

*Literaturhinweis Bernd Jochen
Seite 4*

Dr. Solange Nzimegne-Gözl, Berlin

Migrantinnen aus Afrika südlich der Sahara

Die Beziehung von afrikanischen Patienten zu ihren europäischen Ärzten wird häufig durch kulturell bedingte Mißverständnisse gestört. Dies gilt in besonderem Maße dort, wo eine HIV-Infektion Gegenstand der Konsultation ist. Beim Arzt macht sich nach anfänglichem Engagement das Gefühl der Ratlosigkeit und Resignation breit. Der Patient weiß offenbar den Wert des ärztlichen Angebots nicht zu schätzen. Die Beziehung ist eurozentrisch und nicht afro-europäisch.

Dieses Problem zeigt sich geballt im Bereich der neuen Migrantenviertel der großstädtischen Ballungsräume Europas: Seine-Saint-Denis und „Ghoulte d'Or“ des 18. Arrondissement in Paris, Brixton in London, Neukölln und Friedrichshain in Berlin, Porte de Namur in Brüssel und die „bairros de lata“ an der Peripherie von Lissabon und Porto. Aber auch in Marseille, Birmingham, Manchester, Frankfurt, Hamburg, Amsterdam, Rotterdam, Rom, Genua und Barcelona wird es sichtbar.

Der Dialog zwischen Arzt und Patient ist das Medium, das medizinische Interventionen ermöglicht.

Der größte Teil der HIV-infizierten afrikanischen Migranten hat keinen Zugang zu Behandlung oder sucht aus unterschiedlichen Gründen keine Praxis auf. Diejenigen die sich in Behandlung befinden, sind aus Sicht des Arztes „problematisch“. Sie werden als „noncompliant“ bezeichnet, d.h. sie befolgen die ärztlichen Anweisungen nicht. Hinter der mangelnden Compliance verbirgt sich



jedoch sehr viel mehr. Es ist eine Vielzahl von unterschiedlichen Problemen, die gemeinhin als „Migrantenproblematik“ bezeichnet wird und die auch in Afrika zu der exponentiellen Verbreitung der Epidemie geführt hat.

Wenn wir die Bedürfnisse des Menschen auf einer 5-stufigen Pyramide aufstellen⁴ (nach Abraham H. Maslow) ergeben sich nämlich sehr unterschiedliche Bedingungen für Afrikaner und für Europäer (Abb. 1). Bei afrikanischen Migranten in der BRD sind die Bedürfnisse auf allen Stufen unbefriedigt. Die 4. und 5. Stufe werden gar nicht erreicht.

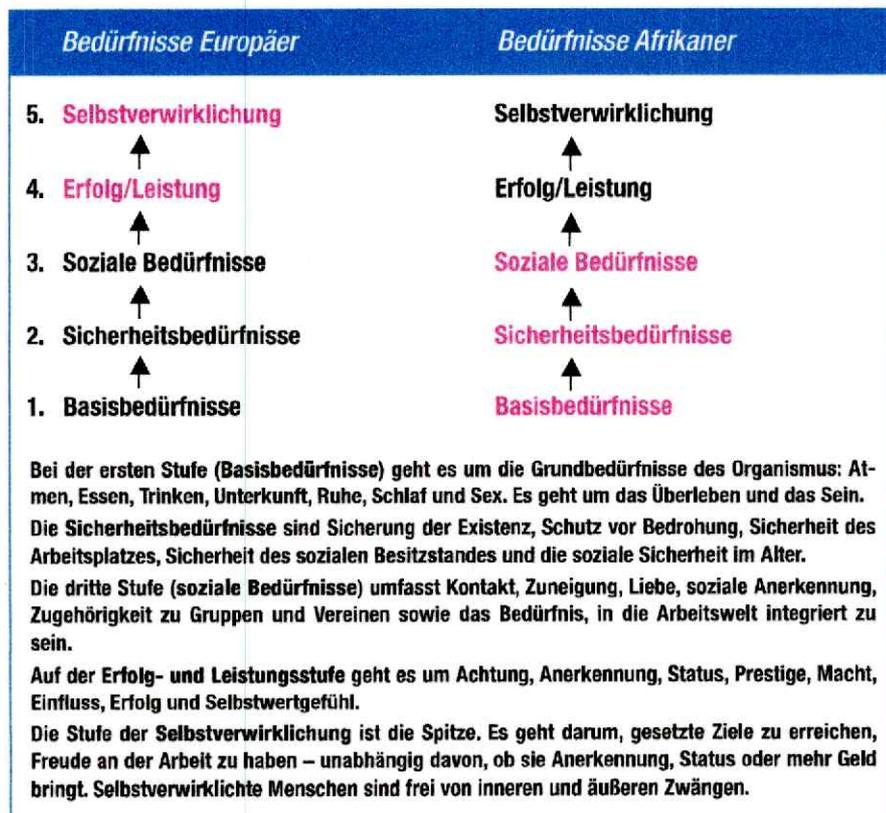


Abb. 1

Einfluss der Armut

Wer Hunger hat, für den ist die Behandlung einer asymptomatischen Erkrankung zweitrangig. Wie in Afrika, so ist auch bei afrikanischen Migranten in der BRD die Armut ein zentrales Alltagsproblem. Viele afrikanische Migranten leben in Deutschland am Rande der Gesellschaft und am Rande des Existenzminimums. Sie haben eine Fülle von existenziellen Problemen: Ernährung, Wohnverhältnisse, Versorgung von Kindern, Partnerkonflikte, Behördengänge. So lange sie sich gesund fühlen, ist die Tatsache der HIV-Infektion, gemessen an ihren anderen Problemen bedeutungslos. Das entgeht dem Blickwinkel des Europäers, der frei von existenziellen Problemen selbstverständlich die HIV-Infektion als das Bedrohlichste in seinem Leben empfindet.

Fehlende Sicherheit

Bei den meisten Migranten aus Afrika herrscht eine Fülle von Unsicherheiten im Alltag:

- Unsicherer Aufenthaltsstatus
- Mangelnde Krankenversicherung
- Drohende Abschiebung
- Arbeitslosigkeit
- Perspektivlosigkeit

Psychosoziale Konflikte

Konflikt gegenüber der Herkunftsfamilie

Dieser Konflikt ist eine direkte Folge der Armut in den Herkunftsländern. Er bleibt meistens unausgesprochen. Die meisten Migranten stehen unter einem erheblichen Erwartungsdruck von Seite ihrer in Afrika zurückgebliebenen Familien. Da Europa von vielen Afrikanern als Paradies gesehen wird, in dem alles mühelos zu erhalten ist, erwartet die Familie in Afrika, dass der Migrant die materiellen Bedürfnisse der Zurückgebliebenen ebenso mühelos befriedigt. Unter diesem Druck muss der im westlichen Ausland lebende Afrikaner seine tödliche Erkrankung verdrängen. Er darf die Ansprüche und Wünsche der Familie nicht enttäuschen, sonst verliert er das Element, das ihn am Leben hält.

Patriarchalische Familienstruktur

In der traditionellen afrikanischen Familie ist der Mann der allein Bestimmende. In vielen Ländern ist die Polygamie erlaubt



Jeder fünfte HIV-Infizierte ist Migrant

Die „International Organisation for Migration“ hat in ihrem letzten Bericht aufgezeigt, dass im Augenblick 3% der Weltbevölkerung Migranten sind^[1]. 150 Millionen Menschen leben außerhalb der Region, in der sie geboren wurden. In der Bundesrepublik leben insgesamt 7,3 Millionen Ausländer. Der überwiegende Teil stammt aus der Türkei (28%) und den Ländern der Europäischen Union (25%). Etwa 18% der Migranten stammen aus Entwicklungsländern, wobei Asien und Afrika dominieren. Nach den Daten des Statistischen Bundesamtes stammen 178.000 Migranten aus den Ländern südlich der Sahara^[2]. Sie stammen aus Regionen, in denen die HIV-Prävalenz bei Erwachsenen zwischen 2% und 38% liegt. Die 1,3 Millionen Migranten aus der Dritten Welt stellen circa 1,6% der Bevölkerung in der Bundesrepublik dar. Unter den in der BRD lebenden HIV-Infizierten sind sie jedoch deutlich überrepräsentiert: 21% aller HIV-Infizierten in der BRD stammen aus Ländern der Dritten Welt^[3].

und üblich. Auch monogam lebende Männer nehmen sich selbstverständlich außerhalb der Ehe weitere Frauen. Die Frau hat keine Möglichkeit, dagegen vorzugehen. Über die Sexualität außerhalb der Ehe wird nicht gesprochen. Die Benutzung von Kondomen innerhalb der Ehe wird dadurch unterlassen. Die afrikanische Frau hat also keine Möglichkeiten, sich gegen Ansteckung zu schützen.

Diese private Ausnahmesituation erschwert in mehrfacher Hinsicht ihre Auseinandersetzung mit der Erkrankung und mit der notwendigen antiretroviralen Therapie.

Tabuisierung der Sexualität

Die heute in Afrika übliche Tabuisierung alles Sexuellen führt zu einer Verleugnung sexuell übertragbarer Erkrankungen, so auch der HIV-Infektion. Entsprechend wird sie als reale Möglichkeit nicht ins Auge gefasst. Nähme man sie wahr, entstünde Angst vor Diskriminierung, Ausgrenzung und sozialer Isolation. In einer Gesellschaft ohne staatliche soziale Netze, in der der Einzelne ohne Hilfe durch seine Familiengemeinschaft nicht überleben kann, ist diese Angst sehr viel intensiver. So leidet der Betroffene niemals an AIDS, sondern an verschiedenen Krankheiten.

Die regelmäßige Einnahme einer antiretroviralen Therapie wäre gleichbe-

Schwarzafrika: Viele Völker und Kulturen

Schwarzafrika beinhaltet Länder in Afrika südlich der Sahara. Mit seinen 48 Staaten, erstreckt sich dieser Erdteil über ca. 23 Mio. qkm und beherbergt ca. 660 Mio. Menschen.

Die Bevölkerung wird in ca. 1.000 bis 1.500 Völkern und Ethnien aufgeteilt, die ca. 5.000 Dialekte sprechen. Es existieren genauso viele Sprachen wie Kulturen, Traditionen und Wertvorstellungen.

Angesichts dieser Vielfältigkeit und Komplexität ist es nicht richtig, von dem Afrika zu sprechen.

Religiös betrachtet, bekennt sich die Mehrheit (ca. 40%) zum Christentum, ca. 25% zum Islam und ca. 35% sind Anhänger von Naturreligionen.

Die afrikanischen Naturreligionen sind eigentlich allgegenwärtig und haben in ländlichen Regionen große und häufig alleinige Bedeutung.

deutend mit der Offenbarung. Deshalb bleibt nur der Weg der Verdrängung und der Verleugnung. Diese Haltung wird auch in Europa beibehalten. Hier ist die afrikanische „Community“ am jeweiligen Lebensort der Ersatz für die Familie. Auch hier droht bei Offenbarung der Ausschluss aus der Gemeinschaft. ➤



Unterschiedliche Medizinkonzepte

Obwohl die meisten Menschen in Afrika an Infektionskrankheiten sterben (über 60% aller Todesfälle), werden Erreger (z.B. Bakterien, Viren) nicht in erster Linie als Krankheitsursachen angesehen. Nach Erhebungen der WHO werden 84% der Weltbevölkerung mit traditioneller Medizin behandelt und nur 16% mit naturwissenschaftlich geprägter Medizin. Ein Großteil der Bevölkerung ist auf die Methode der traditionellen Medizin angewiesen.

Gesundheit und Krankheit in Afrika

Die traditionelle afrikanische Medizin stützt sich auf die naturreligiöse Vorstellung, dass der einzelne Mensch unlösbar in einem kosmopolitischen Zusammenhang eingebettet ist. Ein Kontinuum aller Generationen, Geister und Gottheiten spendet dem Einzelnen Lebenskraft. In dieser anthropologischen Deutung resultiert Krankheit aus gestörten Beziehungen zu den Mächten und den Menschen seiner Umgebung. Krankheitsursachen sind nicht Bakterien und

Viren. Ursächlich für Krankheiten sind Handlungen und Gedanken, die gegen die geltenden Regeln gerichtet sind, wie ein Verstoß gegen ein Tabu, gegen Förderung der Ahnen, gegen Regeln der Dorfgemeinschaft oder ein Fehlverhalten gegenüber älteren Angehörigen oder die Nachbarn sowie Geisterbesessenheit. Zunehmend an Bedeutung gewinnt ferner die schwarze Magie durch Neid und Hass anderer (Schadenmedizin). Man geht in Afrika davon aus, dass physische und psychische Erkrankungen durch Magie und Hexerei von Neidern verursacht

werden. Menschen können ihnen übelgesinnten Mitmenschen mit magischen Mitteln schaden (auch mit AIDS).

Eine wichtige Rolle im Krankheitskonzept spielen auch die Ahnen. Sie symbolisieren das moralische und ethische Gewissen ihrer Gemeinschaft. Ahnen fordern die Einhaltung der familiären und gesellschaftlichen Verpflichtungen. Sie sind eine gesellschaftliche Kontrollinstanz für Wohlverhalten. Die Verletzung einer moralischen Verpflichtung einem Ahnen gegenüber kann ein physische und psychische Erkrankung nach sich ziehen.

Zwischen zwei medizinischen Welten

Der afrikanische Patient befindet sich schon in Afrika zwischen zwei medizinischen Welten, denn im heutigen Afrika werden häufig die medizinischen Verfahren der zwei Welten angewandt. Der Wechsel zwischen den beiden medizinischen Welten ist für den größten Teil der Migranten besonders schwer zu vollziehen. Er ist verbunden mit einer Revision ihrer Vorstellungen vom Menschen und von seiner Stellung in der Welt.

Wie sehr dieses Schwanken zwischen westlicher und traditioneller Medizin in die eine oder andere Richtung weist, hängt von den Sozialisationsbedingungen und der Verfügbarkeit der medizinischen Systeme ab. Der „noncompliant“ Afrikaner versucht somit seine Identität zu bewahren, während der „noncompliant“ Europäer nur die Einschränkung durch das kulturkonforme Behandlungsverfahren vermeidet.

Rationale und irrationale Ängste

Bei vielen jungen Menschen sowohl in Afrika als auch unter den Migranten in Europa herrscht ein erschütternder Mangel an Wissen über die HIV-Infektion sowie die Schutzmaßnahmen. Für viele Afrikaner gilt die fatalistische Formel: HIV gleich AIDS gleich Tod. Die Erkrankung wird mit dem Tod gleichgesetzt. Dadurch findet keine Auseinandersetzung mit der Erkrankung statt, da auch die Auseinandersetzung mit dem Tod gemieden wird.

Praktische Tipps

- **Behandlungsinstitution darf nicht ausschließlich als HIV-spezifisch für Afrikaner erkennbar sein.**
- **Aufklärung und Beratung sollten in einem unverfänglichen Rahmen stattfinden, der nicht ausschließlich HIV-bezogen ist. Nur so kann man vorsichtig das Tabu brechen.**
- **Die HIV-Infektion ist für den Menschen aus Afrika – im Gegensatz zum Europäer – nicht sein zentrales Lebensproblem.**
- **Bei Beratung und Behandlung muss zum Ausdruck kommen, dass die HIV-Infektion nur ein Problem unter mehreren anderen ist.**
- **Europäisch-amerikanische Formen der Stärkung des Einzelnen, Zusammenschluss mit anderen Betroffenen (Selbsthilfegruppen, Patientenzirkel etc.) sind normalerweise für Afrikaner kulturfremd. Im Falle der HIV-Epidemie öffnen sich jedoch immer mehr Menschen zu solchen Selbsthilfegruppen. Ein starker Hinweis darauf, dass die HIV-Epidemie, mehr als jede andere Epidemie, eine soziale Herausforderung ist.**

Die HIV-Infektion ist aber auch mit rational nachvollziehbaren Ängsten besetzt: Die Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung, die Angst, aus der Gemeinschaft und aus dem Familienverband ausgeschlossen zu werden, und nicht zuletzt die Angst, die Zukunftspläne scheitern zu sehen. Die Folge davon ist die Verleugnung der Ansteckungsrisiken und der eigenen Infektion. Deshalb begeben sich nur sehr wenige in medizinische Behandlung. Die Hemmschwelle ist besonders hoch gegenüber erkennbar auf die HIV-Infektion spezialisierten Einrichtungen.

Das Aufsuchen solcher Zentren birgt die Gefahr, sich vor anderen in der afrikanischen Community unfreiwillig zu offenbaren.

Die Optimierung des Zugangs zur medizinischen Versorgung darf also nicht darin bestehen, speziell für HIV-infizierte Afrikaner geschaffene Institutionen ins Leben zu rufen, sondern die Angebote an Beratung und Behandlung müssen unauffällig in die Institutionen der Regelversorgung integriert werden. Dort muss die interkulturelle Kompetenz trainiert werden

Auf Diskretion achten...

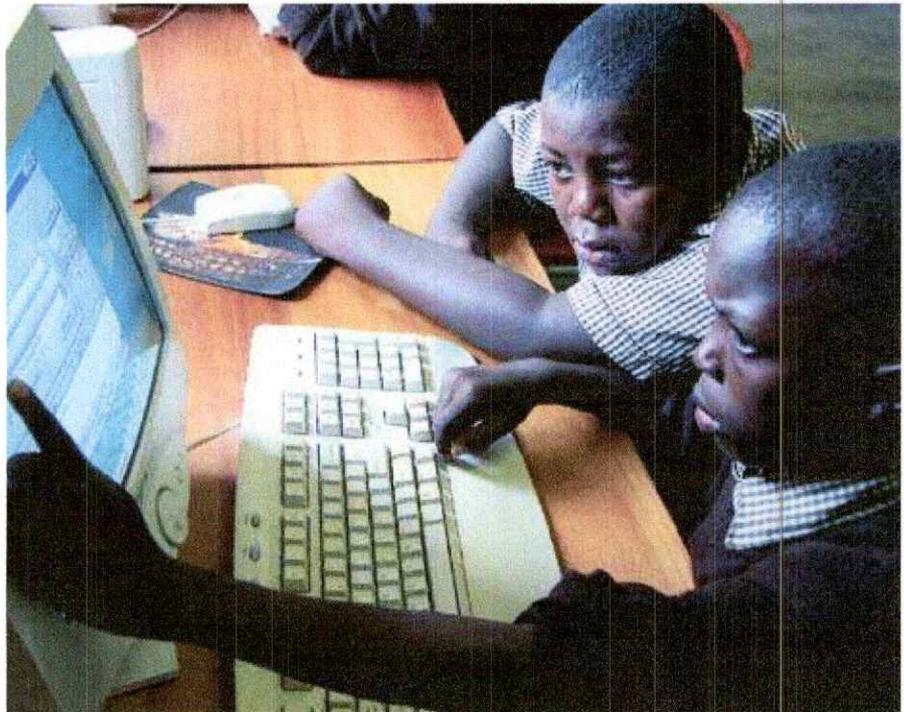
Bei allen Kontakten, die an mangelnden Sprachverständnis leiden, sind mehrsprachige Mitarbeiter aus Beratungsstellen hinzuzuziehen. Diese Vermittlung kann bei Geheimhaltungswünschen des Patienten zum Abbruch der medizinischen Behandlung führen, wenn der Dolmetscher zu den Bekannten oder Familienangehörigen des Patienten zählen. Deshalb ist es unbedingt notwendig, das Einverständnis des Patienten für die Hilfe eines Dolmetschers einzuholen.

Wichtig ist, immer auf die Schweigepflicht hinzuweisen.

... und Einverständnis einholen

Arzt und Dolmetscher sollten wenigstens Basiskennnisse über die afrikanischen Lebenswelten besitzen: Religion, Tradition, Patriarchat, Geschichte.

Die Kooperation mit den Beratungsstellen für Afrikaner oder mit dem Sozialhilfsnetz in der jeweiligen Region ist unabdingbar. Auch hier sollte der Kontakt nur mit Einverständnis des Patienten erfolgen.



Woher kommt der Patient?

Um Einblick in die Einstellungen und Überzeugungen des Patienten zu erhalten, müssen die bestimmende Lebens- und kulturgeschichtlichen Hintergründe erfasst werden. Der behandelnde Arzt sollte sich ein Bild davon machen, welche afrikanischen Traditionen in welchem Umfang beim Patienten bestimmend sein könnten. Wichtig dabei ist die Herkunft (aus ländlicher Region, aus Großstadt oder aus großstädtischen Slums), das Alphabetisierungsniveau, der Bildungsstand und die religiöse Bindung.

Um zu wissen, unter welchen Bedingungen der Patient hier lebt und was sein Verhalten beeinflusst, sollte man konkret fragen nach:

- den Zielen der Migration
- Aufenthaltsstatus
- Lebensunterhalt
- Wohnungssituation
- allein oder mit Familie
- Ehemilieu (besonders bei Frauen)

Einstellung zur HIV-Infektion

Bereits bei der Diagnose „HIV-Infektion“ bzw. vor Therapiebeginn sollten die Phantasien und Vorstellungen des Patienten über diese Erkrankung eruiert werden.

- Hält er/sie die Diagnose für eine Erfindung der Europäer?

- Schenkt er der Diagnose „HIV-Infektion“ Glauben?
- Welche Vorstellungen bestehen beim Patienten bezüglich der Behandlungsmöglichkeiten?
- Ist die Notwendigkeit einer medikamentösen Dauertherapie zu vermitteln?
- Wie ist der Patient gegenüber einer medikamentösen Dauertherapie eingestellt?

Erst mit diesem Interpretationsrahmen findet der europäische Arzt zu einem Verständnis seines Patienten aus Afrika. Erst dann kann der Arzt seinen Anteil zu Compliance beitragen: Seine Vorstellungen von Therapie entsprechend den inneren Möglichkeiten seines Patienten zu modifizieren.

Dr. med. Solange Nzimegne-Gözl
Praxiszentrum Kaiserdamm
Kaiserdamm 24 · 14057 Berlin
Email: drnzimegne@yahoo.com

www.nzimegne.de · www.graf-berlin.de

Literatur:

^[1] International Organization for Migration. *The Migration Report 2000*

^[2] Statistisches Bundesamt, Wiesbaden (Hrsg.). *Ausländische Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit 2000*. www.destatis.de

^[3] Robert Koch-Institut. *Epidemiologisches Bulletin HIV/AIDS-Bericht I/2001*

^[4] Bernd Jaenicke *Praxishandbuch Sozial Management M40/001*