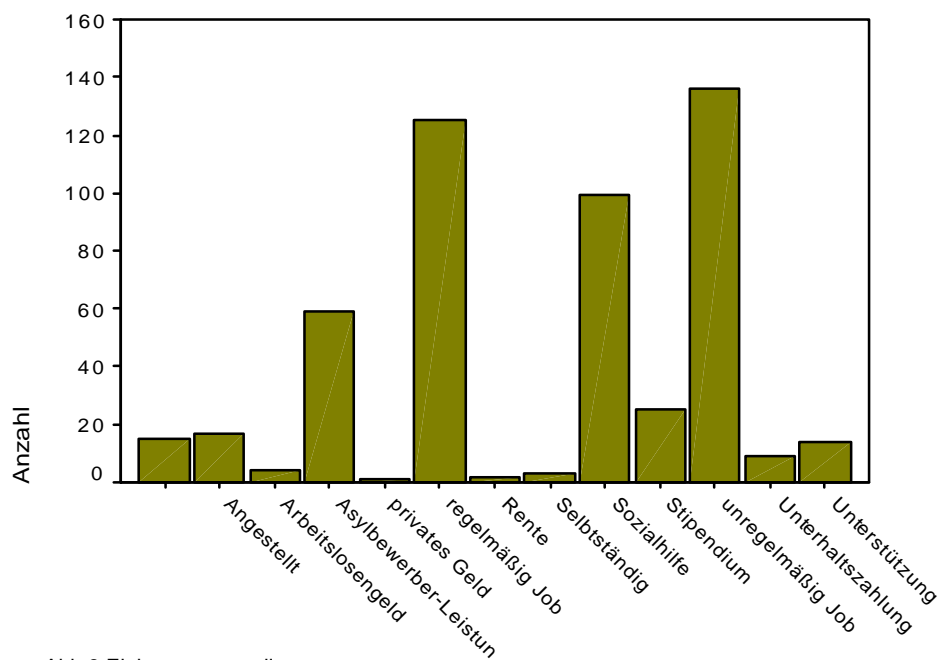


Abb.8 Einkommensquelle

4.1.5 Aufenthaltsstatus:

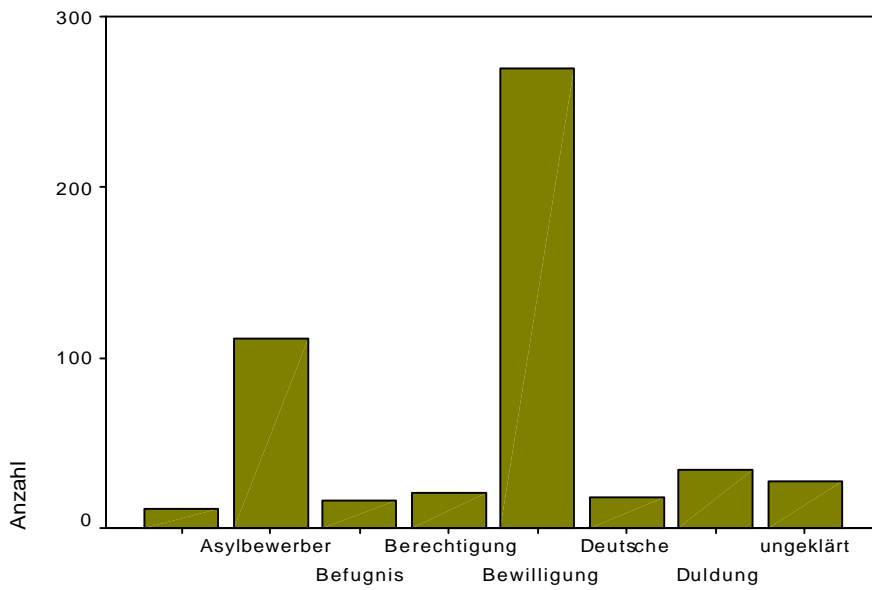


Abb.6

Status	Häufigkeit
Illegal	28 (5,5 %)
Asylbewerber	111 (21,8 %)
Duldung	34 (6,7 %)
Befugnis	16 (3,1 %)
Bewilligung	270 (53,0 %)
Berechtigung	21 (4,1 %)
Deutsche Staatsangehörigkeit	18 (3,5 %)
Ohne Angabe	11 (2,2 %)

7,6 % besaßen eine dauerhaftes Aufenthaltsrecht in der Bundesrepublik, 62,8 % besaßen ein befristetes Aufenthaltsrecht, 21,8 % waren Asylbewerber, 5,5 % lebten illegal in der BRD und 2,2 % kannten ihren Status nicht.

4.1.6 Bildungstand /Schulabschluß

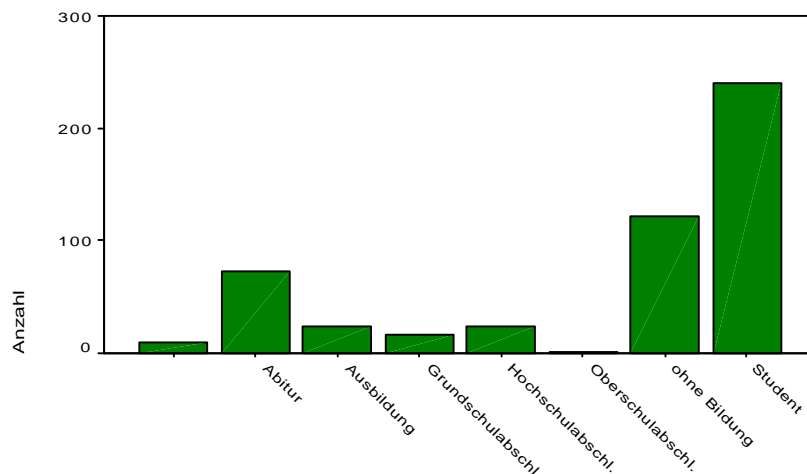


Abb.7

4.1.5 Nationalität:

Die Befragten kamen aus insgesamt 38 afrikanischen Ländern, 97,2% aus Afrika südlich der Sahara, 45,8 % allein aus Kamerun. Die folgenden Tabelle zeigt die Häufigkeit der Herkunftsländer.

Häufigkeit	Länder
< 1 %	Benin, Burkina Faso, Burundi, Equatorial Guinea, Erithrea, Gambia, Mali, Namibia, Niger, Ruanda, Somalia, Sud Afrika, Sudan, Zambia, Zentralafrikanische Rep., Zimbabwe.
1 bis < 3 %	Algerien, Angola, Äthiopien, Dem. Rep. Kongo, Elfenbeinküste, Gabun, Guinea, Kenia, Marokko, Mosambik, Senegal, Sierra Leone, Tanzania, Tschad, Tunesien, Uganda,
3 bis < 5 %	Ghana, Kongo, Nigeria.
5 bis < 10 %	Togo (6,1%)
45,8 %	Kamerun

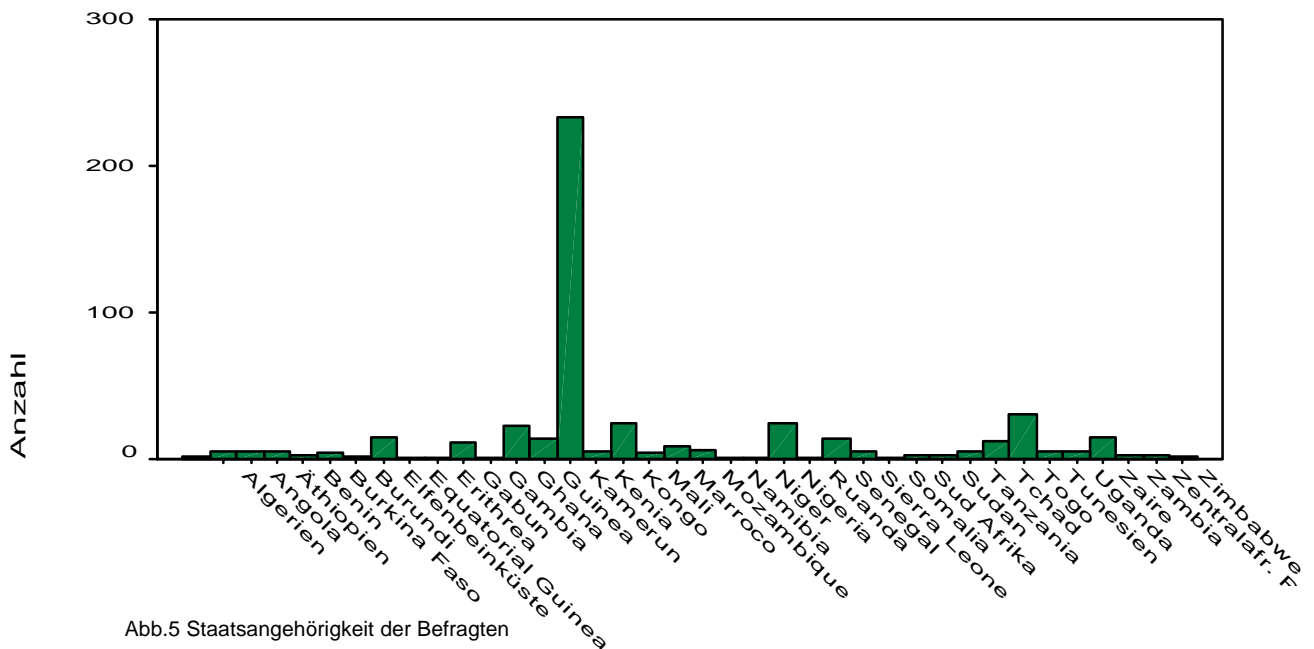
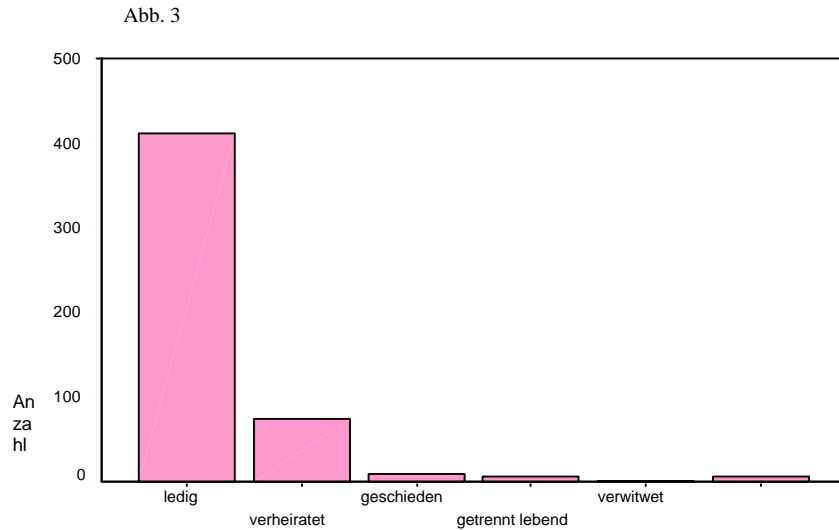


Abb.5 Staatsangehörigkeit der Befragten

Die Staatsangehörigkeit der Befragten entspricht nicht die Verteilung der Migranten in der BRD nach Staatsangehörigkeit. Die Dominanz der Kameruner hängt damit zusammen, das die freiwilliger Mitarbeiter aus Kamerun kommen und sich überwiegend unter Kamerunern bewegen.

4.1.3 Familienstand



Die Befragten waren überwiegend männlich (60,9 %), meistens zwischen 20 und 40 Jahren alt (77,4 %). Der überwiegende Teil war ledig (80,9 %). Die Mehrheit (73,1 %) gab an, Deutsch sprechen zu können.

4.1.4 Dauer des Aufenthalts in der BRD

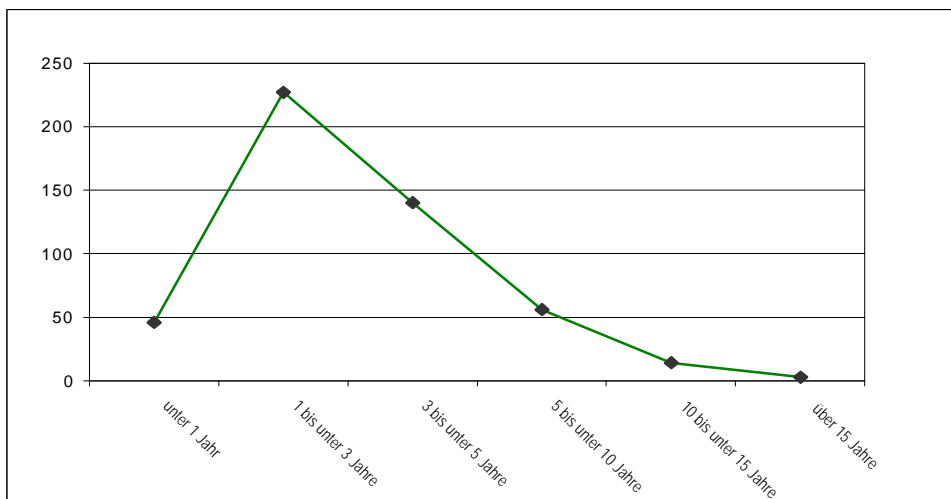


Abb.4

Lebenszeit in Deutschland	Häufigkeit
< 1 Jahr	46 (9 %)
1 bis < 3 Jahre	227 (44,6 %)
3 bis <5 Jahre	140 (27,5 %)
5 bis < 10 Jahre	56 (11 %)
10-< 15 Jahre	14 (2,7 %)
>=15 Jahre	3 (0,6%)
Ohne Angabe	23 (4,5 %)

Die Aufenthaltsdauer bewegt sich im Bereich zwischen 3 Wochen und 30 Jahren. 9 % sind Neuankömmlinge, 72 % leben zwischen einem und fünf Jahren in der BRD, 13,3 % leben länger als fünf Jahre in der BRD.

Einkommen
 Kenntnis über die HIV-Infektion
 Kenntnis über den eigenen HIV-Status
 Kondombenutzung

Die statistische Auswertung wurde mit „SPSS“ für Windows“ durchgeführt.

Im Folgenden die Auswertung von 509 Fragebögen:

4.1 Soziodemographische Daten

4.1.1 Geschlecht:

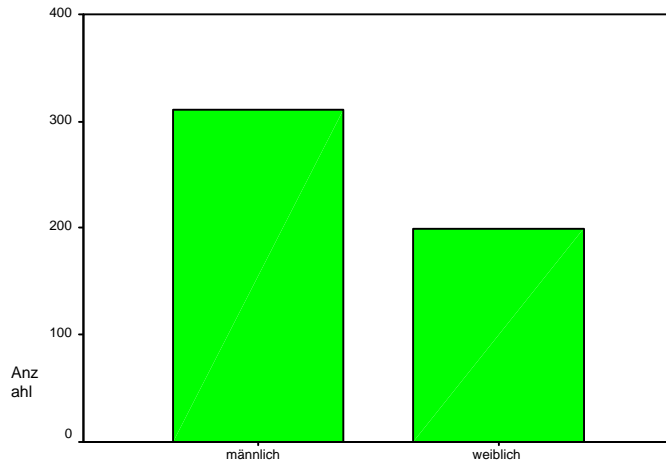


Abb.1

310 (60,9 %) männlich
 199 (39,1 %) weiblich

4.1.2 Altersverteilung:

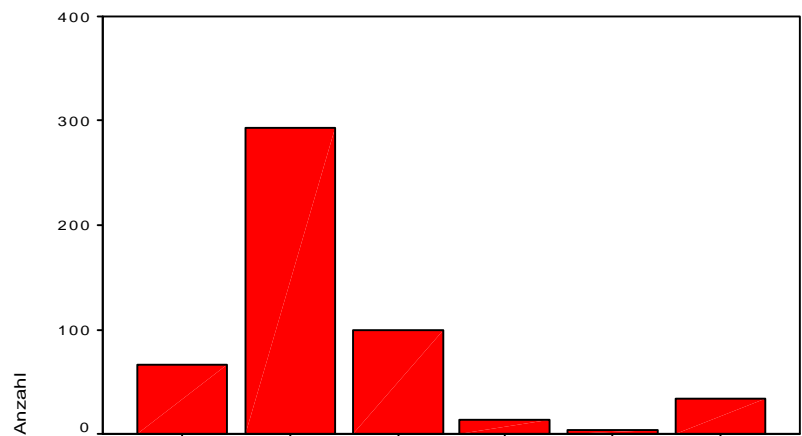


Abb.2

Altersgruppe	Häufigkeit
< 20	66 (13 %)
20-29	294 (57,8 %)
30-39	100 (19,6 %)
40-49	13 (2,6 %)
> 50	3 (0,6 %)
keine Angabe	33 (6,5 %)

afrikanischen Ländern vertreten und stellt eine wichtige Pfeiler in der Gesundheitsversorgung dar. In Zimbabwe beispielsweise wird der Bereich der traditionellen Medizin durch ein Gesetz, welches das zimbabwische Parlament 1981 verabschiedet, legalisiert und kontrolliert.

Entsprechend dieser Vorstellung, fehlt auch die Aufklärung zu Übertragungswegen und einer möglichen Prävention. Wenn die Krankheit beispielsweise im fehlenden Schutz eines Ahnen liegt, muß diese durch gemeinsamen Rituale besänftigt werden. Sind dagegen böse Geister für die Erkrankung zuständig, wird das Individuum nicht allein für seine Erkrankung verantwortlich gemacht.

Es darf auch nicht vergessen werden, daß die Autorität traditioneller Heiler zum großen Teil darauf beruht, daß ihr Wissen geheim ist. Die Patienten erwarten daher keine Aufklärung.

Nicht selten kommt es vor, daß nach einer Diagnosemitteilung, der Patient zunächst für mehrere Monate nach Afrika verschwindet. Die Wirksamkeit des Gebets bei starkem religiösem Glauben, wird weit höher eingeschätzt, als die von Tabletten.

3. Folgerungen für den Umgang

Im Umgang mit Patienten aus Afrika müssen also die dargestellten lebens- und kulturgeschichtlichen Hintergründe vom behandelnden Arzt allmählich erfaßt werden. Auch sollte man sich als behandelnder Arzt nicht von der Fassade eines offenbar schon an die europäische Lebensweise adaptierten Afrikaners täuschen lassen. Bei allem westlichen Auftritt sind alte kulturspezifische Haltungen oft noch wirksam.

In der Regel wird es am Anfang nötig sein Mitarbeiter aus Beratungsstellen hinzuzuziehen, die die folgenden Fertigkeiten besitzen sollten:

- Mehrsprachigkeit für Patienten aus anglophonen und frankophonen Staaten
- Vertrautheit mit den Traditionen der großen nationenübergreifenden afrikanischen Stämme (Bantu, Nuba, Haussa, Yoruba, Asante etc.)
- Vertrautheit mit den Hauptreligionen (ethnische Religionen, christliche Sezessionskirchen, Islam) und den daraus folgenden Lebenshaltungen
- Vertrautheit mit den patriarchalisch strukturierten Ehen
- Vertrautheit mit der Tabuisierung des Sexuellen in der afrikanischen Gesellschaft
- Vertrautheit mit den medizinischen, seelischen und sexuellen Störungen bei genitalverstümmelten Frauen
- Vertrautheit und Kooperation mit den Beratungsstellen für Afrikaner in der jeweiligen Region (Kontakte nur mit Einverständnis des Patienten !)
- Vertrautheit mit dem sozialen Hilfsnetz (Kontakte nur mit Einverständnis des Patienten !)

Nachdem der behandelnde Arzt insofern mit den Lebenshintergründen seiner afrikanischen Patienten vertraut ist, können die Gründe für eine mangelhafte Compliance besser aufgeklärt und bearbeitet werden. Dies geht nur mit einer großen Diskretion und Rücksicht auf die Geheimhaltungswünsche des Patienten. Das Geflecht aus kulturellen, religiösen, sozialen und psychischen Ursachen, die sich hinderlich auf die Compliance auswirken muß behutsam aufgelöst werden. Nur in einer geordneten sozialen Lebenssituation, frei von Ängsten und mit Respekt vor den Wünschen des Patienten kann eine antiretrovirale Therapie gelingen.

4. Ergebnisse der Befragung von afrikanischen Migranten

Um einen Eindruck zu gewinnen, welche Einstellungen mit dem Thema HIV verbunden sind, haben wir eine Umfrage unter Afrikanern in Berlin gemacht.

Methode: In der Zeit vom 15.09.2001 bis 10.12.2001 wurde unter der afrikanischen Community in Berlin ein Fragebogen zur Ausfüllung verteilt. Die Verteilung erfolgte überall wo die freiwillige Mitarbeiter mit Afrikanern in Kontakt kamen: An Treffpunkten, auf der Straße, in Studenten Wohnheimen, in Asylbewerber Wohnheimen, in Sprachschulen, an den Universitäten etc. die Beantwortung der Fragen erfolgte freiwillig und Anonym. Mit den Fragebogen wurden die folgenden Daten erfaßt:

soziodemographischen Daten (Geschlecht, Alter, Nationalität, Deutschkenntnis..)
Aufenthaltsdauer in der BRD
Aufenthaltsstatus
Krankenversicherung

2.4 Unterschiedliche Medizinkonzepte

Mann kann die verschiedene medizinische Vorstellungen in der Welt in drei große Kategorien zusammenfassen (Lesli). Jedes Medizinsystem ist eine Kombination aus den genannten Kategorien:

- Die **Biomedizin**, die weltweit Autorität und Monopol für die Definition von Gesundheit und Therapie von Krankheiten besitzt, stützt sich auf der Grundlage der Naturwissenschaften und ist gekennzeichnet durch ihre standardisierte Ausbildung, die Verwendung von High Tech - Geräten sowie ihre Abhängigkeit von Forschungsinstituten und multinationale Pharmakonzernen. In der Biomedizin dominiert die Vorstellung von Körper als ähnlich einer Maschine funktionierendem System. (westliche Medizinisch)

- Die **Balancemedizin**, auch Humoralmedizin oder Säftelehre genannt, geht zurück auf die Vorstellung der antiken Griechendland von Ausgleich der Säfte im Körper. Die Gedanken von Balance im Körper und einem Gleichgewicht der Elemente gilt als Voraussetzung für Gesundheit (chinesische Tradition, indische Ayurvedamedizin, arabische Yunanimedizin und Homöopathie)

- Die **Punitivmedizin**, übersetzt „Strafmedizin“ hat ihrem Schwerpunkt im sozialen Konzept. Hier haben Naturgeister, Ahnen, böswillige Menschen der Umgebung oder Gott Einfluß aus das Schicksal der Mitmenschen. Der Mensch steht also im Mittelpunkt eines funktionierenden sozialen System, und Krankheiten werden als Straffe für Verfehlung betrachtet. Eine Krankheit entsteht nicht zufällig, sondern ist Folge der Rache anderer oder der eigenen Schuld. Dieses Konzept findet sich weltweit im Volksglauben, mit magisch-religiösen Denksystemen, so auch in Afrika.

Die Haltung eines Patienten zu Behandlung und Heilung wird unweigerlich von der Dominanz seiner Einstellung zu der einen oder anderen Kategorie beeinflusst. Die Entscheidung über das Aufsuchen eines oder mehrerer Heilungsinstitutionen hängt von vielen Faktoren ab:

- Sozialisation
- Glaubenszugehörigkeit
- Lebensumfeld (Stadt oder Land)
- Versorgung mit schulmedizinischen Einrichtungen
- Behandlungskosten
- Vertrauen gegenüber dem Behandler und dem Behandlungssystem

Dem zur Folge ergibt sich Behandlungshindernisse in einem Biomedizinischen System, bei Patienten deren Vorstellung von Krankheit eher die der Punitivmedizin entspricht.

2.5 Verhältnis zum Kranksein und zu ärztlicher Behandlung

In Afrika geht man im allgemeinen nicht zum Arzt wenn keine hochakute Gesundheitsstörungen vorliegen. Das hängt einerseits damit zusammen, daß ärztliche Behandlung oft nur in Tagesreisen erreichbar ist und viel Geld kostet. Andererseits überwiegen die traditionelle, magisch - religiöse Erkrankungskonzepte.

Diese Gewohnheit wird auch in Europa beibehalten. Das ärztliche Monitoring chronischer Erkrankungen ohne akute Symptome ist unbekannt.

2.6 Religiös und traditionell begründete Verhaltensweisen

Aus dem allgemeinen Mißtrauen gegenüber den nicht nachvollziehbaren diagnostischen Festlegungen in der naturwissenschaftlich orientierten Medizin ergibt sich ein Behandlungshindernis

Nach den Prinzip der Punitivmedizin gibt es im Verständnis mancher afrikanischer Menschen eine unsichtbare Welt der Ahnen, Geister und Gottheiten. Sie lenken das menschliche Geschick. Dies betrifft auch die Vorstellung über und den Umgang mit Krankheiten, Leiden und Tod. Krankheiten sind fast immer Folge von bösen Geistern, unzufriedene Ahnen, Hexerei oder Brechen von Tabus und sozialen Regeln.

Bakterien oder Viren als Krankheitsverursacher und Medikamente zur Heilung passen nicht in diese Vorstellungswelt.

Deshalb herrscht ein starker Glauben an die Wunder der traditionellen Medizin. Diese ist in fast allen

2. Einflüsse auf die Compliance

2.1 Armut

Die Hauptursache aller Probleme ist die allgemeine Armut. Wer Hunger hat, für den ist die Behandlung einer asymptomatischen Erkrankung zweitrangig. Der Kampf ums Überleben hat Priorität. Die meisten Menschen aus Afrika leben in Deutschland am Rande der Gesellschaft, oft am Rande des Existenzminimums. Sie haben eine Fülle von existentiellen Problemen: Wohnverhältnisse, Ernährung, Versorgung von Kindern, Partnerkonflikte, Behördengänge. So lange sie sich gesund fühlen, tritt die HIV-Infektion gegenüber den anderen Problemen in den Hintergrund. Der Student, der wirklich studieren will muß sein Leben mit Jobs finanzieren. Der Asylbewerber kämpft mit allen Mitteln um sein Bleiberecht. Wer sich illegal in der BRD aufhält, darf nirgends aktenkundig auftauchen. Viele sind aus verschiedensten Gründen nicht krankenversichert und könnten deshalb eine Behandlung nur innerhalb von Studien bekommen.

2.2 Delegationskonflikte gegenüber der Herkunftsfamilie

Die meisten Migranten stehen unter einem erheblichen Erwartungsdruck von seiten ihrer in Afrika zurückgebliebenen Familien: Europa wird von den Afrikanern als Paradies gesehen, in dem es nichts mangelt und aus der alles kommen sollte. Also erwarten alle, daß das Familienmitglied in Europa die dringendsten Bedürfnisse der Familie in Afrika befriedigt. In dieser Position muß der im westlichen Ausland lebende Afrikaner seine tödliche Erkrankung verdrängen, will er seiner Angst entgehen, gegenüber den Ansprüchen der Familie zu versagen.

2.3. Kulturspezifische Prägung der Sexualität

2.3.1 Tabuisierung der Sexualität

Die Tabuisierung der Sexualität führt zu einer schamhaften Verleugnung sexuell übertragbarer Erkrankungen. Die HIV-Infektion ist darüber hinaus von 2 Tabus belegt. Das Tabu Sexualität und das Tabu tödliche ansteckende Erkrankung. Zwischen diesen Polen bewegen sich die unterschiedlichsten Ängste: Die Angst vor Diskriminierung, Ausgrenzung, und vor sozialer Isolation in einer Gesellschaft, in der das Individuum ohne Familiengemeinschaft nicht überleben kann. Diese Ängste sind genauso groß, wie die Angst zu sterben. Durch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten drohte die Gefahr, im Familienverband die tabuisierte Erkrankung zu offenbaren. Verdrängung und Verleugnung sind deshalb besser.

2.3.2. patriarchalisch organisierte Familienstruktur

In der traditionellen afrikanischen Familie ist der Mann der allein Bestimmende. In vielen Ländern ist die Polygamie erlaubt und üblich. Auch Monogam lebende Männer nehmen sich selbstverständlich außerhalb der Ehe weitere Frauen. Die Ehefrau hat keine Möglichkeit dagegen vorzugehen. Über die Sexualität außerhalb der Ehe wird nicht gesprochen. Aus Angst sich dadurch zu offenbaren, werden keine Kondome benutzt.

Die weibliche Genitalverstümmelung der Frauen und das Praktizieren von „Dry Sex“ in einigen afrikanischen Regionen ist ein grausame Beleg für die Unterschiedliche Bewertung der männlichen und weiblichen Sexualität.

Dadurch ergibt sich die besondere Stellung der Frau, die mehrfach gefährdet ist sich mit dem HIV zu infizieren und meistens wenig Einfluß hat auf ihren eigenen Schutz.

Die antiretrovirale Therapie und das Monitoring der HIV-Infektion in einer so strukturierten Familie oder bei solchen Paaren gestalten sich schwierig. Bei einem Asylbewerber aus Zimbabwe isoliert der Ehemann seine Frau: Sie wird zu Hause mit dem Kind eingeschlossen, darf nicht Deutsch lernen, weil sie sich sonst einen deutschen Liebhaber nehmen könnte. Ingesamt hat er Angst, daß die Frau in der neuen Situation des Asyls besser zurechtkäme als er und er damit seine übergeordnete Stellung verlöre. Diese private Ausnahmesituation erschwert in mehrfacher Hinsicht ihre Auseinandersetzung mit einer notwendigen antiretroviralen Therapie.

HIV und AIDS

Grundlage zum besseren Verständnis und Umgang mit Patienten aus Afrika

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Einfluß auf die Compliance
 - 2.1 Armut
 - 2.2 Delegationskonflikt gegenüber Herkunftsfamilie
 - 2.3 Kulturspezifische Prägung der Sexualität
 - 2.3.1 Tabuisierung der Sexualität
 - 2.3.2. Patriarchalisch organisierte Familienstruktur
 - 2.4. Unterschiedliche Medizinkonzepte
 - 2.5. Verhältnis zum Krank sein und zur ärztlichen Behandlung
 - 2.6. Religiös und traditionell begründete Verhaltensweise
3. Folgerung für den Umgang
4. Ergebnis der Befragung von afrikanischen Migranten
5. Literatur

1. Einleitung

Nach den Zahlen vom statistischen Bundesamt zum 31.12.2000 leben in der BRD insgesamt 299 255 Menschen aus Afrika, 178 037 davon aus Afrika südlich der Sahara. Die Menschen aus Afrika südlich der Sahara machen 0,2 % der Bevölkerung in der BRD aus.

Nach den Zahlen von RKI zum Ende 2001 stellen Menschen aus Pattern II Ländern (Hochprävalenzgebiet) mit 21% die zweit größte Gruppe neuen Infektion im Jahr 2001 dar, nach der Homo/ bisexuellen Männern. Damit haben sie die Gruppe der intravenösen Drogenkonsumenten überholt.

Es ist zu vermuten, daß der überwiegende Teil der in Deutschland lebenden HIV-infizierten Afrikaner nicht in Behandlung ist.

Diejenigen, die sich in Behandlung befinden stellen sich für viele behandelnde Ärzte als schwierige Patienten dar. Die mangelnde Compliance dieser Patientengruppe wird von den Ärzten häufig auf Sprachprobleme zurückgeführt. Die Sprachbarriere wäre aber durch Dolmetscher zu überwinden! Hinter der mangelnden Compliance verbirgt sich sehr viel mehr. Es ist eine Vielzahl unterschiedlicher Probleme, die gemeinhin als „Migrantenproblematik“ bezeichnet wird.

Es ist die fortdauernde Problematik, die auch in Afrika zur schnellen Verbreitung der HIV-Epidemie geführt hat.

Erst ein Verständnis der Hintergründe führt für den behandelnden Arzt zu einem angemessenen Umgang mit den daraus resultierenden Störungen im Arzt-Patienten-Verhältnis.