

2002 Fachtagung

Dokumentation

der Fachtagung 2002 für
Aids-Fachkräfte und
Aids-KoordinatorInnen in NRW.



**Verband der AidskoordinatorInnen
NRW e. V.**

Anschrift:
VAK-NRW e.V.
c/o Dr. F. J. Ehrle,
Palmstr. 26,
50672 Köln

www.vak-nrw.de

Inhalt

Inhalt.....	3
1 Erfahrungsaustausch der Aids-Fachkräfte am 14.05.2002.....	5
1.1 Bericht des Sprecher/innenkreises.....	5
1.1.1 Bearbeitete Themen.....	5
1.2 Landeskommision AIDS.....	7
1.3 Teilnahme von Herrn Lesser.....	8
1.4 Quartalsmeldungen zum HIV-AK-Test.....	8
1.5 Tätigkeitsverbot für HIV-positive Prostituierte.....	8
1.6 Youthwork.....	9
1.7 Standards in der AIDS- und STD-Arbeit.....	9
1.8 HIV-AK-Test.....	9
1.9 Verteilung von Info-Material.....	10
1.10 Literatur.....	10
1.11 Sonstiges.....	11
1.11.1 Erfahrungen mit der DAS.....	11
1.11.2 „Das Schweigen brechen“.....	11
1.11.3 Radiospots zum WAT des GA Bonn.....	11
1.11.4 Standards in der AIDS und STD-Arbeit.....	11
2 Hepatitis C in der Beratung.....	13
3 Umgang mit Leben, Sterben und Tod in der HIV / AIDS-Beratung.....	14
3.1 Definition von Sterben und Tod.....	14
3.2 Dimensionen des Todes.....	14
3.3 Ansichten der Philosophen.....	15
3.4 Wesentliche Elemente von Krankheit, Sterben und Tod.....	15
3.5 Sinnhaftigkeit des Lebens.....	15
3.6 Stadien der Verarbeitung von Krankheit.....	15
3.7 Beratungsstrategien bei schwerer Krankheit, beim Sterben oder dem Tod.....	16
3.8 Tod und Kinder.....	18
3.9 Umgang mit suizidalen Schwerstkranken.....	18
4 Das IfSG - Auswirkungen auf die AIDS-Beratung und Prävention.....	19
4.1 „Morgenstund hat Gold im Mund“.....	19
4.2 Von der Seuchenbekämpfung zum Infektionsschutz.....	20
4.3 Welche Chancen bietet das IfSG für die AIDS-Beratung?.....	20
4.4 AG Qualifikation.....	21
4.5 AG Kooperationsmöglichkeiten.....	22
4.6 AG Angebot und Zielgruppen inklusive Methoden.....	22
4.7 AG Selbstverständnis.....	23
4.8 Schlussfolgerungen.....	23
5 HIV-Prävention bei MigrantInnen.....	25
5.1 Asyl- und ausländerrechtliche Informationen.....	25
5.1.1 Aufenthaltsgestattung § 55 AsylVerfG.....	25
5.1.2 Duldung §§ 55 / 56 AuslG.....	25
5.1.3 Aufenthaltsbefugnis §§ 30 / 31 AuslG.....	26
5.1.4 Aufenthaltsbewilligung § 28 AuslG.....	26
5.1.5 Aufenthaltsurlaubnis.....	27
5.1.6 Aufenthaltsberechtigung § 27 AuslG.....	27
5.2 Interkulturelle Kommunikation.....	27

5.3	Zugangsschwierigkeiten von HIV-positiven MigrantInnen zu Behörden und Ärzten.....	28
5.4	Bericht aus der Selbsthilfe von Schwarzafrikanern / Afro Leben Gruppe.....	29
5.5	IV. Ansätze in der HIV-Prävention mit MigrantInnen	29
6	Abschlussplenum am 10.05.01.....	31
6.1	Fachtagung 2003.....	31
Anhang	32

1 Erfahrungsaustausch der Aids-Fachkräfte am 14.05.2002

1.1 Bericht des Sprecher/innenkreises

Nach der Vorstellungsrunde der 36 Teilnehmerinnen und Teilnehmer berichtete der Sprecher/innenkreis über seine Tätigkeiten im vergangenen Jahr: Insgesamt fanden drei Sitzungen sowie ein Erfahrungsaustausch mit dem MFJFG - Herrn Lesser - statt.

1.1.1 Bearbeitete Themen

VAK (Verband der AIDS-Koordinatoren/innen NRW e. V.)

In NRW haben sich die AIDS-Fachkräfte und AIDS-Koordinatoren/innen im Rahmen von Regionalgruppen organisiert und wählen jährlich einen Sprecher/innenkreis, der ihre Interessen gegenüber dem MFJFG wahrnimmt. Vor zwei Jahren wurde der VAK gegründet, der zuständig ist für die Organisation der Fachtagung und die Beantragung und Verwaltung der Fördergelder des MFJFG. Darüber hinaus dient der Verband als „Meinungsvertretung nach außen“ im Sinne einer berufsständischen Organisation.

Zertifizierung für Ärztinnen und Ärzte

Die Teilnahme an der Fachtagung 2002 wird für Ärztinnen und Ärzte in diesem Jahr mit 20 Punkten (Höchstpunktzahl) zertifiziert.

Evaluierung der Umsetzung des ÖGDG

Die Evaluierung wurde vom MFJFG Unternehmungsberatungen FOGS und KPMG übertragen. Im 1. Bericht konnte ein Zuwachs der personellen Ressourcen insgesamt in den Gesundheitsämtern erhoben werden. Jedoch ein Absinken der personellen Ressourcen im AIDS-Bereich.

Der 2. Bericht wird voraussichtlich im Sommer 2002 erscheinen.

ZSP

Die AIDS-Hilfe NRW e. V. (AH NRW) koordiniert die Vergabe der Projektmittel für die Themenfelder:

Schwule - Frauen - Betreuung. Anträge für diese Themenbereiche sollten direkt an die AH NRW gestellt werden. Darüber hinaus ist es möglich, für Projekte mit

anderen Themen und Zielsetzungen Anträge direkt an das MFJFG zu stellen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in der Regel nicht die gesamte Projektfinanzierung über ZSP-Mittel erfolgt und dementsprechend eine Komplementärfinanzierung sicherzustellen ist.

Die Projektanträge sollten jeweils bis zum Frühsommer dem Ministerium vorliegen, damit im Herbst zur Vergabe der Projekte durch AH NRW das noch zur Verfügung stehende Finanzvolumen überblickt werden kann.

WAT

Nach telefonischer Rücksprache mit dem Ministerium am 13.4.2002 kann voraussichtlich davon ausgegangen werden, dass die Gelder in gewohntem Umfang für Projekte/Aktionen zum WAT zur Verfügung stehen werden.

Case Management

Der Endbericht zur Studie liegt zur Zeit noch nicht vor.

SPI-Studie „Gesundheitsämter im Wandel“

Der Endbericht zur Studie wird voraussichtlich im Herbst 2002 veröffentlicht.

IfSG – ÖGDG - Welches Gesetz hat Vorrang?

Das Infektionsschutzgesetz ist ein Bundesgesetz und regelt vornehmlich Inhalte. Das ÖGDG ist ein Landesgesetz und regelt überwiegend organisatorische Aspekte der unteren Gesundheitsbehörde (Organisationsgesetz).

Bundesrecht hat Vorrang vor Landesrecht, wobei – wie oben angedeutet – es sich bei den genannten Gesetzen um unterschiedliche Regelungsbereiche handelt. Dies bedeutet, dass beide Gesetze unabhängig voneinander zu bewerten sind.

AIDS-Dialog

Das MFJFG hat nach Freigabe des Haushalts beschlossen, dass in diesem Jahr noch drei Folgen (bisher 5 p.a.) des AIDS-Dialoges erscheinen sollen. Das Land plant, die Vergabe an eine Redaktions-Agentur in diesem Jahr auszuschreiben. Aufgrund der Tatsachen, dass Ausschreibungen zusätzlicher Finanzen und v.a. Zeit bedürfen sowie der bisher sehr zufriedenstellenden Erfahrungen mit der Agentur Sinus, Redaktion Hr. Domschat sprechen sich die Teilnehmer/innen der Fachtagung mehrheitlich (31 JA-Stimmen) für eine weitere Vergabe an Sinus aus.

Es muss damit gerechnet werden, dass der AIDS-Dialog im Jahr 2003 eingestellt werden soll. Auch hier ergab die Abstimmung, dass die Teilnehmer/innen mehrheitlich (27 JA-Stimmen) die Weiterführung des AIDS-Dialoges wünschen.

1.2 Landeskommision AIDS

AG Frauen und AIDS

Karin Hoeltz berichtete, dass ein Empfehlungsentwurf fertiggestellt worden sei. Es wurde in dem Entwurf u. a. auf die Koordination der Gesundheitsämter hingewiesen, deren Aufgabe insbesondere die Entwicklung integrativer Versorgungsstrukturen – auch für Frauen – sei.

AG Schwule und AG AIDS und Drogen

Franz-Josef Ehrle und Brigitte Menze berichteten, dass die Empfehlungsentwürfe sich aufgrund der langen Bearbeitungszeiten und der zwischenzeitlich vielfältigen rechtlichen und strukturellen Entwicklungen überholt hätten. Empfehlungen zu diesen Arbeitsfeldern sind z. Z. nicht mehr erforderlich bzw. werden bei der AG Schwule und AIDS in weit geringerem Umfang als ursprünglich geplant zur Verabschiedung durch die Landeskommision vorbereitet.

AG Soziale Folgen

Brigitte Menze berichtete, dass diese Arbeitsgruppe seit Mitte des Jahres nicht mehr getagt hat und es keinen neuen Sachstand gäbe. Die Arbeitsgruppe besteht jedoch weiterhin.

AG Migration

Manfred Weber-Schulte berichtete, dass die Ende 2001 neu eingerichtete Arbeitsgruppe sich regelmäßig trifft und unterschiedliche Themenfelder bisher bearbeitet hat. Zielsetzung der Empfehlungen soll möglicherweise die Entwicklung eines ‚Curriculum für Migranten/innen mit kulturbezogenem Hintergrund‘ werden. Offen ist allerdings die Frage, wer dieses Curriculum in die Praxis umsetzen soll.

Auf der nächsten Sitzung am 17. Juni 2002 sollen von den Vertretern/innen aus Essen die Migrationsprojekte aus NRW vorgestellt werden. Um die Ziele, Arbeitsansätze usw. erfassen zu können, wurde auf der Tagung ein Raster verteilt, mit der Bitte, dieses für die jeweiligen Projekte in den einzelnen Kommunen auszufüllen und bis zum 10.6.2002 an:

**Christa Bietau, Gesundheitsamt Essen,
Beratungsstelle zu sexuell übertragbaren Krankheiten und AIDS, Bernestraße 7,
45121 Essen**

zurückzuschicken.

1.3 Teilnahme von Herrn Lesser

In diesem Jahr konnte Herr Lesser an der Fachtagung aus Termingründen nicht teilnehmen. Er hat jedoch Interesse, an einem Gesamtregionaltreffen teilzunehmen. Sein Angebot wurde mehrheitlich angenommen.

Des weiteren wurde beschlossen, Herrn Lesser zur Fachtagung 2003 - voraussichtlich vom 6. - 8. Mai 2003 - einzuladen.

1.4 Quartalsmeldungen zum HIV-AK-Test

Im Gespräch mit Herrn Lesser wurde vom Sprecher/innenkreis angeregt zu überprüfen, ob auf die Quartalsmeldungen zum HIV-AK-Test durch die Gesundheitsämter verzichtet werden kann und diese Meldungen durch das lögd vorgenommen werden können. Um dieses Verfahren ändern zu können, sollte ein einheitlicher Begleitbogen entwickelt werden, der u. a. auch epidemiologische Daten erfasst.

Mehrheitlich wurde eine AG beschlossen, die während der Tagung einen Entwurf für ein Gespräch mit Herrn Lesser vorbereitet. (In der Anlage ist der Entwurf beigefügt.)

Darüber hinaus wurde besprochen, dass grundsätzlich die Entwicklung einer einheitlicher Dokumentation für die Beratung erfolgen sollte. Da Köln bereits seit geraumer Zeit eine standardisierte Dokumentation (Epi-Info) durchführt, soll diese als Grundlage für weitere Diskussionen verwandt werden. (siehe Anlage 2)

P.S:

Im Abschlussplenum wurde beschlossen, auf den nächsten Regionaltreffen das Thema „Dokumentation“ auf der Grundlage der Kölner Dokumentationskriterien und -erfahrungen ausführlich zu behandeln und unter Berücksichtigung der Erfahrungen und Wünsche der anderen Gesundheitsämter zu einer einheitlichen Dokumentation für alle zusammenzuführen.

1.5 Tätigkeitsverbot für HIV-positive Prostituierte

Die Diskussion mit Herrn Lesser (MFJFG) und Herrn Dr. Ziegler (MFJFG) am 16.11.2001 hat folgendes ergeben:

Herr Dr. Zieger bestätigte, dass unter den Voraussetzungen des neuen Gesetzes, das Prostitution als berufliche Tätigkeit anerkennt und nicht mehr als sittenwidrige

Tätigkeiten definiert, die Verfügung eines Tätigkeitsverbotes nach § 31 IfSG möglich sei.

Gleichzeitig wurde aber auch auf die Position des Landes verwiesen (siehe Schreiben vom 18.10.95 zu Tätigkeitsverboten für HIV-positive Drogengebraucherinnen und Erlass vom 24.3.97), die die Umsetzung von generellen Tätigkeitsverboten für HIV-positive Prostituierte für kontraproduktiv bewertet, da sie die erfolgreichen Präventionsansätze gefährden würden.

PS.:

Da in unseren Arbeitszusammenhängen grundsätzlich das Prinzip der Anonymität vorrangig ist und eine namentliche Meldepflicht nicht besteht, ist es äußerst fraglich, ob die untere Gesundheitsbehörde bei „Zufälligkeit“ und „unrechtmäßig“ bekannt gewordenen HIV-Infektionen auf dieses Wissen für die Durchsetzung eines Tätigkeitsverbotes zurückgreifen darf.

Anmerkung aus dem Workshop zur Umsetzung des IfSG:

Die Umsetzung von Zwangsmassnahmen ist in besonderer Weise an die Gebote der Verhältnismäßigkeit und Zweckmäßigkeit gebunden. Das heisst: Zwangsmassnahmen können erst eingesetzt werden, wenn alle anderen Maßnahmen sich als nicht tauglich erwiesen haben.

1.6 Youthwork

Die Youthworker/innen in NRW haben sich aufgrund der positiven Erfahrungen der AIDS-Fachkräfte/Koordinatoren/innen ebenfalls einen Sprecher/innenkreis gewählt und veranstalten jährliche Fachtagen. Darüber hinaus wurden in den letzten rd. zwei Jahren Standards zur Youthworkarbeit in NRW erarbeitet, die in einer Broschüre veröffentlicht sind.

1.7 Standards in der AIDS- und STD-Arbeit

Die Behandlung dieses Tagesordnungspunkts wurde aus zeitlichen Gründen auf den Nachmittag verlegt, um genügend Raum zur Diskussion zu haben.

1.8 HIV-AK-Test

Codierung

Frau Wirth vom Landesinstitut in Münster fordert die Kolleginnen und Kollegen verstärkt dazu auf, die RKI-Codierung umzusetzen – insbesondere bei HIV-positiven Testergebnissen. Hierzu wurde auf der Fachtagung beschlossen, Herrn Dr. Baumeister und Herrn Lesser schriftlich über diese Vorgehensweise zu informieren und darauf hinzuwirken, dass diese „Nachfassaktionen“ unterlassen werden.

Telefonische Mitteilung von HIV-positiven Testergebnissen durch das Landesinstitut

In mehreren Fällen wurde berichtet, dass die telefonische Vorankündigung HIV-positiver Testergebnisse an beliebige Personen in den Gesundheitsämtern erfolgte und zu erheblichen Problemen führte. Auch zu diesem Punkt wird der Sprecher/innenkreis Herrn Dr. Baumeister und Herrn Lesser schriftlich informieren und darauf hinweisen, dass vertrauliche Befundinformationen nur an die Berater/innen weitergegeben werden dürfen.

Kostenlose HIV-AK-Tests

Mehr als 50 % der Personen lassen beim Gesundheitsamt den HIV-AK-Test machen, weil dieser dort kostenlos ist.

Die Abstimmung ergab, dass die Teilnehmer/innen einstimmig den Sprecher/innenkreis beauftragten, an das Land heranzutreten, um deutlich zu machen, dass die Kostentragung weiterhin durch das Land erfolgen sollte.

1.9 Verteilung von Info-Material

- Dokumentation zur Fachtagung 2001
- Dokumentation zur Fachtagung für schwarzafrikanische Migranten/innen in Duisburg
- AIDS-Hilfe NRW – Leitbild – Info
- DAH: „HIV-Test 200“

1.10 Literatur

- „Getrennte Wege gemeinsam gehen“
kostenlos zu bestellen: <http://www.haart.net> oder telefonisch unter 07624/142 407
- HIV verstehen – mit HIV leben
DIN A 5 Foliensammlung für Infoveranstaltungen, auch in englischer und französischer Sprache
<http://www.HIV-Info.de>
- Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger
- Leitsätze zur substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger in NRW

1.11 Sonstiges

1.11.1 Erfahrungen mit der DAS

Zur Zeit bestehen große Probleme bei der Bearbeitung der Anträge, Gründe hier könnten sein:

- Das Antragsverfahren wurde sehr formalisiert.
- Es gab mehrfache Personalwechsel und das neue Personal muss erst eingearbeitet werden.
- Darüber hinaus besteht auf Seiten der DAS die Befürchtung, dass die Stiftungsgelder sich langsam zu einer Form von „Regelfinanzierung“ entwickeln, so dass immer eine genau Prüfung erfolgt.
- Die Stiftungsgelder der Kinder-AIDS-Hilfe BRD wurden aufgeteilt auf unterschiedliche Stiftungen, u. a. die DAS. Diese ist nun mit der zusätzlichen Verteilung von Geldern betraut.

1.11.2 „Das Schweigen brechen“

Der ökumenische Rat der Weltkirche hat einen Initiativkreis gegründet, der sich zum Ziel gesetzt hat, einen internationalen Fonds mit Spendeneinlagen in Höhe von 350 Mio €\$?? aufzubauen. Aus diesem Grunde wird derzeit eine Unterschriftensammlung durchgeführt, um vermehrt Druck auf die Politik ausüben zu könne.

<http://www.e-alliance.ch>

1.11.3 Radiospots zum WAT des GA Bonn

Der Kollege aus Bonn bot den Teilnehmern/innen an, die mit professioneller Hilfe selbst erstellten Radiospots (auf CD) interessierten Kolleginnen und Kollegen vorzustellen.

Die CD kann käuflich erworben werden.

1.11.4 Standards in der AIDS und STD-Arbeit

Wie auf den Regionaltreffen beschlossen, wurde eine Arbeitsgruppe zur Beschreibung der Standards der AIDS-Arbeit sowie eine Arbeitsgruppe zur Beschreibung der STD-Standards gegründet.

Standards in der AIDS-Arbeit

Diese AG hat sich bisher zweimal getroffen und ein drittes Treffen ist geplant. Hier wird es insbesondere um die Diskussion der Präventions- und Beratungsinhalte unter Einbeziehung der Überlegungen zu STD gehen. Die Protokolle dieser Arbeitssitzungen werden an die Regionaltreffen weitergegeben.

Standards in der STD-Arbeit

Diese Arbeitsgruppe hat einmal getagt, allerdings wurde die Arbeit nicht in der geplanten Weise umgesetzt. Hintergrund hierfür ist, dass das MFJFG und das Iögd in Erwägung ziehen, ein Modellprojekt zur „Entwicklung von Leitlinien zur Umsetzung des IfSG im ÖGD in NRW unter Berücksichtigung kommunaler Kooperations- und Vernetzungsstrukturen“ durchzuführen. Das GA Essen und die Universitätshautklinik wurden beauftragt, einen Konzeptentwurf zu erstellen, der in groben Zügen vorgestellt wurde. Da es insbesondere im Zusammenhang eines eventuellen Projektes auch um die Einbeziehung der

? Erfahrungen der Kolleginnen und Kollegen vor Ort sowie

? weiterer Fragestellungen und Themen

gehen sollte, um die Übertragbarkeit von Leitlinien zu gewährleisten, wurden interessierte Kolleginnen und Kollegen angefragt, im Rahmen einer projektbegleitenden Arbeitsgruppe mitzuwirken. Diese Anregung stieß auf reges Interesse. Folgende Teilnehmer/innen würden an einer Arbeitsgruppe teilnehmen wollen: Jutta Bringmann, Uschi Backes, Monika Brosda, Charlotte Sandbrink, Beate Guse, Hanne Häring, Franz-Josef Ehrle – Düsseldorf klärt Teilnahme noch ab.

Es ist geplant, die Projektüberlegungen im Juli auf dem Regionaltreffen der STD-Fachkräfte ebenfalls vorzustellen und weitere Kolleginnen und Kollegen zur Mitarbeit anzuregen.

Impulsreferat

2 Hepatitis C in der Beratung

von Dr. med. Stefan Maus

Grafenberger Allee 128 a, 40237 Düsseldorf Schwerpunktpraxis zu HIV und Gastroenterologie einschl. Hepatitis

Im Anhang sind die Folien zum Vortrag von Dr. Maus beigelegt. Darum an dieser Stelle nur kurze Blitzlichter zu unterschiedlichen Informations- und

Diskussionsaspekten:

- Die KV-Nordrhein schätzt, dass in ihrem Einzugsbereich ca. 38000 bis 67000 Personen mit Hep C infiziert sind, ca. 1000 Personen werden derzeit therapiert.
- 15 – 30 % der betroffenen Personen heilen eine akute Hep C aus. Die akute Infektionsphase kann bis zu 6 Monate dauern.
- Ist die Hep C in einen chronischen Infektionsverlauf übergegangen, kann kaum noch eine Spontanheilung erwartet werden.
- Es besteht eine große Chance auf Ausheilung der Hep C, sofern eine Interferon-Behandlung bereits bei akuter Hep C-Diagnose durchgeführt wird.
- Grundsätzlich stehen den Betroffenen jedoch wesentliche längere Entscheidungsphasen für den Eintritt in eine Behandlung zur Verfügung als bei HIV oder onkologischen Erkrankungen.
- Viele Personen bedürfen gar keiner Therapie.
- 1 – 5 % der Infektionen erfolgte über perkutane Verletzungen und scheinen insbesondere ein Problem mangelnder Hygienemaßnahmen im medizinischen Bereich zu sein.
- Die Übertragung von Mutter auf Kind liegt unter 5 %. Bisher konnte in zahlreichen Studien eine Übertragung nach der Geburt nicht nachgewiesen werden. Bei der Frage Stillen JA oder Nein, gehen die Fachmeinungen auseinander: Pädiater warnen vor dem Stillen, Gynäkologen sagen eher, Stillen ist o.k.
- Die Übertragung durch Sexualkontakte ist immer noch fraglich. Auf jeden Fall sind die Safer Sex Maßnahmen zu HIV völlig ausreichend.
- Vor einer Behandlung ist immer die Viruslast und der Genotyp zu bestimmen.
- Interferon und Ribavirin soll gewichtsorientiert dosiert gegeben werden.

Workshop 1

3 Umgang mit Leben, Sterben und Tod in der HIV / AIDS-Beratung

Referent: Dr. Dr. Stefan Nagel, Düsseldorf

Protokoll: Karola Born

Nach einer Vorstellungsrunde wurden Selbsterfahrungs- und Fallberichte der 13 Teilnehmer/ -innen gesammelt.

3.1 Definition von Sterben und Tod

Der Tod ist medizinisch gesehen ein Herz-Kreislauf-Stillstand mit Wegfall der Hirnfunktion. Dieser irreversible Homöostaseverlust mit den **Symptomen**

- keine Atmung,
- Puls nicht mehr fühlbar
- Veränderung der Pupillenform (erweitert und entrundet)
- EEG-Nulllinie
- Temperaturabfall
- Leichenstarre/Totenflecke/Verwesung

ist ein sukzessiver Prozess. Der Zelltod der Gehirnzellen tritt nach 3-5 Minuten, der der Herzzellen nach 15-30 Minuten - abhängig von der Außentemperatur - ein. Das Sterben ist ein analoges Hinübergleiten, vergleichbar dem vom Wachen in den Schlaf.

Juristisch gesehen ist eine Leiche eine nicht besitzfähige Sache, da das Gesetz nur zwischen Personen und Sachen unterscheidet.

3.2 Dimensionen des Todes

Der Tod ist nach der *ontologischen* Dimension das Ende des Lebens. Das Ende des Diesseits ist das Tor zum Jenseits. Der Tod ist der *biologischen* Dimension nach ein natürliches Ereignis, das zum Leben dazugehört. *Somatisch* ist der Tod das Ende des Individuums, *medizinisch* der Verlust des Körpers, *psychisch* gesehen das Ende des Ichs und *therapeutisch* der Verlust des Selbst. Der Tod ist *sozial* gesehen ein Beziehungsereignis, das den unwiederbringlichen Verlust eines Menschen bedeutet sowie *ethisch* gesehen das Ende der Person.

3.3 Ansichten der Philosophen

Nach **Epikur** vertritt der Stoiker die Meinung, dass der Tod uns nicht betrifft, da er nicht da ist, solange wir leben und wir nicht mehr da sind, wenn er da ist. Auch **Schopenhauer** sagt sinngemäß: „Vorher war nichts und nachher wird nichts sein, warum sollte man sich dann über den Tod Gedanken machen“ Beide Philosophen bieten aber dem Sterbenden aufgrund der folgenden Tatbestände kaum einen Trost.

3.4 Wesentliche Elemente von Krankheit, Sterben und Tod

1. *Selbstverlust*

Ein einmaliger Mensch geht für sich und für die anderen verloren.

2. Bei der *narzisstischen Kränkung* steht der Verlust der eigenen Intaktheit als Angst vor dem Verfall im Vordergrund.
3. Ein *Gefühl der Unterlegenheit*, der Schwäche entsteht allein durch das Liegen im Bett, und wird oft mit dem Verlust von wichtigen sozialen Positionen in unserer Gesellschaft verbunden.
4. Der *Autonomieverlust* betont die Angewiesenheit auf Hilfe anderer. Beim Suizidwunsch wird manchmal versucht, die Kontrolle selber wieder zu erlangen, aber diese Rettung der Autonomie ist eine Illusion, da das Sterben als letztlich unkontrollierbares Geschehen nur vordatiert wird. Oft wird der Suizidwunsch aufgegeben, wenn ein tragfähiges Beziehungsangebot besteht.

3.5 Sinnhaftigkeit des Lebens

Bei der Betrachtung von **erfüllten Momenten / Augenblicken** im Leben der Teilnehmer wurde deutlich, dass es sich meist nicht um aktive, sondern oft um passiv-rezeptive Momente handelt, z..B. die sinnliche Wahrnehmung von Natur, die Geburt der Tochter, Gefühl der Liebe, der Zufriedenheit nach einer Leistung, Beziehungserfahrung, etc.

3.6 Stadien der Verarbeitung von Krankheit

Die folgenden Stadien werden nicht chronologisch durchlaufen, oft springt der Patient innerhalb von Minuten von einer Phase in die andere.

1. **Verleugnung**

Viele Patienten leugnen das finale Stadium und kaufen sich z.B. ein Haus. Der Berater sollte versuchen, die Verleugnung zu akzeptieren, aber zu hinterfragen, warum verleugnet wird. Der Patient jedoch entscheidet, ob er mit dem Berater über sein Sterben reden will. Oft kommt die Frage „Muss ich sterben?“, wenn der Berater bereits in der Tür steht und sich verabschiedet hat.

2. **Auflehnung**

In der Auflehnungsphase kann es passieren, dass der Sterbende aggressiv wird. Dies ist einerseits als Folge der Wut für den Berater nachvollziehbar, aber

trotzdem ist es auf der Beziehungsebene notwendig, deutlich zu machen, welche Verletzung der Berater nicht hinnehmen will (Beispiel: Wurf eines Tellers mit heißer Suppe in den Rücken des Beraters). Allerdings löst jede Zurechtweisung des Sterbenden, die vor dem Tod nicht relativiert werden konnte, beim Berater Schuldgefühle aus. Mit dieser Schuld muss dann der Berater leben. Nach **Canetti** empfinden die Trauernden neben ihrem Verlust auch die Genugtuung des Überlebens. Der Sterbende hat dagegen oft Wut oder Neid auf die Überlebenden.

3. Trauer

Viele Sterbende haben depressive Zustände, in denen sie affektiven Beistand wünschen, z.B. dass jemand sie in den Arm nimmt. Diese Verzweiflung sollte zugelassen werden, wenn jemand sich nicht beruhigen will, („Es ist schlimm, was Dir geschieht“).

4. Akzeptanz

Im letzten Stadium akzeptiert der Sterbende seinen Tod und bereitet seinen Abschied vor. Die gegenseitige Lossprechung von Schuld ist oft ein wichtiges Thema zwischen Angehörigen und Sterbendem. Daher spricht der Priester bei der katholische Notfall-Absolution auch: „Aufgrund der mir vom Apostolischen Stuhl verliehenen Vollmacht gewähre ich dir vollkommenen Ablass und Vergebung aller Sünden im Namen des Vaters und des Sohnes und des Heiligen Geistes. Amen“ Die Biographie bietet oft die Möglichkeit einer Sinnvermittlung. Der Sterbende möchte resümieren, bilanzieren. Dieses Rekapitulieren beruhigt und zeigt, was im Leben wichtig war, ob nun beglückend oder schmerzvoll. Nun wird oft der Neid auf die Überlebenden überwunden. Der Sterbende akzeptiert, dass der Berater ein anderes Leben lebt.

3.7 Beratungsstrategien bei schwerer Krankheit, beim Sterben oder dem Tod

Der Helfer sollte seiner Intuition folgen. Anschließend sollte die Situation reflektiert werden.

1. Information und nochmals Information

Die Sachinformationen sind sehr wichtig und werden oft aufgrund der großen emotionalen Betroffenheit nicht aufgenommen. Daher müssen sie wiederholt gegeben werden.

2. Keine Schonung von Berater / Therapeut und Klient in Hinblick auf das ‚Was‘ der Information

3. Schonung von Berater / Therapeut bezüglich des ‚Wie‘ der Information

Der Berater sollte ehrlich sein, aber gut nachdenken, wie die Information (wann, wo, wie viel, wie oft) an den Kranken / Sterbenden gegeben wird.

4. Berücksichtigung der Biographie / Lebensstrategien des Klienten

Die Trauma-Erlebnisse, das Trauma-Erleben und die Trauma-Verarbeitung des Klienten sollten berücksichtigt werden. Die Abwehr- / Bewältigungsstrategien

des Klienten sollten akzeptiert werden (z.B. Beschränkung auf nonverbale Kommunikation oder Unpünktlichkeit als Ausdruck von Freiheit).

5. Keine falsche Nähe des Beraters / Therapeuten

Trotz vertrauensvoller Beziehung und trotz veränderter Abstinenzregel bzgl. des körperlichen Kontakts sollte keine Identifikation mit dem Sterbenden stattfinden. Der Helfer läuft oft Gefahr, in die Rolle des Sterbenden zu schlüpfen. „Ich bin bei Dir.“ Der Helfer wird aber nicht mitsterben, er wird weiterleben. Der Sterbende muss alleine sterben. „Es ist jetzt nicht meine Stunde des Todes“.

6. Keine offene oder verdeckte Unterwerfung und / oder Entmündigung des Klienten (Helfersyndrom)

Die Sterbebegleiter haben oft eine große Machtposition, da sie in der existentiellen Situation des Sterbens eine unglaubliche Nähe erleben, wobei der Sterbende einen völligen Kontrollverlust erleidet. Man sollte dies immer überdenken. Möchte z.B. der Sterbende den Besuch des Pfarrers? Oder die brennende Kerze? Meist kann man die Emotionen am Gesicht des Sterbenden ablesen.

Angst vorm Sterben

Viele Sterbende haben Sorge um die Hinterbleibenden. Sie haben Angst vor

- Einsamkeit
- Schuld
- Ungewissheit
- Unerledigtem
- Verlust
- Gewalt
- Schmerzen.

Zur **Schmerzbekämpfung** wird oft Morphium verwendet, nur beim Zusatz von Beruhigungs- und Schlafmitteln, z. B. Dormicum oder bei zu hoher Dosierung führt es zum Schlaf des Sterbenden. Oft dient die Gabe von Morphium nicht nur dem Sterbenden sondern zu einem überwiegenden Teil auch den Angehörigen, die dann das Leiden des Sterbenden besser ertragen können. Es kann sogar sein, daß der Sterbende selbst die Situation nicht als so leidvoll erlebt wie die Angehörigen. Zu bedenken ist bei der Medikation mit Morphium auch, daß vor allem die Gabe höherer Dosen zwar das subjektive Leiden mindert, objektiv aber verschlechtern kann, z. B. in Form von Verstärkung einer schon vorhandenen Atemschwierigkeit.

Beim Sterben findet oft ein **Aufbäumen** statt, dieser Gewaltakt ist beim plötzlichen Tod heftiger als bei chronischen Krankheiten. Niemand wird also durch den Tod

erlöst, der Zeitpunkt des Todes ist wahrscheinlich nie ‚richtig‘. Trotzdem kann es zum Schluss zu einer friedlichen Akzeptanz / Hingabe kommen, wenn das Leben als erfüllt oder sinnhaft gesehen werden kann.

3.8 Tod und Kinder

Bereits vier- bis fünfjährige Kinder haben eine Vorstellung vom Tod. Auch wenn man den Tod nicht genau erklären kann, kann man den Verlust mit dem Kind thematisieren. Viele sterbende Kinder sind sehr frühreif und gehen sehr sachlich mit dem Tod um. Da sie oft Abhängigkeit genießen können (rundum versorgt zu werden), haben sie keine Angst vor dem Autonomieverlust. Da sie vieles noch nicht erlebt haben, wissen sie auch nicht, was sie verpassen werden (erste Liebe, Heirat, Geburt eines Kindes,...).

3.9 Umgang mit suizidalen Schwerstkranken

Wenn ein Schwerstkranker Suizidwünsche äußert, ist das auch Teil des Beziehungsgeschehens. Ist es z.B. eine Erpressung, eine Provokation oder eine Wiedergewinnung der Autonomie? Die Weltanschauung des Beraters zum Thema Selbsttötung ist zu hinterfragen. Er soll den Sterbenden nicht missionieren, sondern über die Sinnhaftigkeit des Sterbens reflektieren.

„Hast Du alles erlebt?“

„Ich verstehe, dass Du Dir den Tod wünschst, aber es muss ja nicht jetzt schon sein.“

„Ich würde es bedauern, obwohl Sie mich oft geärgert haben. Aber ich lasse mich nicht erpressen.“

„Es gibt zum Leben keine Alternative.“

Im Einzelfall kann auch eine paradoxe Intervention („Häng Dich doch auf“) den Patienten wachrütteln und seinen Widerspruch herausfordern, so dass er sein Leben wieder in beide Hände nimmt und bewusst lebt.

Während des Workshops wurden die theoretischen Blöcke mit anschaulichen Beispielen zum Umgang mit dem Tod in der Literatur flankiert, z. B. Wilhelm Busch (»Tobias Knopp: Abenteuer eines Junggesellen«, Kapitel: »Ein frohes Ereignis<: ‚Heiß!‘ - ruft Sauerbrot - ‚Heiß! meine Frau ist tot!‘«), oder Thomas Mann (»Die Buddenbrooks«) oder in der Musik z.B. Giuseppe Verdi (»La Traviata«) oder Richard Strauß (»Der Rosenkavalier«).

„Workshop 2

4 Das IfSG - Auswirkungen auf die AIDS-Beratung und Prävention

Referentin: Elfriede Steffan, Dipl. Soziologin

Protokoll: Jutta Bringmann

Der Workshop wurde von 14 TeilnehmerInnen sowohl aus getrennten als auch integrierten AIDS- und STD-Beratungsstellen aus dem ländlichen und großstädtischen Raum besucht.

In drei Schritten sollte der Frage nachgegangen werden, ob und welche Auswirkungen das neue Infektionsschutzgesetz auf die AIDS-Beratung hat.

4.1 „Morgenstund hat Gold im Mund“

Zu Beginn des Workshops begaben sich die TeilnehmerInnen in das Königreich Taka-Tuka-Land. Dort nahmen sie teil an der Talkshow „Morgenstund hat Gold im Mund“, die sich an dem Tag mit dem Thema „AIDS-Prävention - brauchen wir das überhaupt noch?“ beschäftigte. Gäste dieser beliebten Talkshow mit der Moderatorin Luci Plaudertasche waren die Gesundheitsministerin, der bekannte Sozialwissenschaftler, der Leiter des Gesundheitsamtes, die Sozialarbeiterin mit Junkie-Erfahrung und die königliche Infektionsärztin.

Die Positionen wurden sehr schnell deutlich. Der konservative Flügel hält Kontrollen, wie die alte Gesetzgebung sie vorsah, für unverzichtbar, während der liberale Ansatz die individuelle Gesundheitsförderung vertritt.

Aufklärung und Prävention sind deshalb im IfSG ausdrücklich verankert.

Erfolge von Aufklärung und Prävention sind allerdings nicht messbar und nicht erfassbar. Deshalb sind solche Ansätze politisch nur schwer durchsetzbar.

Das wurde allen Beteiligten in der Talkrunde plastisch vor Augen geführt. Die häufig an die Realität erinnernde Talkshow führte auch im Ergebnis nicht zu einer Annäherung.

Der folgende Einschub über die historische Entwicklung von AIDS- und STD-Beratungsstellen mit entsprechenden rechtlichen Grundlagen schaffte die theoretische Basis für weitere Überlegungen zu den Auswirkungen des IfSG auf die AIDS-Beratung und Prävention.

4.2 Von der Seuchenbekämpfung zum Infektionsschutz

Historische Entwicklung und rechtliche Grundlagen

Die AIDS-Beratung wurde 1987 in den Gesundheitsämtern etabliert, ohne jegliche Verknüpfung mit STDs und unabhängig von bis dahin üblicher Seuchenhygiene. Die STD-Beratung blickt auf eine Tradition seit 1914 zurück („Geschlechtskrankenfürsorge“) deren Aufgaben (Diagnose von STDs und Infektionsquellenforschung) durch Gesetze bestimmt waren. Die sich daraus ergebene Kontrollfunktion richtete sich in der Praxis fast ausschließlich an Prostituierte.

Parallel zum Aufbau der AIDS-Beratungsstellen, wo neue Konzepte in der Prävention, Beratung und Betreuung entwickelt und angewendet werden konnten, wurden auch hier neue Wege eingeschlagen. Verstärkt wurden freiwillige anonyme Angebote eingeführt und Kontrolle durch Beratung abgelöst (Nord-Süd-Gefälle).

Mit Einführung des Infektionsschutzgesetzes gibt es in Deutschland erstmalig eine gemeinsame gesetzliche Grundlage für HIV und STDs. Dabei haben die Erfahrungen aus dem AIDS-Bereich Eingang in die Gesetzgebung gefunden.

Prävention und Gesundheitsförderung des Einzelnen steht im Mittelpunkt des neuen Gesetzes. Wurde vorher davon ausgegangen, dass die Bevölkerung vor dem Einzelnen zu schützen ist, schlägt sich hier die Auffassung nieder, dass der Einzelne in seinem Anspruch auf Gesundheit zu schützen ist. Es setzt auf freiwillige, anonyme und kostenlose Angebote im Bereich STDs und auf Beratung statt Kontrolle. Prävention und Aufklärung als öffentliche Aufgabe und aufsuchende Arbeit für besondere Zielgruppen sind ausdrücklich festgeschrieben.

Es werden hohe Erwartungen mit diesen Gesetz verbunden, die in der Weise kaum zu erfüllen sind. Dies zeigte sich auch in der lebhaften Diskussion der Gruppe, insbesondere um den § 19, wo es um die Gewährleistung von Anonymität einerseits und Kostenübernahme andererseits geht.

Immerhin wird mit dem Gesetz schon seit mehr als einem Jahr gearbeitet und in der Praxis haben sich schon Probleme ergeben, die juristisch bisher nicht eindeutig geklärt sind.

Im Hinblick auf eine produktive Weiterentwicklung beschäftigen sich die TeilnehmerInnen des Workshops im Folgenden mit der Frage:

4.3 Welche Chancen bietet das IfSG für die AIDS-Beratung?

Die klassische Trennung zwischen AIDS- und STD-Beratung weicht durch die Entwicklung der letzten Jahre zunehmend auf. Dies zeigen die unterschiedlichsten

Formen und Ansätze von Beratungsstellen in der ganzen Bundesrepublik. Die STD-Beratungen in der alten Form entsprechen nicht mehr den Anforderungen. Die traditionelle Zielgruppe bricht weg. Den AIDS-Beratungen fehlen umfassende Kenntnisse und Untersuchungsmöglichkeiten zu STDs.

Es müssen neue Konzepte entwickelt werden, die sowohl die Qualifizierung als auch das Angebot, die Zielgruppen und Kooperationsmöglichkeiten berücksichtigen. Dabei sollten die Besonderheiten der Möglichkeiten, die im AIDS-Bereich geschaffen worden sind, auf jeden Fall erhalten und positiv eingesetzt werden.

In Kleingruppen beschäftigten sich die TeilnehmerInnen des Workshops mit den Themen

- Qualifikation im Bereich STD-Beratung
- Kooperationsmöglichkeiten
- Angebot und Zielgruppe inklusive Methoden
- Selbstverständnis

4.4 AG Qualifikation

Die Arbeitsgruppe beschäftigte sich mit der Frage, wo der Bedarf an Qualifizierung für BeraterInnen aus dem AIDS-Bereich liegt und welche Quellen dafür genutzt werden können.

Medizinisches Wissen und Grundlagenkenntnisse zu STDs sind die erste Voraussetzung. Hierzu sollen Fortbildungsveranstaltungen, z. B. durch die AFÖG oder DAH angeregt werden. Auch das Internet und Fachliteratur sind eine wichtige Quelle.

Beraterisches Wissen muss über den AIDS-Bereich hinaus erweitert werden. Durch das veränderte Angebot werden neue Personenkreise und möglicherweise andere Problematiken angesprochen. Hier sollte insbesondere die Möglichkeit genutzt werden, von Erfahrungen zu profitieren.

Hilfreich können hier Szenebesuch, Selbsthilfe, erfahrene Praktiker und Supervision sein.

Methodisches Wissen ist sowohl für die Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit nötig, als auch für die Bekanntmachung des Angebotes. Neben allgemeiner PR-Arbeit sollen auch zielgruppenspezifische Ansätze, z. B. durch aufsuchende Arbeit verwirklicht werden. Erfahrungsaustausch, Hospitation und Kontakte zur Selbsthilfe sind ebenso hilfreich wie Fortbildung.

Abrechnungstechnisches Wissen

Finanzierung und Finanzierbarkeit des Angebotes können in der Praxis eine Hürde darstellen, die mit entsprechender Kenntnis eher zu überwinden ist. Genutzt werden können Fortbildungen öffentlicher Träger, der Kommune oder Kassenärztlichen Vereinigung, aber auch Erfahrungen aus dem Kollegenkreis.

4.5 AG Kooperationsmöglichkeiten

Diese Gruppe beschäftigte sich mit zwei verschiedenen Modellen zur Kooperation. Im ersten Modell wird ausgegangen von einer getrennten AIDS- und STD-Beratungsstelle mit Untersuchungsangebot.

Bei Erhalt beider Beratungsstellen soll über eine Ausweitung des Angebotes für jeweils unterschiedliche Zielgruppen eine gemeinsame Untersuchungsstelle angestrebt werden.

Die Motivation zur Zusammenarbeit soll durch eine Verzahnung der alltäglichen Arbeit erreicht werden, z. B. gegenseitige Qualifizierung, Entwicklung gemeinsamer Präventionsprojekte, Infos zu STDs und Gesamtdarstellung beider Stellen in der Öffentlichkeit.

Das zweite Modell geht von einer gemeinsamen Beratungsstelle ohne Untersuchung aus. Hier ist das Ziel, Kooperationspartner zu medizinischen Untersuchungsangeboten zu finden, die im Auftrag des Gesundheitsamtes arbeiten.

Die Qualifizierung muss sowohl intern für die Beratungsstelle als auch extern für die Kooperationspartner (Pro Familia, niedergelassene Ärzte, Fachklinik) erfolgen. Partner für die Qualifizierung können z. B. Pharmaindustrie oder AFÖG sein.

Die Frage der Kostenübernahme müsste geklärt werden. Weitere Kooperationspartner könnten kommunale Einrichtungen oder andere Träger vor Ort sein (Drogenberatung, AIDS-Hilfe, Sexualpädagogische Einrichtungen etc.)

Voraussetzung ist in beiden Fällen die Entwicklung von neuen Präventions- und Beratungskonzepten und der Aufbau von Vernetzungsstrukturen.

Ein Defizit ist das Fehlen von medizinischen Fachstellen zu STDs.

4.6 AG Angebot und Zielgruppen inklusive Methoden

Die Kleingruppe geht von einem Beratungs- und Untersuchungsangebot aus, das Behandlung in bestimmten Einzelfällen vorsieht. Das Beratungsangebot soll anonym und kostenlos sein; medizinische Untersuchungen können prinzipiell kostenpflichtig, sollen in dem Fall jedoch kostengünstig sein.

Eingefordert wird die Qualifizierung niedergelassener Ärzte, die als Kooperationspartner fungieren sollen. In der Beratung soll die Eigenverantwortlichkeit des Klienten für sein Gesundheitsverhalten gestärkt werden.

Angesprochen sind neben den bekannten Zielgruppen auch die Allgemeinbevölkerung, Jugendliche, Behinderte oder Strafgefangene.

Prävention soll sowohl durch Großaktionen und verstärkte Öffentlichkeitsarbeit als auch durch aufsuchende Tätigkeit mit zielgruppenspezifischen Angeboten durchgeführt werden.

Angestrebt werden gleiche Standards in allen Gesundheitsämtern.

Voraussetzung ist entsprechende Qualifikation, Schaffung von Netzwerken, Kooperation und Koordination.

4.7 AG Selbstverständnis

Die vierte Gruppe hat sich mit dem Selbstverständnis der Beraterin oder des Beraters befasst.

Aufgaben und Ziele sind sowohl selbstbestimmt als auch fremdbestimmt. Die Person mit eigenen Fähigkeiten und Defiziten arbeitet in einer Organisation im politisch-gesellschaftlichen Kontext.

Um zwischen den oft gegensätzlichen Interessen nicht aufgerieben zu werden, ist es wichtig, diese zu erkennen, Defizite abzubauen und Fähigkeiten zu stärken.

Die eigenen Ressourcen zu beachten und zu nutzen ist deshalb eine gute Grundlage für befriedigende Arbeit und Vorbeugung gegen Burn-out.

4.8 Schlussfolgerungen

- Zur Verbesserung von Beratung, Diagnostik und Therapie vor dem Hintergrund des IfSG brauchen wir ein Kompetenznetz „Prävention“ mit einem Input zur Qualifizierung.
- Eingebunden werden müssen niedergelassene Ärzte und Fachkliniken mit Standards für Diagnostik und Therapie, die mit Gesundheitsämtern und Einrichtungen freier Träger kooperieren.
- Die AIDS- und STD-Beratungen der Gesundheitsämter müssen qualifiziert werden und gemeinsame Beratungsstandards erarbeiten mit dem Ziel einer Integration von AIDS- und STD-Beratung.
- Freie Träger als Kooperationspartner müssen Standards für Beratung und Prävention entwickeln. Mit einer Erweiterung des Auftrages zur Einbeziehung von STDs kann hier zielgruppenspezifische Arbeit geleistet werden.

Konkretes Ergebnis dieses Workshops ist die Anregung einer Fortbildung zur Vermittlung von Grundkenntnissen über STDs, die im Plenum an den SprecherInnenkreis weitergeleitet wurde.

Literatur:

Grunow/Grunow-Lutter - Der öffentliche Gesundheitsdienst (Untersuchung über Handlungsspielräume und Restriktionen im Rahmen kommunaler Ges. Politik) Juventa

Bales/Baumann – Infektionsschutzgesetz/Kommentar - und Vorschriftensammlung / Kohlhammer-Verlag 2001

Workshop 3

5 HIV-Prävention bei MigrantInnen

Referenten: Bettina Gütschow, AIDS-Hilfe München

Abbas Teouri, Aliou, Afro Leben, Gruppe München

Protokoll: Astrid Schweppe

Seminarablauf:

Das Programm des Workshops gliederte sich in folgende Themenbereiche:

1. Asyl- und ausländerrechtliche Informationen
2. Interkulturelle Kommunikation
3. Selbsthilfe
4. Ansätze in der HIV-Prävention mit MigrantInnen

In einer Vorstellungsrunde wurden die Erwartungen und der Bezug zum Thema Migration abgefragt. Es stellt sich heraus, daß die TeilnehmerInnen sehr unterschiedliche Erfahrungen in der Beratung und Prävention von MigrantInnen hatten.

5.1 Asyl- und ausländerrechtliche Informationen

Im ersten Beratungskontakt mit einem Migranten ist zunächst sinnvoll zu klären, welchen Aufenthaltsstatus die Person hat. Am besten ist es, sich das jeweilige Papier zeigen zu lassen, da für die Betroffenen selber oft nicht klar ist, was welches Papier bedeutet.

Im Ausländerrecht gibt es unterschiedliche rechtliche Grundlagen für den Aufenthaltsstatus:

5.1.1 Aufenthaltsgestattung § 55 AsylVerfG

- Asylbewerber, d.h. das Asylverfahren ist noch nicht entschieden. Der Betroffene lebt in einer Gemeinschaftsunterkunft.
- Räumliche Beschränkung auf den Bezirk der Ausländerbehörde.
- Verlassen des Geltungsbereichs nur bei zwingenden Gründen.

5.1.2 Duldung §§ 55 / 56 AusG

- Bei Vorliegen rechtlicher oder tatsächlicher Gründe, die eine Abschiebung unmöglich machen (z.b. ungeklärte Identität).
- Bei Gefahr für Leib, Leben und Freiheit, die konkret und individualisierbar festzustellen sind. (§53,VI) Dieser Paragraph betrifft auch

behandlungsbedürftige AIDS-Patienten, wenn eine medizinische Behandlung im Heimatland nicht möglich ist.

- Bei Gefahr für Leib, Leben und Freiheit für die Bevölkerung allgemein mit entsprechender Verbleibregelung des Landes (höchstens 6 Monate).
- Die Duldung wird höchstens für ein Jahr erteilt, kann dann aber verlängert werden.
- Besteht die Duldung länger als ein Jahr muß die Abschiebung 3 Monate vorher angekündigt werden.
- Wenn die Duldung ein Jahr besteht und der Betroffene keine Sozialhilfe o.ä. erhalten hat, kann er / sie eine Aufenthaltsbefugnis bekommen.

5.1.3 Aufenthaltsbefugnis §§ 30 / 31 AusIG

- Bei Vorliegen völkerrechtlicher oder dringender humanitärer Gründe.
- Politisch Verfolgte ohne Asylberechtigung.
- Ehegatten und minderjährige Kinder eines Ausländers mit Aufenthaltsbefugnis.
- In Deutschland geborene Kinder, wenn Mutter oder Vater eine Aufenthaltsbefugnis besitzen.
- Bei Vorliegen von Abschiebehindernissen (§55,II).
- Aufgrund von einem Erlaß der obersten Landesbehörde im Einvernehmen mit BMI für bestimmte Ausländergruppen (§32).
- Vom BMI ins Bundesgebiet übernommene Ausländer.
- Aus Härtegründen.
- Übergangsregelung nach §100 AusIG für ehemalige Asylbewerber.
- Erteilung für höchstens 2 Jahre mit der Möglichkeit der Verlängerung.
- Nach 8 Jahren Aufenthaltsbefugnis kann eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis erteilt werden. Dies geschieht jedoch nur, wenn derjenige keine Straftaten begangen hat (hierzu zählen z.B. auch Schwarzfahren oder Verstöße gegen das BtMG)

5.1.4 Aufenthaltsbewilligung § 28 AusIG

- Gilt nur für vorübergehende Zwecke wie z.B. Ausbildung, Studium, Geschäfts- oder Besuchsreise, Aufenthalt bis 3Monate. Ein Touristenvisum (3 Monate) wird nur erteilt, wenn ein deutscher Bürger bürgt. Es ist auf jeden Fall sinnvoll eine Krankenversicherung für diesen Zeitraum abzuschließen
- Für Familienangehörige, wenn der Ehepartner die Aufenthaltsbewilligung besitzt, der Lebensunterhalt gesichert und ausreichender Wohnraum vorhanden ist.

- Wird längstens für 2 Jahre erteilt.
- Verlängerung für längstens 2 Jahre möglich.

5.1.5 Aufenthaltserlaubnis

befristet §§15 - 20 AusIG

- Bei Aufenthalt ohne Bindung an einen bestimmten Aufenthaltswort.
- Als Minderjähriger bei 8jährigem Aufenthalt im Bundesgebiet und 6 Jahren Schulbesuch (§16,1).
- Bei Familiennachzug, wenn Ausländer eine Aufenthaltserlaubnis oder -berechtigung besitzen, ausreichend Wohnraum vorhanden und der Lebensunterhalt gesichert ist (§17).
- Bei Ehegattennachzug (§18).
- Bei Kindernachzug (§20).

unbefristet §§ 24/ 25 / 26 AusIG

- Nach 5 Jahren Aufenthaltserlaubnis (§24,I).
- Bei Vorliegen einer besonderen Aufenthaltserlaubnis (§ 24,II).
- Bei Vorhandensein einfacher deutscher Sprachkenntnisse (§24I,V).
- Bei Vorhandensein ausreichendem Wohnraumes (§24,V).
- Wenn kein Ausweisungsgrund vorliegt (§24,VI).

5.1.6 Aufenthaltsberechtigung § 27 AusIG

- Menschen aus der EU.
- Nach 8 Jahren Aufenthaltserlaubnis.
- Nach 3 Jahren unbefristeter Aufenthaltserlaubnis und vorher Aufenthaltsbefugnis.
- Asylberechtigte nach 5 Jahren Aufenthaltserlaubnis.

5.2 Interkulturelle Kommunikation

Zu diesem Thema haben die TeilnehmerInnen des Workshops Rollenspiele durchgeführt. Es wurden Beratungsgespräche simuliert, z.t. auch in englischer und französischer Sprache.

In der Auswertung der Rollenspiele wurden folgende Schwierigkeiten deutlich:

- Es war oft keine gelungene Kommunikation, die Gesprächspartner haben eher aneinander vorbei geredet.
- Durch die begrenzten Sprachkenntnisse auf beiden Seiten wurden Informationen reduziert weitergegeben. In anderen Rollenspielen waren es zu viele und zu kompliziert formulierte Informationen.
- Wenn man die Beratung mit einem Dolmetscher führt, muß auf jeden Fall zunächst geklärt werden, ob der Dolmetscher von der Infektion weiß bzw. wissen darf. Außerdem sollte man darauf achten, daß man trotzdem den Klienten direkt anspricht und nicht nur mit dem Dolmetscher redet.
- Für „den Migranten“ war nicht deutlich warum eine Beratung vor dem Test stattfindet, dadurch entstand ein Gefühl von „Zwangsberatung“.
- Für den Migranten stehen andere Probleme wie Aufenthalt, Wohnung und Arbeit im Vordergrund und nicht die eigene HIV-Infektion.
- Es ist wichtig das eigene Angebot mit seinen Grenzen deutlich zu machen, um nicht falsche Hoffnungen zu wecken.
- Wenn man verweisen muß, dann möglichst konkret mit Ansprechpartner, Adresse etc. Evtl. sollte man den Kontakt selber herstellen.
- Es kann durchaus sinnvoll sein eine geschlechtsspezifische Beratung anzubieten.

5.3 Zugangsschwierigkeiten von HIV-positiven MigrantInnen zu Behörden und Ärzten

- Sprachprobleme: häufig sprechen die MigrantInnen kein deutsch und nur wenig englisch oder französisch. Es gibt keine Sprachkurse für Asylbewerber.
- HIV-positive Afrikaner sind in der Community an aller letzter Stelle, somit besteht natürlich die Angst vor dem Bekanntwerden des HIV-Status, da der Kreis der Freunde und Bekannten klein ist.
- Angst z.b. andere Afrikaner beim Arzt oder in der Behörde zu treffen und das damit der HIV-Status bekannt wird. Die Angst besteht oft auch gegenüber den Dolmetschem!
- Oft ist kein Verständnis darüber vorhanden, was der Status HIV-positiv bedeutet. Damit gehen auch Ängste vor Ansteckung einher. Zudem besteht wenig Wissen über die AIDS-Erkrankung.
- Angst zu Beratungsstellen zu gehen. Oft sind den MigrantInnen Beratungsstellen aus ihrem Herkunftsland unbekannt.

5.4 Bericht aus der Selbsthilfe von Schwarzafrikanern / Afro Leben Gruppe

Afro Leben ist die erste Selbsthilfegruppe für Afrikaner in Europa. Die Gruppe dient dem Austausch zwischen Betroffenen. Dies läuft jedoch nicht wie bei uns üblicherweise eine Selbsthilfegruppe organisiert ist. Es finden eher Einzelkontakte statt, sowie ein 14 tägliches Gruppentreffen. Die Gruppe hat inzwischen 32 Mitglieder, jedoch stehen nur 3 in ständigem Kontakt. Beim 1. Kontakt wird ein Vertrag über die Schweigepflicht getroffen.

Darüber hinaus betreibt die Gruppe Prävention. Die Erfahrung zeigt, daß die Prävention nicht über Veranstaltungen funktioniert, sondern die Gruppenmitglieder besuchen die Menschen in den Asylbewerberheimen, Verteilen Informationszettel und Kondome. Sie haben Kassetten mit Informationen zu HIV / AIDS und die Situation von Betroffenen in Form von Geschichten und Sketchen aufgenommen. Auf diesen Kassetten geht es auch um die Beschneidung von Frauen und um andere Krankheiten. Die Kassetten werden bei den Besuchen in den Asylbewerberheimen verteilt.

Im August 2002 wird eine Bundespositivenversammlung HIV-positiver Afrikaner in Deutschland stattfinden. Die Versammlung wird von der DAH (Silke Klump) veranstaltet.

Es ist geplant ein Netzwerk aufzubauen.

5.5 Ansätze in der HIV-Prävention mit MigrantInnen

Es gibt einen Anstieg der HIV-Infektionen bei MigrantInnen. Die bisherigen epidemiologischen Zahlen zu HIV-positiven oder an AIDS-erkrankten MigrantInnen sind nicht besonders aussagekräftig. Das Robert-Koch-Institut hat hierzu eine Arbeitsgruppe eingerichtet, mit dem Ziel eine neue Statistik zu erarbeiten, um genauere Zahlen zu erhalten.

Um im Migrationsbereich präventiv tätig zu werden, sollte man zunächst:

- eine genaue Zielsetzung erarbeiten,
- eine detaillierte Bedarfs- und Situationsanalyse machen,
- die Communitys einbeziehen,
- und an der Verbesserung der Lebenssituation von MigrantInnen arbeiten

In dem Workshop wurden verschiedene Ansätze in der Präventionsarbeit diskutiert und auf ihre Tauglichkeit untersucht. Daraus entstand eine Liste mit sinnvollen und problematischen Ansätzen.

Sinnvolle Ansätze in der HIV-Prävention mit MigrantInnen:

- HIV-Prävention sollte nur in Zusammenarbeit mit MigrantInnen und zwar von Anfang an und gleichberechtigt geplant, konzeptioniert und durchgeführt werden. Dies setzt voraus zunächst Kontakt und Vertrauen herzustellen und Anstöße für eine solche Arbeit zu geben.
- Deutsche können die Präventionsarbeit nicht selber durchführen, sondern sollten die Möglichkeiten für MigrantInnen schaffen, dies in ihrer Community selber zu tun (finanzielle Voraussetzungen, Schulungen etc.)
- MultiplikatorInnenschulungen
- Über Schlüsselpersonen / MultiplikatorInnen aus Migrantenorganisationen
- Über die Communities z.B. in Afro Shops, Cafés, Diskotheken, Kirchen etc.
- In Zusammenhang mit einer interkulturellen Öffnung des Gesundheitssystems

Auch bei der Auswahl der Methoden zur Umsetzung sollten auf jeden Fall MigrantInnen mit einbezogen werden. Gute Erfahrungen gibt es mit folgenden Methoden:

- Theaterstück
- Persönliche Ansprache in Asylbewerberunterbringungen mit Verteilen von entsprechend gestaltetem Infomaterial und Kondomen
- Kassetten
- Amulette und andere kulturspezifische Bilder
- Konzerte, Chor, Musikgruppe,
- Broschüren, welche von MigrantInnen erstellt wurden und somit den kulturellen Hintergrund entsprechend berücksichtigen
- Stand auf Afromarkt o.ä. Frohen mit niederschwelligem Zugang, wie z.B. Essen

Problematische Ansätze in der HIV-Prävention mit MigrantInnen:

- Deutsche BeraterInnen gehen zu MigrantInnen ohne deren Bedarf.
- Einfache Übersetzung deutscher Broschüren.
- Unqualifizierte Dolmetscher.

Literaturhinweise:

AIDS-Forum DAH, Band 41: AIDS und Migration

DAH: Interkulturelle Öffnung von Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen

Stadt Duisburg, Gesundheitsamt, AIDS-Beratung: Interkulturelle Aspekte der HIV Prävention und Versorgung für Menschen aus Afrika.

6 Abschlussplenum am 10.05.01

Fachtagung 2003

Folgende **Themen** für die Fachtagung 2003 wurden von den Teilnehmern gewünscht:

STD (5x)

- Beratungsstrategien STD-Prävention
- STD-Qualifikation: medizinisches Wissen
- STD-Qualifikation: beraterisches Wissen
- STD wer bekommt welche? + Fachinformation
- Infos zu STD: medizinisch, psychosozial

Medizinische Aspekte (2x)

- Nebenwirkungen
- Fettverteilungsstörung

Migration (6x)

- was wird gemacht um interkulturellen Zugang möglich zu machen?
- Interkulturelle Öffnung (3x)- nicht nur Theorie sondern auch praktizieren
- Migration II: differenzierte Präventionsstrategien
- Migration II: Betreuung / Begleitung HIV positiver Familien
- Migration: Schulprävention interkultureller Zugang

Interkulturelle Aspekte der Sexualpädagogischen Arbeit (3x)

- Interkulturelle Sexualpädagogik

Erfahrungsaustausch z.B. zu anderen Gesundheitsämtern

Rollenverständnis

- Thema AIDS und mein Beruf? Umgang mit Patienten?

Umgang mit Normen und Grenzverletzungen

mit Dr. Dr. Nagel

Sonstiges

Die TN wünschen ein kürzeres Abschlussplenum, in dem keine Diskussionen stattfinden.

Die Dokumentation soll an die Teilnehmer versendet werden.

Anhang

Anhang zu 2 Hepatitis C in der Beratung - Folien

Chronische Hepatitis C

Dr. med. Stefan Mauss
Grafenberger Allee 128a
40237 Düsseldorf

Folie 1

Epidemiologie

- Prävalenz der chron. Hepatitis C bei Blutspendern in Westdeutschland: 0,4-0,7%
- Einwohner im Gebiet der KV Nordrhein: 9.531.490
- geschätzte Anzahl von Patienten mit chron. Hepatitis C: 38.000 - 67.000
- derzeit therapierte Patienten: 890

Folie 2

Übertragung Hepatitis C

- perkutane Verletzungen (1-5%)
- Sexualkontakt (?%)
- Mutter-Kind (<5%)

Folie 3

Diagnose Hepatitis C

- HCV-Antikörper positiv
- HCV-RNA positiv
- Entzündung der Leber (GPT, Histologie)
- akut/chronisch

Folie 4

Verlauf der akuten Hepatitis C

- Inkubationszeit bis zu 6 Monate
- Antikörper allerdings nach 2-4 Wochen nachweisbar
- ikterische Verläufe nicht die Regel
- spontane Ausheilung in etwa 20-30%
- gehäufte Ausheilung 50-80% bei ikterischen Verläufen
- akutes Leberversagen sehr selten (<1%)

Folie 5

Lebenserwartung

- **irische Frauenkohorte** (n=376, 17 Jahre)
Fibroseaktivität 51%, Zirrhose 2%
- **ostdeutsche Frauenkohorte** (n=264, 20 Jahre)
Fibroseaktivität 50%, Zirrhose 0%
- **Transfusionsempfänger** (n=311, 23 Jahre)
Zirrhose 17%, Tod an Leberversagen 3%
- **Zufallkohorten in der "Normalbevölkerung"**
(Australien, n=51, 20 Jahre)
Zirrhose 8%
- **Computermodell auf Grundlage bisheriger Kohorten**
20% spontane Heilung
25% nicht progrediente Hepatitis
30% langsame Progression
25% rasche Progression

Folie 6

Standardisierte Sterblichkeitsrate von Patienten mit chron. Hepatitis C (n=838) im Vergleich zur Normalbevölkerung

(Niederer et al. Hepatology 1998; 168:7)

	Ratio	95%-Confidenzintervall
alle Patienten	1,6	1,3 – 2,0
Hepatitisdauer <15 Jahre	1	0,6 – 1,4
Hepatitisdauer >15 Jahre	2,8	1,9 – 3,3
keine Zirrhose	0,9	2,8 – 4,9
Zirrhose	3,9	3,7 – 8,7
Alter <50 Jahre	6,2	0,6 – 1,2
Alter >50 Jahre	1,2	0,9 – 1,5
Alter <50 Jahre, keine Zirrhose	3,1	1,2 – 5,0
Alter <50 Jahre, Zirrhose	26,2	12,9 – 39,5

Folie 7

Interaktion HIV-HCV

- **beschleunigte Zirrhoseentwicklung**
15-Jahres-Inzidenz (Sánchez-Quijano, Ein J Microbiol Infect Dis 1995;14:949-53)
 25% HIV+/HCV+ vs. 6,5% HIV-/HCV+
10-Jahres-Inzidenz (Soto J Hepatol 1997;26:1-5)
 14,9% HIV+/HCV+ vs. 2,6% HIV-/HCV+
- **beschleunigte Progression der HIV-Infektion?**
 (Salim, J Infect Dis 1997;175:164-168, Greub, Lancet 2000; 356:1300-5, Soriano, Lancet 2001; 357:1361-2)
- **verminderte Immunrekonstitution unter ART?**
 (Greub, Lancet 2000; 356:1300-5)

Folie 8

Leberbedingte Sterblichkeit von HIV-Infizierten

US National Viral Statistics System (Seilk 2000)

- 1987 2,5 %
- 1995 6,3 %
- 1997 9,3 %

Spanien, monozentrisch (Ortega, IAS Buenos Aires 2001:547)

- 1992-1995 globale Mortalität 3,9%(n=1440), leberbedingte Mortalität 0,27% (8,6%)
- 1996-1999 leberbedingte Mortalität (17%)

USA, monozentrisch (Brax, CID 2001;32:492-7)

- 1991 leberbedingte Mortalität 3/26 (12%)
- 1996 leberbedingte Mortalität 5/36 (14%)
- 1998-1999 leberbedingte Mortalität 11/22 (50%)

Folie 9

Natürlicher Verlauf der chronischen Hepatitis C

- Alkoholkonsum
- deutliche Fibroseaktivität
- GPT >100 U/l (6x der Norm)
- Koinfektion mit HIV oder chron. Hepatitis B
- höheres Alter zum Zeitpunkt der Infektion
- (akute Hepatitis A)
- (weibliches Geschlecht)

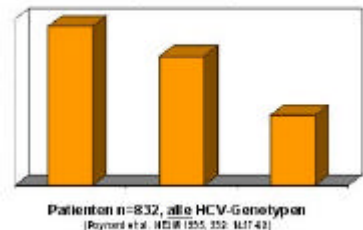
Folie 10

Faktoren die den Therapieerfolg beeinflussen

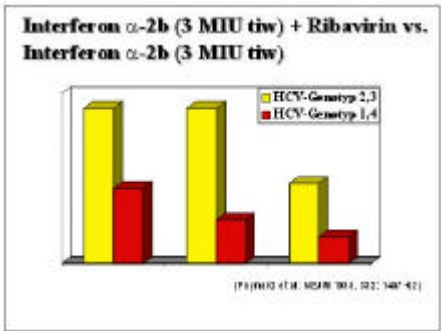
- HCV-Genotyp (1a, 1b < 4 < 2,3)
- HIV-RNA (>1 Mio IU/ml)
- GPT-Erhöhung
- Medikation
- Leberzirrhose/ausgeprägte Fibrose
- Dauer der Infektion
- Alter (>40 Jahre)
- Compliance

Folie 11

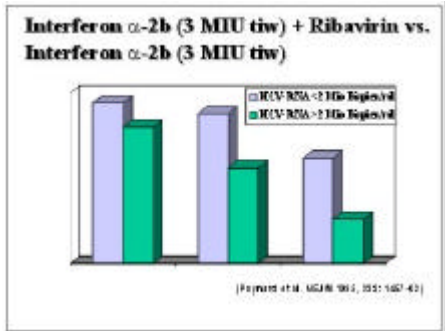
Interferon α -2b (3 MIU tiw) + Ribavirin vs. Interferon α -2b (3 MIU tiw)



Folie 12



Folie 13



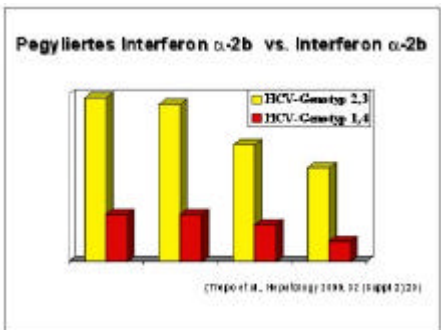
Folie 14



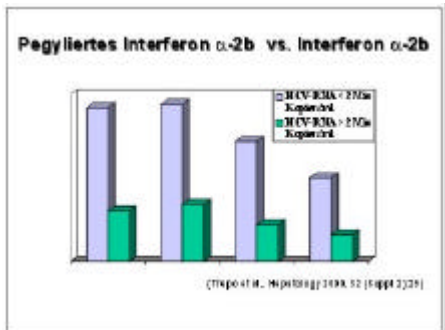
Folie 15



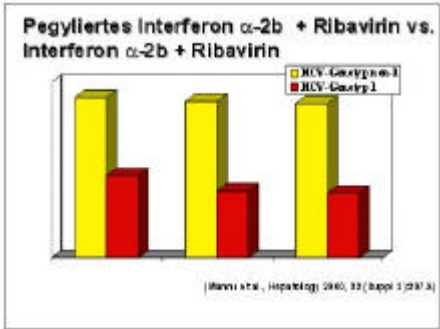
Folie 16



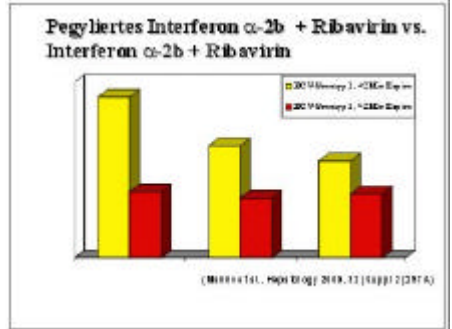
Folie 17



Folie 18



Folie 19



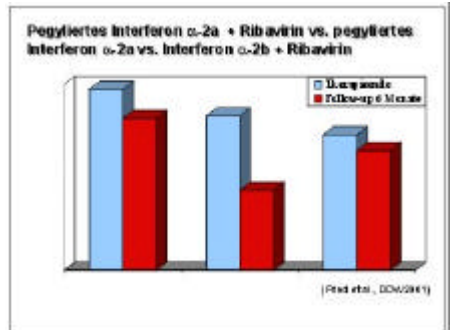
Folie 20

Virologischer Erfolg in Abhängigkeit vom Körpergewicht

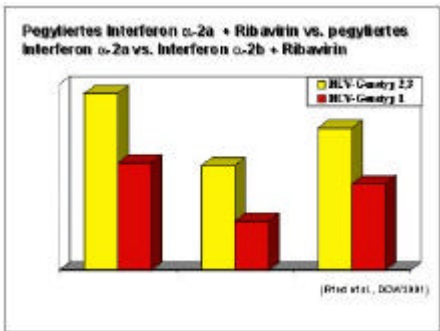
(Manns et al., Hepatology 2000, 32 (Suppl 2):297A)

Körpergewicht	IFN α -2b 3 MIU/W-dosis + Ribavirin 11-20d			IFN α -2b 3 MIU/W-dosis + Ribavirin 11-20d			IFN α -2b 3 MIU/W-dosis + Ribavirin 800mg/d		
	<math>< 60</math>kg	60-80kg	> 80kg	<math>< 60</math>kg	60-80kg	> 80kg	<math>< 60</math>kg	60-80kg	> 80kg
SVR	57%	49%	41%	47%	49%	49%	62%	56%	49%

Folie 21



Folie 22



Folie 23

Schema nach Poynard et al. (Hepatology 2000)

Günstige Faktoren für einen Therapieerfolg:

- HCV-Genotyp 2 oder 3
- HCV Viruslast < 0,8 Mill. I.E.
- Weibliches Geschlecht
- Keine portale Fibrose
- Alter < 40 Jahre

0-3 Faktoren
40 Wochen

4-5 Faktoren
24 Wochen

Folie 24

IFN und Fibroseprogression

- Hemmung der Fibroseprogression durch eine Interferontherapie (Foyand 1993, Balart 2000, Schiffman 2000, Reddy 2000, Reindollar 2000)
- histologische Verbesserung korreliert mit dem Therapieerfolg (bei Therapieerfolg: IFN 79% vs. PEG 80%), aber auch ein Interferonversagen schließt eine histologische Verbesserung nicht aus (IFN 30% vs. PEG 47%) (Reindollar 2000)

Folie 25

Unerwünschte Wirkungen

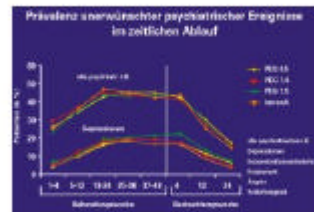
- 90-100% aller Patienten in Studien berichten über mindestens eine Nebenwirkung
- 10-15% aller Studienpatienten brechen wegen Nebenwirkungen frühzeitig ab
- Die offene Information über mögliche Nebenwirkungen der Therapie und wie ihnen begegnet werden kann, ist notwendig
- Die Messung der HCV-RNA unter Therapie dient im Erfolgsfalle der Motivation und im Falle eines Nichtansprechens der Therapie der Vermeidung unnötiger Belastungen des Patienten.

Folie 26

Unerwünschte Wirkungen

- **häufige unerwünschte Wirkungen, die im Verlauf ab nehmen:**
grippele Beschwerden, Fieber, Muskelschmerzen, Übelkeit
- **häufige unerwünschte Wirkungen, die im Verlauf zunehmen:**
Erschöpfung, Gereiztheit, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Haarausfall, Hautrockenheit, Abfall der weißen Blutkörperchen, Abfall des roten Blutfarbstoffes

Folie 27



Folie 28

Unerwünschte Wirkungen

- Erythromagen (42%)
- Müdigkeit (42%)
- Entzündungen der Leukozyten (35%)
- Muskelschmerzen (30%)
- Übelkeit (40%)
- Fieber und Fieberanfälle (40%)
- Kopfschmerzen (40%)
- Schilddrüsenstörungen (40%)
- depressive Verstimmung (35%)
- Appetitlosigkeit (35%)
- Schweiß (30%)
- Gewichtsabnahme (30%)
- Gelenkschmerzen (30%)
- Fehlfunktion (30%)
- Schweiß (30%)
- Erhöhter Kreatinin (25%)
- Lufnot (25%)
- Anämie (20%)
- Durchfall (20%)
- Konzentrationsstörungen (20%)
- Schwindel (15%)
- Krämpfe (15%)
- Bluthochdruck (15%)
- Blutzucker = 11 g/l (15%)

Folie 29

Ungelöste Probleme

- Patienten mit Therapieversagen
- Patienten mit Kontraindikationen
- Patienten mit Therapieunverträglichkeit
- Patienten, die die Standardtherapie ablehnen

Folie 30

Neue Ansätze

- Amantadin
- Interleukin 2 (Schlaak 1998, Hengge 2000)
- Histaminhydrochlorid (Lurie 2000)
- VX-497
- Interleukin 10
- HCV-Proteaseinhibitoren
- Helicaseinhibitoren

Folie 31

Anhang zu 5 HIV-Prävention bei MigrantInnen

Von Bettina Gütschow, Abbas Teouri, München

Interkulturelle Kommunikation und Beratung

1. Aspekte interkultureller Kommunikation und Beratung

- Einer ist Mitglied der Dominanzgesellschaft, der andere einer Minderheitengruppe
- Es ist ein Unterschied, ob man Muttersprache oder Fremdsprache spricht
- Sprache ist jeweils auch ein Kulturmittler
- Wörter haben jeweils auch eine kulturelle/kontextuelle Bedeutung
- Das Fremde ist das, wofür ich keine Antenne habe, was ich nicht sehen/ahnen kann. Interkulturelle Kommunikation beinhaltet einen Sensibilisierungsprozess für dieses jeweils Fremde.
- Es gibt dabei immer einen (erheblichen) black box effekt.
- Beide Kommunikationspartner sollten einen Schritt aufeinander zugehen. Meistens nämlich wird nämlich vom Migranten eine wesentlich höhere Anpassungsleistung gefordert, die der Mensch der Dominanzkultur weder wahrnimmt noch wertschätzt.
- Durch eine unterschiedliche kulturelle Herkunft der beiden Menschen entstehen (insbesondere für den Migranten) Werte und Normenkonflikte, z.B. bei Themen wie Umgang mit Geld, Bedeutung der Herkunftsfamilie u.ä.
- Werte und Normenkonflikte zwischen den beiden gesellschaftliche Systemen werden leicht in der Person des Migranten selbst ausgetragen (z.B. Differenzen zwischen kollektiven und individualistischen Gesellschaften, im Rollenverständnis von Mann/Frau u.ä.).

2. Besondere Rahmenbedingungen in der Beratung

- Es gibt zusätzlich ein Machtgefälle zwischen Berater und Klient.
- Ausländerfeindlichkeit, Vorurteile und Rassismus der jeweiligen Gesellschaft sind indirekt wirksam. Es ist unbedingt notwendig für die BeraterIn, sich mit den eigenen (unbewußt) internalisierten Anteilen auseinanderzusetzen.
- Doppel/Dreifach Stigmatisierungen des Klienten wirken sowohl auf dessen psychische Verfassung als auch auf die Kommunikation in der Beratung.
- Jede beraterische Beziehung. in der sich die Beteiligten bezüglich ihres kulturellen Hintergrundes, ihrer Wertsysteme und Lebensstile unterscheiden, ist multikulturell.
- Beratung kann niemals moralisch, ethisch und politisch neutral / objektiv sein!

- Es ist notwendig, daß die BeraterIn ihre eigenen kulturellen und historischen Prägungen, ihre Wertvorstellungen und politischen Einstellungen reflektiert.
- Eine interkulturelle Sensibilisierung führt zur Erhöhung der Professionalität der BeraterInnen durch :
 - - der Wahrnehmung der KlientInnen,
 - - Kenntnisse über deren Lebenssituation
 - - eine Ausdifferenzierung und Verbesserung der Beratungsmethoden
- Eine Fortbildung über Geschichte, Erfahrungen und kulturelle Werte von Klienten(gruppen) kann die Perspektive der Berater erweitern und bereichern.
- In der interkulturellen Beratung geht es darum, im Einzelfall jeweils der Schnittmenge von Individualität des Einzelnen, kulturellen Bedingtheiten und dem allen Menschen gemeinsamen Menschlichem gerecht zu werden, ohne dass ein Aspekt in unangemessener Weise das Übergewicht bekommt.

3. Charakteristika des Migrationsprozesses

Wenn ein Mensch seine Heimat verläßt und sich in ein ihm/ihr fremdes Land begibt, um dort zu leben, dann entsteht durch dieses Aufeinanderstossen zweier Welten/Weltbilder viele Konfliktpotentiale für den Migranten/ die Migrantin. Ein Neuorientierungsprozeß ist notwendig, welcher (fast immer) mit inneren Konflikten und Identitätskrisen verbunden ist.

In diesem Migrationsprozeß kann eine Unterstützung durch Freunde, Landsleute, die schon länger in Deutschland leben, oder auch durch eine Beratungsstelle hilfreich sein.

Mögliche Zielsetzung einer AIDS-Beratungsstelle:

Wir unterstützen MigrantInnen in ihrer besonderen Situation, daß sie als HIV Positive in Deutschland in einer ihnen fremden Kultur leben. Als Ausländer und gleichzeitig als Positive sind sie mindestens zweifach (als Schwule oder Drogengebraucher dreifach) stigmatisiert. Dadurch leben sie in verschiedenen Spannungsverhältnissen. Einerseits stehen sie als Nichtdeutsche der (Dominanz) Gesellschaft gegenüber, die sie häufig unterdrückt, abwertet oder diskriminiert. Gegenüber ihren Landsleuten in der Community können sie selten offen als HIV Positive auftreten. Das bedeutet, für sie ist es nicht einfach, sich Lebensräume und -perspektiven zu schaffen. Mit Differenzen z.B. zwischen deutschen kulturellen Gegebenheiten und den Gewohnheiten aus ihrer Herkunftsgesellschaft müssen sie umgehen lernen, ohne dabei ihre persönliche Identität aufzugeben. Migrationserfahrungen beinhalten auch Identitätskonflikte und -krisen, insbesondere für HIV positive Menschen, die mit ihrer Ankunft in Deutschland völlig unvorbereitet von ihrem Testergebnis erfuhren.

- Wir versuchen, MigrantInnen bei der Lösung ihrer Identitätskonflikte zu unterstützen.
- Wir arbeiten selbstbewußtseinsstärkend und ermutigen sie, ihre eigene Potentiale (wieder) zu nutzen.
- Wir geben ihnen die Erfahrung von Akzeptanz und bestärken sie, sich nicht durch die gesellschaftlichen Abwertungen bestimmen zu lassen.
- Wir bilden eine Brücke zwischen den MigrantInnen und der deutschen Gesellschaft.
- Gemeinsam mit der DAH artikulieren wir politische Forderungen zur Verbesserung der Situation von MigrantInnen in Deutschland.

Desweiteren können sich für die MigrantIn im allgemeinen folgende Fragen stellen:

- Nach welche Normen und Werten handle ich?
- Halte ich an meine Idealen von zuhause fest?
- Wie lassen sich meine Wünsche und Vorstellungen in Deutschland realisieren?
- Wie verhalte ich mich in der mir fremden Gesellschaft? Inwieweit passe ich mich an die deutsche Gesellschaft an?
- Welche Sachverhalte, Verhaltensweisen, sprachlichen Ausdrücke verstehe ich nicht? Wie gehe ich mit diesem Nichtverstehen um?
- Welche Gefühle und Befindlichkeiten haben für mich in Deutschland und/oder in der deutschen Sprache keinen Platz?
- Wie definiere ich mich selbst?
- Welche Dinge machen mir Angst?
- Wie erlebt die Gesellschaft mich als Fremde(r)?
- Wie wirkt sich dieses Fremdsein auf mein Selbstbewußtsein aus?
- Welche Erfahrungen mache ich mit deutschen Behörden, besonders mit der Ausländerbehörde?
- Mit welchen Nachteilen und Diskriminierungen muß ich leben lernen?
- Wie verändert sich meine Wahrnehmung der Deutschen, wenn ich längere Zeit in Deutschland lebe?
- Was vermisse ich, wenn ich länger in Deutschland lebe?

Für **Flüchtlinge** verschärft sich diese Situation nochmals sehr. Das Asylrecht gibt nur den allerwenigsten eine Chance durch ein Bleiberecht. Die meisten erhalten keinen dauerhaft gesicherten Status und damit leben sie oft in einer sehr schlechten Versorgungssituation. Das Ausländerrecht läßt ihnen keine Chance, durch eigenes Engagement in irgendeiner Hinsicht ihre Situation zu verbessern. Viele von ihnen haben ihre Heimat nicht freiwillig verlassen. In Deutschland haben sie Asyl und eine

neue Chance erwartet. Stattdessen erleben sie bei ihrer Ankunft ein Verhör beim Bundesamt, Ausgrenzungen, Diskriminierungen etc..

4. Voraussetzungen von interkultureller Arbeit

- Flexibilität und Sprachenvielfalt der MitarbeiterInnen
- Interkulturelle Kommunikationsfähigkeit der MitarbeiterInnen
- multikulturelles Team
- Methodenvielfalt
- Reflexion der eigenen Werte, Vorurteile, Einstellungen
- Beseitigung versteckter Ausgrenzungstendenzen
- klares Verhalten, möglichst klare Rollen und Grenzen
- Zeit, Geduld und Frustrationstoleranz

Status - Situation - Versorgung

	BLEIBERECHT zuständig Ausländerbehörde	SOZ. SITUATION	PFLEGER/MED. VERSORGUNG
ASYLBEWERBER	Aufenthaltsgestattung für die Dauer des Verfahrens, Zukunft sehr unsicher	Asylbewerberleistungsgesetz, Unterbringung und Essen, Arbeitserlaubnis 1 Jahr nach Einreise möglich nach Arbeitsmarktprüfung	Minimum durch das Sozialamt, vorher Krankenschein holen, Krankenversich. Durch Festanstellung
Ausreisepflichtig/Grenzübertrittsbescheinigung nach Ende des Asylverfahrens	nur noch bis Ausreisepapiere vorliegen	Asylbewerberleistungsgesetz, keine Arbeitserlaubnis	Minimum
NICHT EU in Bayern (HIV Test)	Nein	Zurück	In den Heimatländern
VERHEIRATET MIT DEUTSCHEN	Ja, Aufenthaltserlaubnis direkt abhängig von Ehepartner 2 Jahre lang	Unterhaltungspflicht des Ehepartners	Bei gesetzlicher Krankenkasse des Deutschen: Familienversich.
ANERKANNTE FLÜCHTLINGE/(SEIT 1993 nur noch 3%), AUSSIEDLER	Ja, unbefristeter Flüchtlingspaß	Sozialhilfe oder Lohn	Sozialamt oder Krankenversich. Durch Festanstellung
EU-BÜRGER, Aufenthaltserlaubnis	Erst befristet, dann unbefristet; ja (Ausweisung nur bei wiederholter Straffälligkeit, z.B. BtmG)	Recht auf Sozialhilfe erst, wenn sie längere Zeit hier leben! Sonst Grund, die befristete A. nicht zu verlängern	Sozialamt oder Krankenversich. Durch Festanstellung
Menschen mit Duldung §53 I/VI (Ausl.gesetz)	Kann nur durch neues Gerichtsverfahren bei geänderter Situation im Heimatland „weggenommen“ werden	Asylbewerberleistungsgesetz, Arbeitserlaubnis möglich	Minimum, vorher Krankenschein holen, Krankenversich. Durch Festanstellung
Menschen mit kurzfristiger Duldung	völlig ungeklärt, z.B. unklare Identität, Abschiebestop, Asylfolgeantrag wird vorbereitet, u.ä.	ungeklärt, manchmal Container und Pakete	kein Anrecht, Ausnahme bei akuter Lebensbedrohung
Menschen mit gültigem Touristenvisum	höchstens 3 Monate	Der Bürge muß für alle Kosten aufkommen	der Bürge muß für alle Kosten aufkommen, hat u.U. Versicherung abgeschlossen
Menschen ohne Papiere („ILLEGALE“)	Nein, polizeilich gesucht (Abschiebehaft)	Keine Anrechte	Keine Anrechte „good will“ der Ärzte bezüglich Notversorgung

