

Lebenssituation HIV-infizierter Migranten in Deutschland



Dr. Nina Rümmelein



Dr. Hans Jäger

Nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts leben ca. 44 000 HIV-infizierte Menschen in Deutschland. Etwa ein Fünftel davon sind Migrantinnen und Migranten aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz. Sie stammen überwiegend aus afrikanischen und asiatischen Ländern. Erst nach ihrer Einreise erfahren die meisten von ihrer HIV-Infektion. In Bayern werden alle, die ein Bleiberecht beantragen, einem HIV-Test unterzogen.

In Deutschland fremd und HIV-infiziert

Migranten aus den armen Regionen der Welt sind in unserem Land nicht willkommen. Ihr Aufenthaltsstatus bleibt oft jahrelang unsicher oder sie erhalten eine Duldung (das heißt, die Abschiebung gilt als ausgesetzt; sie kann mit dem Ende jeder Fristverlängerung vollzogen werden). Diese Situation erleben viele als zermürbend, denn von einem Bleiberecht hängt ihre Lebensperspektive entscheidend ab.

Charakteristisch für den Alltag von Migranten ist neben dem bürokratischen Hürdenlauf die Notwendigkeit, sich an die neuen Lebensbedingungen anzupassen. Es geht darum, sich in dem fremden Land zu bewähren. Sie müssen sich in der fremden Kultur und Sprache zurechtfinden und von ihnen wird erwartet, dass sie möglichst gut im Sozialsystem funktionieren. Hier geben die eigenen Landsleute oft wichtige Orientierungshilfen. Sowohl in praktischer Hinsicht als auch für die moralische Unterstützung ist die „community“ aus dem Heimatland von großer Bedeutung.

Wenn eine HIV-Erkrankung festgestellt wird, bedeutet das für die Betroffenen neben den gesundheitlichen Problemen zusätzliche Isolierung. Sie geraten als Angehörige einer Randgruppe in eine weitere Außenseiterposition, in der sie mit Ablehnung rechnen müssen. Zur Furcht vor Diskriminierung im fremden Land kommt die Angst, von den eigenen Landsleuten ausgegrenzt zu werden. Die Erkrankung wird versteckt, verdrängt und man schämt sich dafür.

Um eine regelmäßige medizinische Betreuung aufzusuchen und anzunehmen sind das ungünstige Voraussetzungen.

Viele sind mit der Hoffnung auf ein „besseres“ Leben nach Deutschland gekommen. Manche Erwartungen und Träume erweisen sich nach der Ankunft als unrealistisch und die Migranten treffen auf Schwierigkeiten, die sie nicht vorhergesehen haben.

Mit Migration ist häufig ein Verlust des sozialen Status verbunden. Die Wohn- und Lebensbedingungen sind oft schlechter als die der deutschen Bevölkerung. Wer geringe Bildungschancen hatte, bekommt dies meist deutlicher als im Heimatland zu spüren; wer dagegen einen guten Bildungsstand mitbringt, muss vielfach eine erhebliche Entqualifizierung akzeptieren und ist zum Beispiel als Akademiker auch für einen festen Arbeitsplatz als Hilfsarbeiter froh.

Die Familie in der Heimat bleibt wichtig

Eine Trennung von der Familie belastet zusätzlich und macht einsam. Davon, wie die Erwartungen durch die Realität korrigiert werden, erfahren die Angehörigen im Heimatland wenig. Oft vermuten sie den, der in Europa lebt, in einem Schlaraffenland voller Chancen und Möglichkeiten und erheben Anspruch auf einen angemessenen Beitrag

zur Versorgung der Familie. Zur großen räumlichen Entfernung kommt so eine erhebliche Distanz der Lebenswirklichkeit, die kaum kommunizierbar ist. Gleichzeitig ist es wichtig, den Erwartungen zu entsprechen und damit zu beweisen, dass man auch noch dazu gehört, wenn man so weit weg ist. Diese Verbindung nach Hause hat große Bedeutung um sich in der Fremde nicht gänzlich heimatlos zu fühlen.

In dieser Rolle des Hoffnungsträgers krank zu sein, kommt einem Versagen gleich. An einer Erkrankung zu leiden, die zum Beispiel in Afrika so sehr grassiert, dass sie droht, den Kontinent lahm zu legen, die als Schande gilt und über die nicht gesprochen werden darf, macht das Versagen schlimmer. Und die Betroffenen wissen, dass ihre Familie daheim ausgemergelte, dem Tod geweihte AIDS-Kranke wahrscheinlich aus eigener Anschauung kennt – aber kaum davon weiss, dass man lange mit einer HIV-Infektion leben und arbeiten kann ohne krank zu sein und dass die modernen Behandlungsmöglichkeiten diese Situation auf Jahre und Jahrzehnte hinaus erhalten können.

Im Heimatland fehlen Behandlungsmöglichkeiten

In den meisten armen Ländern haben weniger als fünf Prozent der Betroffenen mit Therapieindikation Zugang zu den lebenserhaltenden antiretroviralen Medikamenten. Nationale Behandlungspläne wurden bisher noch nicht erstellt oder werden nicht umgesetzt. In akzeptabler Qualität funktionstüchtig sind oft nur kleine Pilotprojekte einiger Nicht-Regierungs-Organisationen, die im Wesentlichen die Machbarkeit einer HIV-Behandlung unter sehr einfachen Bedingungen

Was kann der behandelnde Arzt tun?

- Selbstvertrauen stärken und Mut machen zum Austausch mit anderen Betroffenen.
- Anpassungsleistung wahrnehmen und ansprechen.
- Hilfestellung geben im Konflikt zwischen Geheimhaltung und Annahme der Erkrankung.
- Engmaschige Anbindung, insbesondere nach der Diagnosestellung und zu Beginn der Behandlung.
- Rücksicht nehmen auf individuelle Formen der Bewältigung.

Interkulturelle Kommunikation, ein Beispiel:

In manchen Kulturen gilt es als äußerst unhöflich, „nein“ zu sagen – auch dann, wenn der Arzt fragt, ob man ihn gut verstanden hat. Im Zweifel ist es besser, inhaltlich nachzufragen.

Ebenso gehört es sich nicht, bei der Frage nach dem Befinden sofort Beschwerden aufzuzählen. Nach Beschwerden auch dann zu fragen, wenn der Patient zunächst sagt, es gehe ihm gut, kann sehr informativ sein.

gen zeigen konnten. Sie werden zunehmend als Argument für eine Abschiebung ins Heimatland missbraucht.

Abschiebungsentscheidungen werden Angaben von medizinischen Laien, die eine angemessene Behandelbarkeit vor Ort bescheinigen, zu Grunde gelegt. Fachkundige Aussagen, die die Erreichbarkeit einer geeigneten Therapie in Frage stellen, werden dagegen nicht ernst genommen. So kann eine Abschiebung für HIV-infizierte Migranten lebensbedrohlich werden.

Leben in der Illegalität

Wer sich illegal in Deutschland aufhält, dem ist der Zugang zur medizinischen Versorgung versperrt. Er darf nicht krank werden und sucht deshalb medizinische Hilfe oft erst, wenn es sich nicht mehr vermeiden lässt. Damit wird die Diagnosestellung einer HIV-Erkrankung verzögert. Wie viele HIV-Infizierte ohne gültige Papiere in der Bundesrepublik leben, ist nicht bekannt.

Eine späte Diagnose im fortgeschrittenen Stadium macht die Behandlung komplizierter, die Prognose schlechter und den Zeitraum, in dem aus Unkenntnis eine Weitergabe der Infektion möglich ist, länger. Zudem kann heute die Übertragung der HIV-Infektion von der Mutter auf ihr Kind während Schwangerschaft und Geburt in über 98 Prozent der Fälle verhindert werden. Durch fehlende Schwangerschaftsvorsorge und Diagnosestellung wird diese Chance versäumt.

Kommunikation als Herausforderung

Kommunikationsprobleme stellen eine zusätzliche Barriere für den Zugang zum Gesundheitssystem dar. Die Wahrnehmung und Präsentation von Symptomen und die Vorstellung davon, was eine wirksame Therapie kennzeichnet, ist vom kulturellen Hintergrund abhängig. Krankheit wird zum Beispiel

Wichtige Anamnesefragen:

- Welcher Aufenthaltsstatus liegt vor?
- Welcher Kontakt besteht zu Angehörigen im Heimatland?
- Gibt es Vertrauenspersonen, die von der HIV-Erkrankung wissen?
- Weiß der Anwalt von der HIV-Erkrankung?
- Was wird als Ursache der Krankheit gesehen?
- Welche Erwartungen bestehen bezüglich der Therapie?
- Welche Fähigkeiten, welche Ausbildung werden mitgebracht?
- Wie sehen Arbeit und Wohnbedingungen aus?
- Welche Bedeutung haben Familiengründung und Kinderwunsch in der Kultur des Patienten?

von afrikanischen Patienten nicht selten als Folge von Magie interpretiert und in ihren Auswirkungen konkreter wahrgenommen. Die Erklärung, ein Virus befinde sich im Körper, das zwar derzeit keinerlei Symptome verursacht, das aber trotzdem auf andere Menschen übertragbar ist und in Zukunft völlig unterschiedliche Erkrankungen auslösen kann, ist sehr abstrakt und setzt die Akzeptanz von naturwissenschaftlichen Ursache-Wirkungs-Modellen voraus. Die Verständigung hängt nicht nur vom Erlernen der deutschen Sprache ab.

Besonders die HIV-Erkrankung berührt sehr sensible und tabuisierte Lebensbereiche. Der Umgang mit den Themen Krankheit, Sexualität, Tod oder auch psychisches Befinden ist stark kulturabhängig. Kulturell und medizinisch kompetente Dolmetscher stehen selten zur Verfügung. Um Missverständnisse zu vermeiden sind die Behandler gefordert, ihre interkulturelle Kompetenz auszubauen.

Migranten mit HIV-Erkrankung sind eine sehr heterogene und besonders vulnerable Gruppe. Für sie ist der Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung oft erschwert und Sorgen um den gesicherten Aufenthalt in Deutschland haben Priorität.

Die Erkrankung wird als Makel empfunden und ist mit einer besonderen Angst vor Offenbarung gegenüber dem deutschen Umfeld, den hier lebenden Landsleuten und gegen-

über der Familie zu Hause verbunden. Der Umgang mit der Erkrankung und die angewandten Bewältigungsstrategien unterscheiden sich kultur- und situationsbedingt. Verdrängung verhindert zwar, dass die Belastung verarbeitet wird, verhindert aber auch, sich schwach und verletzlich zu fühlen. Damit wird es möglich, die eigenen gesunden Anteile zu betonen und sich als stark und leistungsfähig zu sehen. Erst nach langer Zeit und oft in Verbindung mit gelingender Integration kann die Bereitschaft entstehen, sich mit den schmerzlichen Erlebnissen auseinanderzusetzen.

Viele beweisen trotz aller Schwierigkeiten ungebrochenen Mut, mit dem sie ihre Lebenssituation meistern. Manche wagen den sehr angstbesetzten Schritt, sich mit anderen in der gleichen Situation auszutauschen und offener mit ihrer Erkrankung umzugehen und erleben das meist als große Erleichterung. Unterstützend können Mitarbeiter im Gesundheitsbereich wirken, indem sie auf Fallstricke der interkulturellen Kommunikation achten, Ressourcen aufzeigen und nutzen und Selbstbewusstsein und Eigeninitiative der Betroffenen mit viel Geduld fördern.

Anschrift der Verfasser:

Dr. Nina Rümmelein, Dr. Hans Jäger, KIS – Kuratorium für Immunschwäche e. V., c/o MUC Research GmbH, Karlsplatz 8/III, 80335 München, Telefon 089 531233, Fax 089 5328651, E-Mail: info@kis-ev.de

ANZEIGE:

Pneumologen / Internisten

Im Großraum München

Für die Verbesserung der Therapie führen wir, in Zusammenarbeit mit der Asklepios Fachklinik der Universität München und dem GSF Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit, klinische Studien durch und suchen für eine derzeit laufende Studie Patienten mit Asthma bronchiale. Daher sind wir an einer Zusammenarbeit mit Pneumologen / Internisten im Großraum München interessiert.

inamed
Intelligent Aerosol Medicine

Weitere Informationen erhalten
Sie unter der Telefonnummer
089-89356928

www.inamed.de