

Inhalt

	Seite
1. Einführung	3
2. Einführungsreferat „ Schöne neue Welt“ – die Lebenswelt von Afrikanerinnen und Afrikanern in Deutschland	4
3. Workshop 1: „ Schöne neue Welt“ – die Lebenswelt von Afrikanerinnen und Afrikanern in Deutschland – oder – Wenn unsere Handlungskonzepte versagen	7
4. Auswertung über Auswertungsplakate der Teilnehmer des Workshops 1	13
5. Einführungsreferat: Osteuropa: HIV-Endemie auf dem Sprung?	16
6. Workshop 2: Osteuropa: HIV-Endemie auf dem Sprung?	40
7. Auswertung über Auswertungsplakate der Teilnehmer des Workshops 2	44

1. Einführung

Der Verband der AIDS-KoordinatorInnen und –Fachkräfte hat 2007 einen Fachtag am 8.5.07 in Zusammenarbeit mit der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf durchgeführt.

Der Fachtag wurde durch zwei halbstündige Impulsreferate zum Thema „HIV-Risikomanagement für Menschen aus Endemiegebieten“ mit dem jeweiligen Schwerpunkt: Menschen aus Afrika und Menschen aus Osteuropa eröffnet.

Im Anschluss fanden unter der Leitung der beiden Referenten zwei Workshops statt.

Zum Abschluss der Veranstaltung wurden die TeilnehmerInnen aufgefordert, zu dem von ihnen besuchten Workshop auf Plakaten mit folgenden Satzanfängen:

- Etwas Neues, das mich erstaunt hat...
- Ein interessanter Gedanke, den ich aus dem Workshop mitnehme...

ihre Gedanken und Ideen auf zu schreiben.

7. Auswertung über Auswertungsplakate der Teilnehmer des Workshops 2

Zum Workshop 2 gab es folgende Auswertungsplakate:

Etwas Neues, das mich erstaunt hat...

- Mitmachparcours (BZgA) wurde ins Russische übersetzt Zielgruppe: Militär / jetzt Jugendliche

Ein interessanter Gedanke, den ich aus dem Workshop mitnehme...

- Die in sich geschlossene Community
- Dass Systemische Ansätze gut verwendbar sind
- Geschichte der Spätaussiedler: Informationen erweben
- Das so grundsätzlich medizinalisierte Gesundheitssystem
- Mehr entspannt im Rahmen der Präventionsarbeit

Das Spezifische in der Arbeit mit Russlanddeutschen Jugendlichen – Ideen für Bausteine:

- Beachtung der Situation, dass in den Schulen der GUS Staaten Prävention in der Regel nicht stattfindet. Lehrer arbeiten zu diesem Thema i.d.R. nur mit großen Widerständen oder auf äußeren Druck hin.
- Es besteht die ungeschriebene Regel, dass über Sexualität nicht öffentlich, höchstens in der Familie gesprochen wird.
- Wichtig für die Präventionsarbeit ist das Wissen um die Geschichte der Russlanddeutschen. (Jüdische Kontingentflüchtlinge, illegal lebende Russen, Russlanddeutsche)
- Das Wissen über das Gesundheitssystem, das Gesundheitswesen und das Krankheitsverständnis im Heimatland.
- Beachtung des anderen Familienverständnisses, des anderen Verständnisses von Sucht und Umgang mit Alkohol, der skeptischen Haltung gegenüber Sozialarbeit und Therapie.
- Arbeiten mit niedrig schwelligen Angeboten an Orten, an denen sich Russlanddeutsche Jugendliche aufhalten und arbeiten (Firmen, Jugendzentren).
- Ansprache von Eltern in Integrationskursen.
- Geben von stark sachlicher Information zu HIV / STD und Sexualität, weniger persönliches Eingehen auf die individuelle Situation.
- „Keine Neuerfindung des Rades“ - Übertragung von bewährten sexualpädagogischen Methoden auf die jugendlichen Russlanddeutschen.

2. Einführungsreferat „ Schöne neue Welt“ – die Lebenswelt von Afrikanerinnen und Afrikanern in Deutschland – oder – Wenn unsere Handlungskonzepte versagen

Referentin: Beate Schanzenbach,
Dipl. Sozialarbeiterin, AIDS-Hilfe
Krefeld e.V.
Protokoll: Dr. Susanne Oheim

In dem halbstündigen Einführungsvortrag zu ihrem Workshop zeichnet Beate Schanzenbach ein anschauliches Bild von der wirklichen Beschaffenheit dieser „schönen“ Welt, die afrikanische Menschen bei uns vorfinden. Alles ist fremd, riecht anders, schmeckt anders, die Menschen hier verhalten sich anders, sind ständig in Eile, werden oft als unfreundlich oder zumindest als wenig herzlich empfunden. Dazu kommt dann noch diese Krankheit, über die man nicht spricht, von der auch um Gottes Willen niemand in der „Community“ erfahren darf. Sonst wäre man ganz alleine, hätte keinen Menschen mehr. Andere Sorgen sind auch oft erst einmal wichtiger als „the sickness / la maladie“ - Forderungen von Fluchthelfern, Angst um die Familie, Forderungen der Familie, miserable Wohn- und Finanzverhältnisse um nur ein paar zu nennen. Außerdem ist ja Afrika nicht gleich Afrika – es ist zwar ein Kontinent, aber mit 48 unterschiedlichen Staaten und noch mehr Völkern. Alle haben eine andere Historie. Und diese unterschiedlichen Menschen haben vor ihrer Flucht noch Unterschiedliches erlebt und ganz unterschiedliche Ängste. Angst vor Abschiebung und Angst vor Ämtern und Beamten, die Macht haben und das tägliche Leben

dominieren, haben sie alle – das letztere kennen sie aus ihren Heimatländern.

Dazwischen stehen wir, als Vertreter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und wollen für alle, auch für die Menschen aus dem „schwarzen Kontinent“ ein adäquates Hilfsangebot vorhalten. Aber auch für uns ist vieles erst einmal fremd: andere Rollenbilder, ein anderes Verständnis von Krankheit und Heilung – kurzum, eben auch eine „andere Welt“.

Erschwerend kommt hinzu, dass wir zunächst das System repräsentieren, ein weiteres Amt, nach der Ausländerbehörde u.a. So ist der erste Eindruck hier noch wichtiger als sonst. Fühlt sich jemand wirklich willkommen geheißen, ergibt sich eine Situation gegenseitigen Respekts, in der Vertrauen wachsen kann? Kann glaubhaft vermittelt werden, dass dieses Amt, das Gesundheitsamt, nicht abschiebt, dass seine Aufgaben und Ziele andere sind, dass man der Schweigepflicht unterliegt?

Wenn ein afrikanischer Klient gut Englisch oder Französisch spricht, setzen wir das gleich mit guter Bildung. Dies ist nicht immer so; Bildung und die damit verbundene Prägung des sozialen Hintergrundes ist oft schwer einschätzbar.

Wie ist die „Community“ einzubinden? Die „Community“ agiert überregional und nimmt eine ambivalente Rolle ein. Sie bietet ein Stück Heimat und Familienersatz, ist aber auch ein Ort der Weitergabe von Gerüchten und eine Ausgrenzung wäre furchtbar. Wie erreicht man die wichtigen „keypersons“, über die eine Vertrauensbasis geschaffen werden kann? Und das wichtige Thema der Familienplanung. Kinder sichern den Fortbestand des Familienclans, afrikanische Frauen, die keine Kinder haben, geraten in einen oft unschönen Erklärungsnotstand.

In ihrem anschließenden Workshop will die Referentin versuchen, anhand von praktischen Beispielen, die einen tieferen Einblick in afrikanische Lebenswelten vermitteln,

- Menschen kommen über persönliche Empfehlungen von anderen Russlanddeutschen, die positive Erfahrungen mit dem Hilfesystem in Deutschland gemacht haben. (Offene Sprechstundenangebote in Gesundheitsämtern, speziell für Russlanddeutsche, werden kaum frequentiert.)

4. Situation von jugendlichen Russlanddeutschen:

- Durch die Übersiedlung der Eltern nach Deutschland werden die Jugendlichen aus ihrer schulischen Sozialisation und ihrer sozialen Prägung herausgerissen. In der Regel werden sie nicht in die Entscheidung nach Deutschland zu gehen mit einbezogen.
- Das „Deutschsein“ hier unterscheidet sich vom „Deutschsein“ in Russland. Im Heimatland waren sie als Deutsche eine Minderheit, in Deutschland sind sie als „Russen“ ebenfalls eine Minderheit.
- Die Jugendlichen wachsen in Familien auf, die oft eng eingebunden sind in größere soziale Zusammenhänge – Clans -. Dieser soziale Raum erstellt für die Jugendlichen zentrale Regeln und hat großen Einfluss auf Alltags- und Verhaltensentscheidungen. Wer Macht hat, wird nicht hinterfragt.
- Probleme in der Familie werden nicht direkt angesprochen, nicht beim Namen genannt, statt von HIV, spricht man von „die Krankheit“.
- Alkohol zu trinken (regelmäßig und z.B. auch zum Frühstück) ist ein akzeptiertes Tun, für Männer und Frauen.

- Er besteht eine Trennung von „Familie“ auf der einen Seite und der „Außenwelt“ auf der anderen.
- Zum Teil erlebten sich Russlanddeutsche jahrelange als nicht anerkannte, verfolgte Minderheit.
- Es besteht ein großer familiärer Zusammenhalt, in der die Mutter eine noch bedeutendere Rolle spielt als der Vater. (Mütter z.B. sind dafür zuständig, für die Rechte der Kinder zu kämpfen).
- Es besteht tendenziell die Vorstellung, dass man bei Krankheit keine Hilfe von außen anfordert, wird sie dem Betroffenen angeboten, wird es eher als Kränkung denn als Unterstützung angesehen.
- Über Sexualität und Krankheit zu sprechen ist hoch tabuisiert.
- Gewalt ist eine Konfliktstrategie, die üblicher ist und eine höhere gesellschaftliche Akzeptanz erfährt als in Deutschland, sowohl innerhalb der Familie als auch öffentlich. Ein anderer Umgang mit Konflikten, sowie professionelle Methoden von Profis werden in Frage gestellt.
- Die sozialistische Kollektiverfahrung lebt weiter. Das zeigt sich am Beispiel der Ghettobildung (Siedlungshäuser) von Baptistischen Gemeinschaften, die in Groß-familien leben, oder auch bei Jugendlichen in der ritualisierten Form des gemeinsamen „Benutzens“ von Spritzen, aber auch von Frauen, dem gemeinsamen Wodka trinken.

3. Möglichkeiten der Zugänge zu den Russlanddeutschen für präventive und beraterische Maßnahmen:

- über Sprachkurse für Russlanddeutsche
- über „keypersons“, z.B. die Vorsitzenden der Landsmannschaften der Methodisten, Baptisten, der russisch – orthodoxen Kirche

diesen Spagat zu meistern und mit den Teilnehmern Lösungsmöglichkeiten dieser komplexen Thematik zu erarbeiten.

3. Workshop I „ Schöne neue Welt“ – die Lebenswelt von Afrikanerinnen und Afrikanern in Deutschland – oder – Wenn unsere Handlungskonzepte versagen

Referentin: Beate Schanzenbach
Protokoll: Jutta Bringmann

Alle TeilnehmerInnen arbeiten in Beratungsstellen, die meisten in Gesundheitsämtern, mit unterschiedlich umfangreichen Erfahrungen mit AfrikanerInnen. Ein Teilnehmer, der seit einigen Jahren als Berater in Deutschland arbeitet, stammt aus Togo/Afrika und konnte dadurch einiges aus erster Hand beisteuern. Nach dem schon sehr anschaulichen und informativen Einführungsvortrag in die Lebenswelt von Afrikanerinnen und Afrikanern wurden die TeilnehmerInnen in der Vorstellungsrunde aufgefordert, neben ihren eigenen Erfahrungen auch die für sie wichtigsten Themen oder Probleme zu nennen, die sie in dem Workshop bearbeiten möchten.

Die Themen wurden den Bereichen Grundlagen, Betreuung und Prävention zugeordnet.

A Grundlagen

- Hintergründe erweitern
- Austausch
- Einstieg in unterschiedliche Kulturen
- Umgang mit Mythen
- Gesundheitsverständnis

6. Workshop II: Osteuropa: HIV – Endemie auf dem Sprung?

Referent: Frieder Alberth
Protokoll: Helga Tolle

1. Motivation der Teilnehmer zur Teilnahme an dem Workshop war die Klärung folgender Grundfragen:

- Das Thema „Russlanddeutsche Jugendliche“ nimmt in der HIV /STD Arbeit zu.
Welche Möglichkeiten des Zugangs zu Russlanddeutschen Jugendlichen sind angemessen?
- Wie kommuniziere ich mit diesen Jugendlichen adäquat über HIV / Sexualität?
- Wie berücksichtige ich die Besonderheiten der verschiedenen Ethnien und Kulturen? (Westen EU – Mitglieder / Osten: z.T. patriarchisches System)

2. Hintergrundsituation der und Hintergrundinformation zu Russlanddeutschen:

- Russlanddeutsche sind staatsrechtlich deutsch, sie sind in der BRD schwer zu erfassen, da sie einen deutschen Pass haben.
- Sie haben Erfahrungen mit dem Leben in einem zentralistischen Staat, mit einem zentralistischen Gesundheitssystem. Die Vorstellung von Gesundheitswesen ist, dass es kontrolliert und anordnet. Die Behörde ist der Arzt und der medizinische Dienst, psychologische Beratung gehört nicht dazu. Der Begriff Therapie wird eher mit „Irrenhaus“ assoziiert.

Zu Abbildung: Die Akteure (S. 27) und Die Zivilgesellschaften (S. 28)

- Keine Europäische Regierungsorganisation wird von Putin akzeptiert.
- Trotz einer sehr großen Anzahl Inländischer Nichtregierungsorganisationen und Internationalen Organisationen ist die Aids – Arbeit nicht wirklich effektiv und professionell, Gelder fließen nicht an die notwendigen Stellen. Nur 6000 Infizierte sind in Therapie von geschätzten 380000 – 700000.

B Betreuung

- Abgrenzung zu anderen Problemen
- Einschränkung durch Schweigepflicht
- Verunsicherung durch mangelnde Kenntnis der Kulturen und Mentalitäten
- Pubertierende Mädchen
- Partnerschaft (Binationale Beziehungen)

C Prävention

- Zugang zur Zielgruppe
- Andere Wege der Prävention
- Nachhaltige Prävention
- MultiplikatorInnen

Die für den Umgang mit Afrikanerinnen und Afrikanern wichtigsten Elemente wurden mit Hilfe eines Rollenspiels erarbeitet.

Über die Fragestellung „Wie ist der Arbeitsauftrag? Wie ist der Stellenwert innerhalb der Institution? Wer sind die Kooperationspartner?“ und „Was sind unsere Ziele?“ sollte dann ein Handlungskonzept entwickelt werden.

Im Folgenden werden die drei Einheiten des Workshops thematisch zusammengefasst.

A Grundlagen

Bei allen nachfolgenden Betrachtungen sollte man bedenken, dass es kein einheitliches Afrika gibt, sondern auf diesem Kontinent sehr unterschiedliche Völker und Kulturen vorhanden sind.

Viele AfrikanerInnen empfinden es als „rassistisch“, wenn Aids-Prävention an sie gerichtet wird. Dies hat den Hintergrund, dass oft die Herkunft von HIV in Afrika gesehen wurde. Es gibt darüber hinaus Theorien, nach denen die USA gezielt HIV in Afrika verbreitet hätte.

In manchen Kulturen ist HIV nicht als medizinisches Problem bekannt.

Wenn keine Symptome vorhanden sind, kann auch keine Krankheit vorliegen.

Häufig werden dann keine Medikamente eingenommen oder Medikamente abgesetzt, sobald keine Symptome vorhanden sind.

Die HIV-Infektion wird als Strafe Gottes oder als Böser Geist wahrgenommen.

Dem Gebrauch von Kondomen kann ein religiöses Hemmnis („mehret Euch“) entgegenstehen.

Das Gesellschaftssystem beruht auf patriarchalen Grundlagen, d.h. der Mann hat das Sagen und ist insofern auch für Gesundheit und Erziehung zuständig. Familienintern werden die Kinder von den Frauen erzogen. Die Weitergabe oder Austausch von Wissen und Erfahrungen findet in Gesprächen „unter Frauen“ oder „unter Männern“ statt.

Frauen lernen von ihren Müttern.

Frauen erziehen die Mädchen zu „guten Frauen“, damit sie gut verheiratet werden können.

Mehrere Partnerinnen für einen Mann werden in vielen Gesellschaften akzeptiert, während der Frau nur ein Partner zugestanden wird.

B Betreuung

Die Grundlage der Betreuung und Beratung ist die Beziehungsarbeit.

In der konkreten Beratungssituation sollten wir deshalb einige Regeln beachten, die in einer Zusammenstellung durch die Referentin im Anhang gesondert aufgeführt sind.

Zu Abbildungen : Registrierte HIV - Infektionen – HIV infizierte Kinder (S. 25 und 26)

- Die Angst vor Registrierung als HIV – infiziert tragen die Menschen auch hier in Deutschland in sich
- Das Gesundheitswesen sieht sich tendenziell nur den Menschen gegenüber verantwortlich, die von sich aus kommen..
- Alle Schwangeren werden getestet, der Test ist freiwillig.
- Es besteht eine hohe Übertragungsrate von Mutter auf Kind (8% - 20% : Verdoppelung der Infektionszahlen für Kinder in den letzten 2 Jahren !!!) Die Kaiserschnittentbindung ist kein Standard bei HIV infizierten Müttern.
- Grundsätzlich besteht eine hohe Stigmatisierung von HIV – Infizierten, sie werden in der Regel der Gruppe der Drogenabhängigen zugeordnet. 10% - 15% der Gefangenen in Jugendgefängnissen sind HIV infiziert, sie werden von den anderen Gefangenen abgesondert.
- Homosexualität wird verleugnet, sie kommt als Übertragungsweg in der Statistik kaum vor. Homosexualität existiert gesundheitspolitisch nicht.

Zu Abbildung: Die Versorgung (S. 27)

- Die Aids Zentren sind sehr schlecht ausgestattet, sie sind häufig ausgelagert in den psychiatrischen Bereich.
- Die Ärzte sind oft schlecht ausgebildet. Hochqualifizierte HIV / Aids Medizin existiert fast nur in den Zentren der großen Städte.

Ergänzungen von Helga Tolle zu den einzelnen Darstellungen aus dem Vortrag:

Ausgangsfrage des Vortrages:

Was passiert bezüglich HIV / AIDS dort, wo die jungen Russlanddeutschen, die jetzt in der BRD leben, herkommen?

Zu Abbildung: Wachstum bei den Neuinfektionen (Europa) (S. 17)

Russland und die Ukraine haben weltweit die größte Zunahme an HIV Neuinfektionen zu verzeichnen.

Zu Abbildung: Die Ukraine (S. 23) und Das Gesundheitswesen in der Ukraine (S.24)

- zählt zum Außenland der EU, ohne Visumspflicht
- es besteht nach wie vor eine Instabilität des politischen Systems. Seit mehr als 2 Jahren sind keine neuen Gesetze u.a. auch für den Gesundheitsbereich mehr entwickelt worden. Dies hat deutliche Auswirkungen auf die HIV / Aids Politik des Landes.
- Es gibt sehr viele Ärzte, von denen ein Großteil sehr schlecht ausgebildet sind und schlecht bezahlt werden. (Einen besseren medizinischen Standard gibt es wie in Russland nur in den großen Städten.)
- Es existiert kein Krankenkassensystem. Die Behandlung ist für jeden ukrainischen Bürger kostenlos. Bei stationärem Aufenthalt sind die Patienten für die Verpflegung selber zuständig.
- Obwohl ein enormer Anstieg an HIV – Neuinfektionen besteht – besonders bei Drogenabhängigen und im Bereich Prostitution – wird diese Tatsache von der Gesellschaft nicht wirklich realisiert und politisch nicht entsprechend gehandelt.

Das Willkommen ist eines der wichtigsten Elemente, um den Kontakt herzustellen.

Erst nach dem Austausch von Höflichkeitsfloskeln kann das eigentliche Anliegen zur Sprache kommen.

In manchen Kulturen gilt der Blickkontakt als unhöflich, bei Frauen die Frage nach dem Alter. Die Beschneidung von Frauen ist in aller Regel ein Tabu-Thema, was auch die Scheu vor gynäkologischen Untersuchungen erklärt.

Medizinische oder Therapiefragen sollten eindeutig, nicht alternativ beantwortet werden.

Es kann sein, dass andere Probleme als der Beratungsanlass im Vordergrund stehen. Dann ist es hilfreich, sich auch dieser Probleme anzunehmen bzw. bei deren Lösung behilflich zu sein. Bei der Vermittlung zu einer anderen Stelle kann eine persönliche Empfehlung / das Benennen eines Ansprechpartners Vertrauen schaffen.

Paare sollten in jedem Fall getrennt beraten werden.

C Prävention

Was sind unsere Ziele?

- Das Angebot der AIDS-Beratungsstellen bekannt machen
- Neuinfektionen verhindern
- Zugang zum Gesundheits- und Versorgungssystem für Menschen schaffen, die bisher keinen Zugang haben
- Nachhaltigkeit

Wie erreichen wir unser Klientel?

- Wir müssen dort hingehen, wo Afrikanerinnen und Afrikaner sich treffen.
- Um den Kontakt herzustellen, ist es wichtig, im Vorfeld zu klären, wer die „keyperson“, d.h. die Vertrauensperson der Gruppe ist. Diese kann aufgrund ihrer Position und ihres Ansehens unser Anliegen unterstützen und uns als vertrauenswürdig einführen.
- Treffpunkte sind:
 - Afro-Shops oder Call-Shops, deren Besitzer Afrikaner sind (häufig auch Friseur, Kosmetik, Tausch- und Info-Börse)
 - Afrikanische Lokale und Diskotheken
 - Afrikanische Kirchengemeinden (Tipp: suchen unter Freikirchen)
 - Studentengemeinde
- HIV- und Aids-Prävention sollte eingebettet sein in ein ganzheitliches Konzept, das die besondere Situation der Zielgruppe berücksichtigt. Ein Thema könnte zum Beispiel Familie und Gesundheit sein.
- Kann „Frontalunterricht“ Erfolge bringen? (Beispiel: Asylbewerberheim)
 - Grundsätzlich ist diese Form der Prävention abzulehnen. Unter Umständen kann es sinnvoll sein, wenn Erstinformationen und Einreiseinfos weitergegeben werden und wie ein „Wegweiser“ verschiedene Anlaufstellen und Beratungsangebote vorgestellt werden.
 - Dazu könnte auch eine Einführung in unser Gesundheitssystem einschließlich der Diagnose- und Therapiemöglichkeiten gehören.
 - Kooperationspartner: Afrikanische Sozialarbeiter in Asylbewerberheimen oder Beratungsstellen

Schulprävention – Ausbildung von Trainern in Odessa

**Entwicklung eines Curriculums
Ausbildung von Trainern für Lehrer
2 x 4 Tage (Schwerpunkte: Safer Sex, Safer Use)
Experten von AH Köln, AH Oberhausen, Fixpunkt Berlin, La Strada – AH Frankfurt**

Gefördert durch Ev. Kirche in Bayern

12

18 Nürtinger Zeitung
Wartburg Zeitung

NÜRTINGEN UND SEIN U

„Andere Sorgen als die Vogelgrippe“

Im Infektionskrankheitenhaus von Giewitztopf dominieren andere Seuchen: Tuberkulose und Aids. Auf der rechten Seite ist die Infektionskrankheitenhaus von Giewitztopf zu sehen. Die Infektionskrankheitenhaus von Giewitztopf ist ein Krankenhaus in Nürtingen. Die Infektionskrankheitenhaus von Giewitztopf ist ein Krankenhaus in Nürtingen. Die Infektionskrankheitenhaus von Giewitztopf ist ein Krankenhaus in Nürtingen.

Themen im B

Von der Mutter verstoßen, vom Großvater geschlagen

Odessa: 50 alleinkinder finden bei Sergey Kostin ein neues Zuhause. Die alleinkinder finden bei Sergey Kostin ein neues Zuhause. Die alleinkinder finden bei Sergey Kostin ein neues Zuhause. Die alleinkinder finden bei Sergey Kostin ein neues Zuhause.

Abel und Krinka

Sally Polypop

Abel und Krinka

Sally Polypop

Psychosoziale Beratungsstelle an der Aids-Klinik in Odessa

Aufbau einer Beratungsstelle an der Aids-Klinik Odessa. Qualifizierung von 2 Sozialarbeitern mit insgesamt sieben Schulungen.



Gefördert durch



12

Psychosoziale Beratung für Patienten in der REHA in Poltava

Qualifizierung von 2 Sozialarbeitern
Aufgabe: Wiedereingliederung in Beruf und Familie nach einer REHA
18 Monate – 7 Schulungen vor Ort



Gefördert durch



12

Neue Wege in der Prävention:

- Kulturfeste
- First African Night (Krefeld)
Musikfest mit aktueller Band und afrikanischer Küche
Kooperationspartner: „Light of Africa“, Sexualpädagogisches Netzwerk, Diakonie, Polizei
- Theaterprojekt (Berlin)
In einer Schule mit hohem Migrantanteil wird eine Tanzgruppe gebildet, die eine Auseinandersetzung des Einzelnen mit Kriegserfahrungen ermöglicht (auf andere Themen möglicherweise übertragbar)
Kooperationspartner: Schulen, Sportvereine
- Tanzveranstaltungen
- Diskotheken

Adressen:

www.krieg-projekt.de (Tanztheater)

www.datenschutz-berlin.de (Asylbewerberleistungsgesetz-AsylbLG)

www.solwodi.de (Hilfe für Frauen in Not)

4. Auswertung über Auswertungsplakate der Teilnehmer des Workshops

Etwas Neues, das mich erstaunt hat...

- ist, dass Afrikaner HIV-Prävention nicht als Hilfe, sondern als Rassismus empfinden
- auch ein afrikanischer Sozialarbeiter lange Zeit zum Kontakt braucht (2. Teil)
- dass ein Arzt / Berater keine alternativen Ratschläge geben sollte
- dass deutsche Frauen mehrere Beziehungen mit wechselnden afrikanischen Männern haben
- wenn ich krank bin, brauche ich auch unbedingt Medikamente
- wenn ich keine Symptome habe, kann ich auch nicht krank sein – wozu Medizin?

Ein interessanter Gedanke, den ich aus dem Workshop mitnehme...

- dass wir mit Afrikanern dieselben Probleme haben wie mit anderen Zielgruppen auch
- nicht so stark zielorientiert arbeiten
- wie wichtig die Begrüßungssituation ist
- Beziehungsarbeit und Vertrauen schaffen ist das A + O
- Anderen die Zeit lassen, die wir selber gebraucht haben
- Paare getrennt beraten
- In den 50er haben die Deutschen auch nicht viel anders geredet
- dass Afrikaner Blickkontakt als Respektlosigkeit empfinden (zu Beginn des Gesprächs)
- man braucht Geduld
- Hilfsangebote fördern die Beziehung

Die Arbeit von Connect plus

Connect plus e.V.

entstanden aus der Aids-Hilfe-Bewegung

Schulungen vor Ort

Humanitäre Hilfe

Austausch



Krim und Sevastopol

Freie Republik Krim – mit eigenem Parlament

Einwohner auf der Krim

2 Millionen

Gäste im Jahr:

2 Millionen

Sevastopol ist eine eigene freie Stadt

vormals „verbotene“ Stadt mit Sitz der russischen Schwarzmeerflotte

Einwohner in Sevastopol:

400.000

Davon 75 % mit russischer Staatsbürgerschaft



13

Simferopol

Registrierte HIV-Infektionen

5.313

Nach Einschätzung einer Ärztin aus dem
Aids-Zentrum Simferopol 5-7 x höher

30.000 – 42.000

Im Aids-Zentrum Simferopol in ART:

Erwachsene: 215

Kinder: 56

Im Aids-Zentrum arbeiten 63 Mitarbeiter,
davon 22 Ärzte, 5 im Labor

40 Betten im Infektionskrankenhaus,

20 Betten im Kinderkrankenhaus

30 Betten in 2 TB-Kliniken



13

Anlage:

Einfach anders – kulturelle Unterschiede im Gespräch

(persönliche Beobachtungen und Erfahrungen – keine
Generalisierung)

„Motho ke motho
ka batho-ka bang“

„Ich bin, weil wir sind
und seit wir sind, bin auch
ich.“

(Nzimegne-Gözl: Sotho, Südafrika)

Alter

die Frage nach dem Alter ist –
insbesondere bei Frauen – unhöflich

Beschneidung

die Beschneidung ist ein mindestens
ebenso großes Tabu wie HIV/AIDS

Blickkontakt

direkter Blickkontakt wird oft vermieden,
er kann Ausdruck mangelnden Respekts
bedeuten

Geburt

für Afrikanerinnen ist die Begleitung
mindestens einer „guten“ Frau / Sister bei
der Geburt für die spirituelle Entwicklung
und die Lebenskraft des Kindes wichtig

Gesprächsbeginn

erst allgemeine Höflichkeitsfloskeln, dann das Krisenthema. Afrikanerinnen und Afrikaner sind Hochkultursprache gewöhnt
(nach Rodah Rodoss-Koch)

Therapiefragen

das hiesige Mitbestimmungsrecht des Patienten ist Afrikanerinnen und Afrikanern nur schwer nachvollziehbar: wenn Ärztin/Arzt oder Beraterin/Berater nicht wissen, was zu tun ist, sind sie unfähig.
Verständnisvorgang: Warum wissen sie nicht, was ich tun muss?

Trinkwasser

dass aus unseren Leitungen immer Trinkwasser kommt ist nicht vorstellbar; Sprudelwasser oft nicht bekannt; gerne werden stille Wasser wie Evian und andere Wasser angenommen.





WAY HOME
Straßenkinderprojekt



13

Beispiel: Krim
Simferopol und Sevastopol

13

5. Einführungsreferat: Osteuropa: HIV-Endemie auf dem Sprung? HIV und Aids in der Ukraine

Referent: Frieder Alberth, Diplompädagoge
Connect Plus e. V., Augsburg
Ergänzungen: Helga Tolle

HIV und AIDS in Ukraine

Düsseldorf – Mai 2007



Frieder Alberth
Connect plus e.V. - Augsburg

HIV und AIDS in Europa

Wachstum bei den Neuinfektionen



Veränderungen	Farbe	Beschreibung
Sehr starkes Wachstum	Dunkelblau	Sehr starkes Wachstum
Moderates bis hohes Wachstum	Mittelblau	Moderates bis hohes Wachstum
Wenig bis moderates Wachstum, oder kein auffälliges Wachstum	Hellblau	Wenig bis moderates Wachstum, oder kein auffälliges Wachstum
Moderates Wachstum durch Antiretrovirale Therapie	Grü	Moderates Wachstum durch Antiretrovirale Therapie
Rückgang der Prävalenz	Grün	Rückgang der Prävalenz
Keine ausreichenden Daten	Grü	Keine ausreichenden Daten

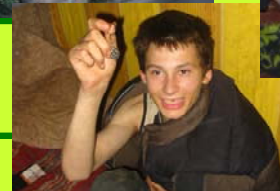
2



Im Sommer leben in Odessa ca. 5.000 Kinder in den Straßen von Odessa
- In verlassenen Häusern, am Strand, in der Kanalisation -

13

Straßenkinder



Odessa

1,5 Millionen Einwohner
ca. 14.000 registrierte HIV-Infizierte
tatsächlich ca. 70.000 !!



13

Odessa

Registrierte HIV-Infektionen ca. 18.000
davon Kinder ca. 2.000

Nach Einschätzung von UNAIDS
und WHO 4 x 7 mal höher 40.000 – 70.000

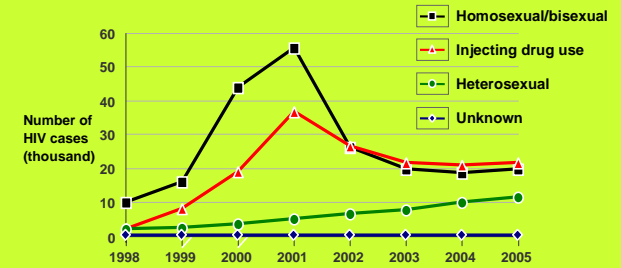
Altersverteilung 21 – 30 Jahre 38,5 %
31 – 40 Jahre 23,9 %

*Zum Vergleich:
in Deutschland leben momentan 49.000 Menschen mit dem Virus.*



13

Number of newly diagnosed cases of HIV infection
by transmission group by year of report
for fourteen Eastern European countries*, 1998-2005



*Armenia, Azerbaijan, Belarus, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Latvia, Lithuania, Republic of Moldova, Russian Federation, Tajikistan, Turkmenistan, Ukraine and Uzbekistan

Source: EuroHIV, 2006.

Figure 9

Unsere Erfahrung

Unsere Geschichte

Prävention im öffentlichen Raum – BZgA

Zielgruppenspezifisch durch Aids-Beratungsstellen
(nicht-staatliche Organisationen)



Ich bin HIV-Positiv
Ich brauche Vertrauen, Verständnis
Und Unterstützung

14

20 Jahre HIV/Aids-Prävention in Deutschland

1981-1986

Der Ausnahme-
status

1986-1991

Moderne
Gesundheits-
politik

1991-1996

Beginn der
Normalisierung

Ab 1996

Fortschreitende
Normalisierung



Beispiel Odessa

Der Staat

Seit 2 Jahren keine Stabilität
Kann die Aufgaben alleine nicht übernehmen
Wird die Verantwortung an Nicht-Regierungsorganisationen weiter geben
Hinderliche Strukturen zur raschen Umsetzung
Umgestaltung der Gesellschaft, Bekämpfung von Korruption



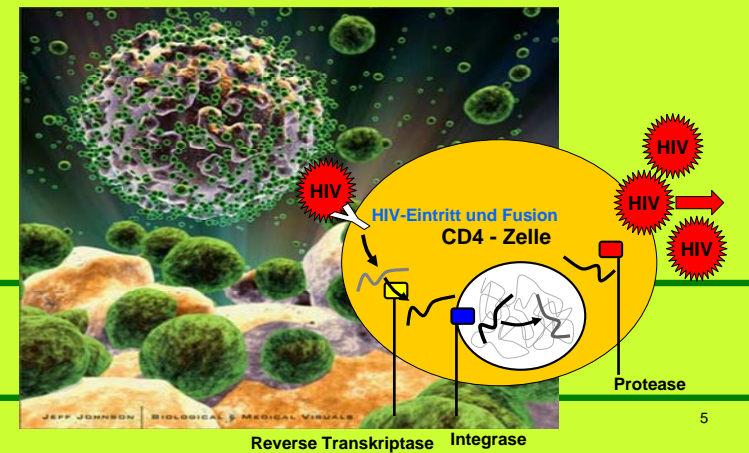
Die Zivilgesellschaften

Unterstützung durch Finanzen und Erfahrung aus dem Ausland
viele Aktivisten mit hoher Motivation
zu wenig Spezialisten (Sozialarbeiter)
Großer Einfluss auf die politische Entwicklung

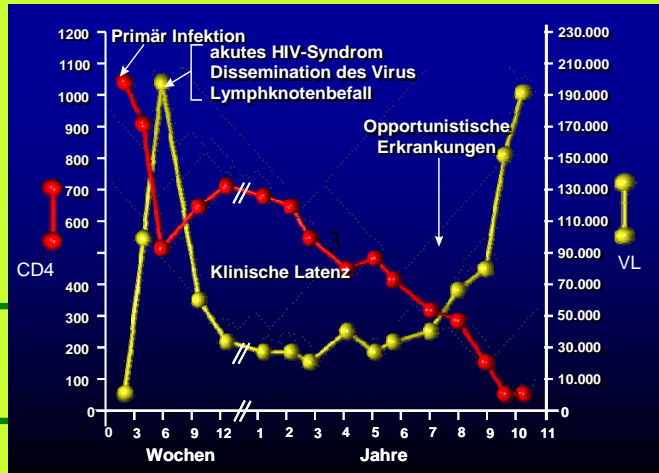


Nachhilfe: HIV und AIDS

Das HI-Virus



Der Verlauf der Infektion / der Krankheit



10

Die Ukraine

Die Versorgung

Aids-Zentrum und Aids-Klinik

Das Gesundheitssystem

Ist auf die Epidemie nicht vorbereitet
Bisherige Ansätze der medizinischen Versorgung greifen nicht
Geringe Qualifizierung, kaum Diagnostik



14



Die Akteure

Staat

Gesundheitsministerium
Nationales Aids-Zentrum
Aids-Zentren

Inländische Nichtregierungs-Organisationen (NGO)

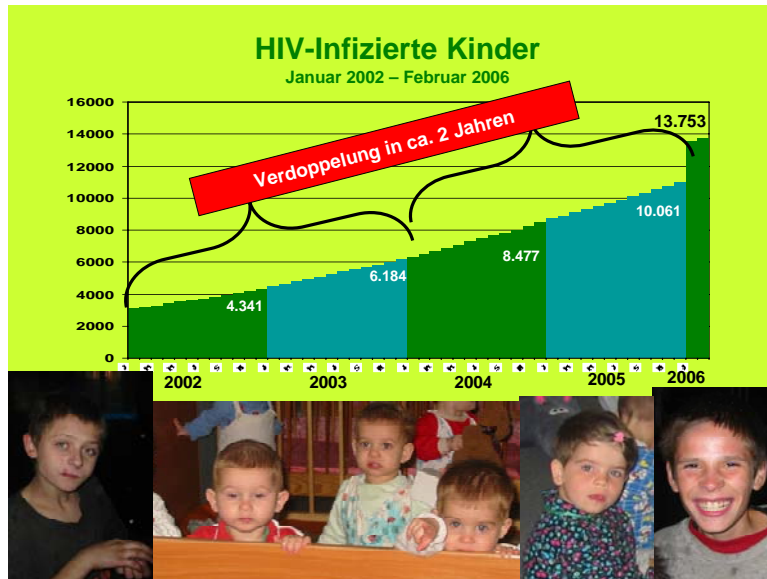
Selbsthilfenetzwerke
Landesweite Organisationen
Lokale Organisationen

Internationale Organisationen

WHO, UNICEF, UNAIDS
Ärzte ohne Grenzen / AFEW



14



Gründe

- Drogengebrauch** – durch Afghanistan-Veteranen wurde das Wissen zur Herstellung von „Shirka“ nach Hause gebracht
- Zusammenbruch** der Sowjetunion
- Arbeitslosigkeit**
- Hafenstädte**
- Unkenntnis** über Übertragungswege

Die Ukraine

45 Millionen Einwohner
 - 0,2 % Bevölkerungswachstum
 Lebenserwartung bei 67 Jahren
 30 € pro Person für Gesundheit

6

Das Gesundheitswesen in der Ukraine

13

	Ukraine	OECD
Ärzte	40 pro 10.000 Einw.	7 pro 10.000 Einw.
Krankenhausbetten	130 Betten pro 10.000 Einw.	21 Betten pro 10.000 Einw.
Einweisung in stationäre Behandlung	24,3 pro 100 Einw.	5,5 pro 100 Einw.
Patiententage	4 pro Einwohner	0,7 pro Einwohner



7

HIV und AIDS in der Ukraine

Der Weg des Patienten

- Anlaufstelle:** Arzt in der Poliklinik
- Behandlung:** freie Behandlung
Medikamente selbst in der Apotheke kaufen
„Beitrag für den Arzt oder die Klinik“
Weitervermittlung
- Stationär:** frei, Bettzeug selbst mitbringen,
Verpflegung von Angehörigen
alle pflegerischen Hilfsmittel kaufen



14

Registrierte HIV-Infektionen

Januar 2002 – Juli 2006

