

DIIVA

ZEITUNG DES NETZWERKES FRAUEN & AIDS

in dieser Ausgabe:

Emma hat AIDS - Fachtagung
S. 2

Neues aus Genf: Der Mensch
lebt nicht von der Pille allein
S. 3 - 6

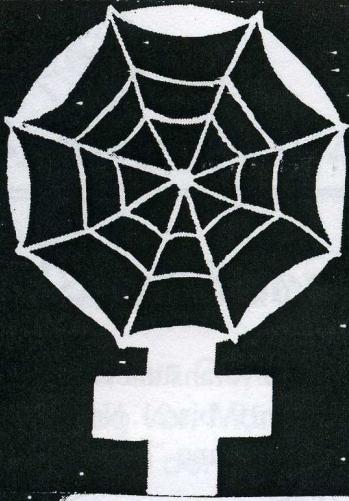
AIDS-Aktionswoche: Ganz
Subjektiv
S. 7

Migration & Aids - Interview
S. 8 - 11

Ein ganz normaler Tag
- Teil 2
S. 12

Hier ist jede auf sich allein
gestellt: HIV-positive Frauen
im Kongo
S. 13

Lesben und Aids
S. 14/15



In dieser Ausgabe:

- "Der Mensch lebt nicht von der Pille allein."
- Migration und Aids: "Über Menschenwürde denkt niemand mehr nach."
- "Hier ist jede auf sich allein gestellt." Über die Situation von HIV-positiven Frauen in der Region von Ilebo, Provinz Kasai-Okzidental, Demokratische Republik Kongo
- Ein ganz normaler Tag, Teil 2

"Der Mensch lebt nicht von der Pille allein"

Neues aus Genf: Zur Problematik der Mutter-Kind-Transmission in Entwicklungsländern
Vortrag von Mara Seibert, Frauenreferentin der DAH, im Rahmen von "HIV im Dialog" während der AIDS-Aktionswoche am 28.8.98 in Berlin.

"Der Mensch lebt nicht von der Pille allein." Dieser Satz klingt zunächst banal und er ist es auch. Denn was nutzen all die Pillen, die Menschen mit HIV und AIDS heute - zumindest in unseren Breitengraden - erhalten, um das Leben zu verlängern, wenn die sozialen Bedingungen dieses verlängerte Leben zum Kampf gegen Ämter, gegen Isolation, Diskriminierung und Ausgrenzung werden lassen. Oder anders herum: Wie müssen die sozialen - sprich gesellschaftlichen - Rahmenbedingungen aussehen, um ein Leben lebenswert zu machen. Mit der Beantwortung dieser Frage könnte ich ganze Tage oder Wochen verbringen. Hierzu gibt es eine Fülle von Studien, die eruiert haben, was wie sein müßte, damit...

Um jedoch zurück zum Thema "Neues aus Genf" zu kommen, will ich in meinem Vortrag anhand des Themas Mutter-Kind-Übertragung aufzeigen, wie soziale bzw. gesellschaftliche Faktoren medizinische Erkenntnisse relativieren. "Bridging the gap", also "Gräben überbrücken" war das offizielle Motto der Konferenz. Verbunden mit dem "Geneva principle" wurde die Bedeutung einer Kooperation und Partnerschaft aller Akteure im Kampf gegen Aids hervorgehoben. Es war der Versuch, die Balance zwischen Natur- und Gesellschaftswissenschaft, zwischen Fach- und Interessenkompetenz, zwischen Primärprävention und Therapie, zwischen Medizin und Public Health und zwischen ForscherInnen und Community ins Gleichgewicht zu bringen. Es war auch der Versuch, die Kluft zwischen Nord und Süd zumindest zu sehen und möglichst auch zu überbrücken.

Die Konferenz sollte der Tatsache Rechnung tragen, daß sich die Aids-Epidemie unaufhaltlich ausbreitet. Dabei verstärken sich Unterschiede zwischen den Ländern je nach deren wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung. In den sogenannten entwickelten Ländern ist der Zugang zu den neuen Behandlungsmöglichkeiten relativ einfach. In ressourcenarmen Ländern, in denen 90% der Menschen mit HIV/Aids leben, besteht bis heute nur wenig bis keine Hoffnung, Zugang zu neuen Behandlungen zu erhalten. Die daraus folgende Ungleichbehandlung ist gerade von Aktivisten aus der sogenannten III. Welt massiv angeklagt worden. Es fand vor allem in der Community eine rege Diskussion darüber statt, wie Solidarität praktiziert und wie politischen Einfluß zur Veränderung genommen werden kann.

Ein zentrales Thema im Kampf gegen Aids und auf der Konferenz ist und war die vertikale Transmission, also die HIV-Übertragung von der Mutter auf das/ihr Kind. In Westeuropa liegt die vertikale Transmission bei ca. 15%, in Deutschland - unter bestimmten Voraussetzungen - unter 2%. Die medizinische und psychosoziale Versorgung ist hier weitestgehend gesichert. Das sieht für die armen Länder der Erde komplett anders aus, denn hier steigt die Zahl der Neuinfektionen rapide an. Die WHO* spricht von 16.000 täglich, 10% davon sind Kinder, die durch die Schwangerschaft oder während der Geburt infiziert werden. Um noch weitere Zahlen zu nennen: die vertikale Transmission liegt dort bei 25-44%, zusätzlich werden 7-22% der Kinder HIV-positiver Frauen durch das Stillen infiziert. Zur Senkung des Transmissionsrisikos gab es eine thailändisch-amerikanische Studie mit Doppelblind-Verfahren und Placebo-kontrolliert**. Durch eine AZT***-Mono-Kurzzeittherapie, d.h. anstelle 12 Wochen AZT vor und während der Geburt und bis zu 6 Wochen beim Neugeborenen, wie in Westeuropa Standard, erhalten schwangere Frauen AZT 3 Wochen bis zum errechneten Geburtstermin. Damit wurde die Transmissionsrate um 51% gesenkt. Während die Therapie in Deutschland 780,- DM pro Frau und Kind kostet, betragen die Kosten in den Ländern der sog. 3. Welt nur 1/10 davon. Zusätzlich hat Glaxo Wellcome angekündigt (und vielleicht auch schon umgesetzt) den Preis von AZT für Entwicklungsländer herabzusetzen. So weit, so gut!

Bleibe als Problem das Stillen. Wie eben schon erwähnt, wird in 7-22% das Virus über die Muttermilch übertragen. Die naheliegende Lösung dieses Problems wäre künstliche Babynahrung. Doch auch nur theoretisch. Denn in Ländern, in denen es noch nicht einmal Kopfschmerztabletten gibt, geschweige denn sauberes Wasser zu deren Einnahme, ist mit künstlicher Babynahrung kein Staat zu machen. Die Dimensionen des Problems liegen allerdings noch tiefer: Unter dem Slogan "breast is best" wurden nationale Programme ins Leben gerufen, um das Überleben der nachfolgenden Generationen und somit des eigenen Volkes zu

sichern. Vor dem Hintergrund des mißglückten Versuches der Babynahrungs-industrie in den 70er Jahren, neue Wirtschaftszentren zu erschließen, indem der Ersatz der Muttermilch durch Flaschennahrung propagiert wurde, kommt diesem Slogan eine besondere Bedeutung zu. Die hygienischen Bedingungen waren in vielen armen Ländern katastrophal. Es gab kein sauberes Wasser, so daß zum einen die Babynahrung lebensbedrohliche Keime enthielt, zum anderen nicht über hygienische Maßnahmen, wie Sterilisation der Utensilien, aufgeklärt wurde. Die Folge war ein Massensterben von Babies. Nationale Programme und internationale Interventionen (z.B. Nestlé-Boykott) haben diese Entwicklung gestoppt.

Die Mutter-Kind-Transmission stellt nun ein Problem dar. Wenn einerseits das Stillen der Babies die Transmissionsrate erhöht, andererseits Politik und kulturelles Verständnis einer Flaschennahrung entgegenstehen, zudem sich die hygienischen Bedingungen nicht gravierend verändert haben, müssen alternative Konzepte erarbeitet werden. Diese müssen neben gesellschaftlichen Einstellungsveränderungen vor allem Fragen der Hygiene beinhalten. Zudem erhöht, aufgrund der mangelnden hygienischen Bedingungen, das Stillen, trotz der Gefahr einer HIV-Infektion, die Überlebenswahrscheinlichkeit der Kinder. So besteht also zur Zeit eine paradoxe Situation. Und es bestehen viele, zum Teil massive, Kritikpunkte: Die AZT-Kurzzeittherapie hat aus zwei Gründen Erfolg. Zum einen wird damit das Transmissionsrisiko enorm gesenkt, zum anderen entspricht diese Therapieform den gesellschaftlichen und sozialen Realitäten armer Länder.

Für Frauen mit HIV/Aids ist die Therapie entlastend. Denn natürlich möchte jede ein gesundes Kind zur Welt bringen. Sie ist aber eine Therapie für die Babies! Denn was wird aus der Mutter nach der Geburt des Kindes? Es gibt keine Nachfolgebehandlung. Was ist, wenn eine Frau ein zweites, drittes, viertes oder fünftes Kind zur Welt bringt - vor allem mit der Aussicht, daß die Kinder gesund sind? Wo setzt hier die Frage nach dem Wert des Lebens an? Und wer maßt sich an, zu entscheiden, welches Leben höher zu bewerten ist? Oder anders - mit den Worten von Manfred Kriener im Kölner Stadtanzeiger (9.4.98) gefragt: Ist es ethisch vertretbar, Frauen drei Wochen lang zu behandeln, um dann zu sagen: Tut mir leid, das war's? Kosten-Nutzen-Analysen und andere Aspekte berühren weitere ethische Fragestellungen. Da ist zunächst die Frage nach der moralischen Verantwortung von Placebo-Studien. Schon lange ist bekannt, wie hoch die Transmissionsrate ohne Behandlung ist. Durch die Placebo-Studien wird einem Teil der Frauen die Möglichkeit vorenthalten, gesunde Kinder zur Welt zu bringen. Die medizinischen Fragestellungen stehen also über denen der Gesundheit. Denn auch ohne diese Studien ließe sich der Erfolg einer AZT-Behandlung der Mutter für das Kind errechnen.

Hieran schließt sich eine weitere Frage an, nämlich wiederum die nach dem Wert des Lebens, genauer danach, welches Leben als höher bewertet wird: das der Mutter oder das des Kindes. Viele Studien, so scheint es, bewerten das Leben des Kindes höher. Denn sonst wären o.g. Aspekte der Folgen bzw. mehrerer AZT-Kurzzeitbehandlungen auf der Konferenz benannt worden. Nur am Rande sei erwähnt, daß eine solche Studie in industrialisierten Ländern nicht durchgeführt worden wäre!

Natürlich möchte jedes Frau ein gesundes Kind zur Welt bringen. Das stellte eine Vertreterin der ICW (International Community of Women living with HIV/AIDS) aus Afrika während der Konferenz in Genf sehr deutlich heraus. "Wir sprechen von Sterblichkeit und Übertragung, wir sprechen über Mütter und Kinder", so ihr Eingangsstatement. Sie benannte den Konflikt von Frauen mit HIV und Aids, das eigene Kind zu infizieren. Sie hob hervor, daß jede Frau das Beste für ihr Kind will und sich schuldig fühlt, wenn ihr Kind krank ist bzw. erkrankt. Sie forderte Aufklärung und den Zugang zu differenzierten, verständlichen und umfassenden Informationen. Sie kritisierte die Debatte um das Stillen, die dem Markt und den Wirtschaftsinteressen der Ernährungsindustrie Vorschub leistet und forderte gezielte Untersuchungen über Möglichkeiten des Abtötens des HI-Virus' in der Muttermilch. Ihr Beitrag endete unter viel Applaus mit dem Satz: "Frauen brauchen Wahlmöglichkeiten!".

"Gräben überbrücken" - das war das Motto dieser Konferenz. Kritische Stimmen meinen, daß sich mehr Gräben geöffnet als geschlossen haben. Vielleicht sind sie aber auch nur deutlicher benannt worden. Vielleicht hat das Motto zur stärkeren Sensibilisierung geführt. Auch wurde auf der Konferenz deutlich, daß westliches Denken zum Teil als klassische Entwicklungspolitik, mit einem Hauch von Kolonialisierung, den armen Ländern dieser Welt übergestülpt wird. Dieses wird zum Beispiel am gesellschaftlichen Stellenwert des Stillens deutlich. In Deutschland werden Kinder von Frauen mit HIV und Aids nicht gestillt, um das Transmissionsrisiko zu minimieren. Das ist hier gesellschaftlich akzeptiert.

In armen Ländern aber kann dieses neben schlechten hygienischen Bedingungen (wie schon erwähnt) vor allem auch durch gesellschaftliche Moralvorstellungen nicht umgesetzt werden. So stoßen MedizinerInnen und WissenschaftlerInnen an Grenzen, die vielleicht individuell lösbar sind. Da auf kollektiver Ebene diese Akzeptanz nicht vorhanden ist, kann sie individuell auch nicht einfach angewendet werden. Eine gute Mutter stillt ihr Kind. Das ist ein wichtiger Faktor neben medizinischen und hygienischen Bedingungen. Kulturelle Gegebenheiten und nationale Politik sind hier von besonderer Bedeutung und müssen bei der Frage,

wie die Ausbreitung von Aids gestoppt werden kann, mitberücksichtigt werden. Ich habe das Beispiel der Mutter-Kind-Transmission gewählt, um zu verdeutlichen, daß soziale und gesellschaftliche Faktoren medizinische Erkenntnisse bzw. Erfolge relativieren. "Der Mensch lebt nicht von der Pille allein", ganz sicher nicht in den Ländern, in denen keine oder nur sehr begrenzte Möglichkeiten medizinischer Behandlung bestehen.

In Deutschland stellen sich derzeit aber auch andere Fragen für Frauen mit HIV/Aids, insbesondere die, ob und mit welchen Schwierigkeiten unter einer begonnenen antiretroviralen Therapie eine Schwangerschaft möglich ist. Hierzu werden derzeit Therapieempfehlungen erarbeitet, die Licht ins Dunkel bringen werden. Durch die therapeutischen Möglichkeiten und durch ein längeres Leben mit dem Virus verändern sich auch Lebensperspektiven; so auch vielleicht die Frage nach einem eigenen Kind. Doch auch ohne Kombinationstherapie bleiben auch bei uns Fragen offen, wie z.B.: Hat AZT Langzeitschäden für das Kind? Wie kann AZT gegeben werden, wenn auch ohne antiretrovirale Behandlung viele Kinder nicht infiziert zur Welt kämen? Oder anders gefragt: Ist es vertretbar, daß alle ungeborenen Kinder von infizierten Frauen einem hochgiftigen Medikament ausgesetzt werden? Es scheint, als ob unsere Gesellschaft keine kranken oder behinderten Kinder will, obwohl wir es uns aufgrund des gesellschaftlichen Reichtums leisten können müßten.

In Deutschland muß noch immer jede infizierte Frau sich rechtfertigen, wenn sie schwanger wird und sich für das Kind entscheidet. Wir als AIDS-Hilfe setzen uns für ein Recht auf die eigene Entscheidung ein. Die allgemeine Gesellschaft jedoch stellt viele Anforderungen und Anfeindungen an Frauen mit HIV/Aids. Ihnen wird Egoismus und Unverantwortlichkeit vorgeworfen; sie müssen sich mit Fragen der Versorgung des Kindes bei eigener Erkrankung auseinandersetzen; ihnen wird unterstellt - wegen des Kinderwunsches - die Gefahr der Infektion des Kindsvaters einzukalkulieren. Im Zusammenhang mit der Diskussion um den §218 wird deutlich, daß auch bei uns Leben bewertet wird. Denn scheinbar "gesunde" Frauen sollen davon überzeugt werden, eine Schwangerschaft auszutragen, kranke Frauen werden oft auf einen Abbruch hin beraten.

"Der Mensch lebt nicht von der Pille allein." Ein schwieriges, weil sehr umfassendes Thema, das ich - als Frauenreferentin der DAH - am Beispiel HIV und Schwangerschaft versucht habe, greifbar zu machen. Krankheit ist mehr als medizinische Behandlung. Wieviele unterschiedliche Faktoren außer den Pillen Leben ausmachen, wissen wir alle.

(Mara Seibert)

*WHO

=World Health Organisation:

Weltgesundheitsorganisation

**Doppelblind-Studie/Placebo-kontrolliert: eine Hälfte der StudienteilnehmerInnen erhält ein wirksames, die andere Hälfte ein unwirksames Medikament (Place-bo). Die TeilnehmerInnen wissen nicht, ob sie ein Placebo erhalten oder nicht.

***AZT Azidothymidin (Handelsname: Retrovir): antiretrovirales Medikament der 1. Stunde.

Migration und Aids: "Über Menschenwürde denkt niemand mehr nach"

An die Verantwortung Deutschlands (als reiche Industrienation) im internationalen Kontext Aids appellierten einige RednerInnen auf der Aktionswoche in Berlin. Hingegen ist die Situation HIV-positiver MigrantInnen in Deutschland wenig bekannt. Jaime Tavor, Mitarbeiter von BEKAM, formulierte es während des Kongresses so: "Wir brauchen gar nicht weit zu schauen. Die "Dritte Welt" ist hier vor unserer Haustür." Über die (politische) Situation HIV-positiver MigrantInnen in Deutschland sprach DHIVA am Rande der Aktionswoche mit Kathrin Pfeiffer vom AKAM-Archiv und Felix Gallé, BEKAM.

DHIVA: Hallo Kathrin, hallo Felix. Erklärt doch erst einmal, was sich hinter den Abkürzungen AKAM-Archiv und BEKAM versteckt.

Kathrin Pfeiffer: Das AKAM-Archiv ist eine Dokumentations- und Informationsstelle, die sich mit dem Thema Gesundheit und Migration beschäftigt. Ursprünglich haben wir uns ausschließlich auf den Bereich HIV/Aids und Geschlechtskrankheiten konzentriert. Jetzt beschäftigen wir uns aber auch mit anderen gesundheitlichen und sozialrechtlichen Aspekten, um der Vielseitigkeit und Breite der Ausländerarbeit besser gerecht werden zu können.

Felix Gallé: BEKAM ist die Abkürzung für "Berliner Aids-Hilfe Kontakt- und Anlaufstelle für MigrantInnen". Wir haben festgestellt, daß der Bedarf an Sekundärprävention so hoch ist, daß wir uns in diesem Bereich spezialisiert haben.

DHIVA: Wie ist die Situation der HIV-positiven MigrantInnen in Berlin? Gibt es Angebote für sie?

Kathrin: In Berlin sind ca. 12% der EinwohnerInnen MigrantInnen. Der Prozentsatz der Neuinfektionen bei der ausländischen Bevölkerung ist jedoch viel höher als bei den Deutschen. Im letzten Jahr waren es ca. 17% aller positiven Testergebnisse. Obwohl es für die deutsche Bevölkerung eine Menge Angebote - nicht nur im Bereich der Primärprävention, sondern auch bei der Sekundär- und Tertiärprävention gibt - gibt es für die ausländische Bevölkerung kaum Angebote, die auch auf die kulturellen Barrieren eingehen und den unterschiedlichen Umgang mit Sexualität und verschiedene Religionen berücksichtigen.

Felix: In der Berliner Aids-Hilfe gibt es ja ein großes Beraterteam, das sich auf verschiedenen Gebieten z.B. Sozial-, Arbeitsrecht, Krankenversicherung, Drogen, Frauen etc. spezialisiert hat. Es hat sich in der letzten Zeit gezeigt, daß ein Schwerpunkt in der Bearbeitung der aufenthaltsrechtlichen Angelegenheiten liegt. Wenn MigrantInnen hier illegal leben oder die Aufenthaltsberechtigung ausläuft, helfen wir ihnen mit spezialisierten Anwälten, um erstmal ihren grundsätzlichen Status zu klären.

DHIVA: "Aids und Migration" ist ein politisch brisantes Thema. Erlebt Ihr insofern in der praktischen Arbeit rassistische Reaktionen? Wie sind Eure Erfahrungen?

Felix: Das ist das, was die Arbeit so anstrengend macht. Wenn Du tatsächlich bei den Ämtern etwas erreichen willst oder bei der Ausländerbehörde, ist es immer notwendig, daß ein Deutscher dabei ist. Wenn MigrantInnen alleine dorthin gehen, bekommen sie nicht das gleiche, werden schlecht behandelt und abgekanzelt. Da fallen dann auch solche Sprüche wie "Geh doch in dein Heimatland zurück" und "Ihr kostet uns zuviel". Das ist alles sehr, sehr unmenschlich geworden. Innerhalb der letzten 5, 6 Jahre hat diese Stimmung erheblich zugenommen. Über Menschenwürde und die Tatsache, daß diese Menschen in völlig verzweifelten Situationen sind, wenn sie hierher kommen, darüber denkt niemand mehr nach. Dann stoße ich oft genug an die Grenzen meiner Arbeit. Solidarität kann man nicht einfordern. Solidarität gibt man, weil man überzeugt ist, daß es ein moralischer Wert ist, etwas selbstverständliches. Es fällt mir sehr, sehr schwer, ständig auf die Tränendrüse zu drücken und zu sagen: "Ja, aber! Sei doch bitte solidarisch."

DHIVA: Warum werden - Eurer Meinung nach - die Angebote der Aids-Beratungsstellen von MigrantInnen selten genutzt? Liegt es an den kulturellen Unterschieden oder am Thema Aids überhaupt?

Kathrin: Es gibt eine Menge Gründe dafür. Ein Haupthindernis ist die Sprachbarriere. Selbst viele der MigrantInnen, die schon mehr als 20 Jahre hier leben, haben ganz wenig Deutschkenntnisse. Die Präventionskampagnen erreichen deshalb diese Leute nicht. Ein weiterer Grund ist natürlich auch die Angst vor Diskriminierung. In Ämtern und Behörden werden sie schlecht behandelt. Die Informationspolitik der Institutionen trägt auch zu Informationsdefiziten bei. Es gibt eine geringe Wahrnehmung der besonderen Bedürfnisse.

DHIVA: Würdet Ihr sagen, daß HIV-positive MigrantInnen in das Aids-Hilfe-System integriert werden können oder brauchen sie eher ihre eigenen Anlaufstellen ?

Felix: Ich denke schon, daß es wichtig wäre, daß zumindest in den großen Aids-Hilfen spezialisierte AnsprechpartnerInnen vorhanden sind, die sich konkret um Belange von MigrantInnen kümmern können. Was z.B. emotionale Begleitung angeht, das können wir gar nicht leisten. Dafür ist BEKAM viel zu klein. Wir können den Menschen dahingehend helfen, daß sie überhaupt Anspruch auf eine Grundversorgung haben. Wir können ihnen erklären, wie sie ihre Ansprüche durchsetzen können. Das A und O ist die Aufenthaltserlaubnis, daraus folgt dann alles andere. Wenn Du keine hast, bekommst Du auch keine Sozialhilfe. Dann ist auch keine angemessene medizinische Versorgung gewährleistet. Verschärfend kommt hinzu, daß z.B. AsylbewerberInnen im Grunde von einer Mindestversorgung ausgeschlossen sind. Rein rechtlich gesehen fallen sie unter das Asylbewerber-Leistungsgesetz, dessen Leistungen noch geringer sind als die des BSHG. Da geht es um die nackte Existenz, wenn Du nur verminderte Sozialhilfe bekommst.

Kathrin: Eine ideale Lösung wäre es natürlich, wenn es für jeden ausländischen Bürger Beratung und Informationsmaterialien in seiner Muttersprache gäbe. Das ist aber nicht realisierbar. Zumindest sollte es aber im öffentlichen Gesundheitswesen mehr Fortbildungen dazu geben, damit die dort tätigen MitarbeiterInnen mehr Einblick in die Situation der MigrantInnen bekommen.

Felix: Die MigrantInnenorganisationen beschäftigen sich - nach unseren Erfahrungen - mit dem Thema Aids gar nicht so sehr. Andererseits wenden sich die betroffenen MigrantInnen nicht so gerne an ihre Anlaufstellen, weil sie natürlich sofort befürchten, daß ihre Anonymität dort nicht gesichert ist. Denn die meisten Communities sind überschaubar und HIV-positive MigrantInnen befürchten, daß andere aus der gleichen Community von ihrer HIV-Infektion erfahren. Hier muß also noch viel mehr Aufklärung stattfinden als bei vergleichbaren Organisationen für deutsche Ratsuchende. Insofern ist in den letzten 15 Jahren viel ver-

säumt worden. Es hat keine spezifischen Angebote in den ausländischen Communities gegeben.

DHIVA: Gibt es eine Zusammenarbeit der MigrantInnen-Organisationen mit Aids-Hilfen und der MigrantInnen untereinander?

Kathrin: Teilweise. BEKAM ist das einzige Projekt, das direkt in einer Aids-Hilfe angesiedelt ist. Dafür wurde jedoch nur eine 1/8 Stelle eingerichtet, alle anderen MitarbeiterInnen arbeiten ehrenamtlich und sind nur eingeschränkt erreichbar. Andere Beratungsstellen wie ADM (Aids Danisma Merkezi) arbeiten für MigrantInnen aus der Türkei und anderen Ländern oder wie AKAM (Anlauf- und Koordinierungsstelle zur gesundheitlichen Aufklärung für MigrantInnen) mit MigrantInnen aus der ehemaligen Sowjetunion. Insgesamt sind die Angebote, die auf die Bedürfnisse HIV-positiver MigrantInnen eingehen, die Ausnahme.

DHIVA: Woran liegt es -Eurer Meinung nach-, daß es solange gedauert hat, bis sich die Deutschen im Kontext Aids auch des Themas "MigrantInnen" angenommen haben, obwohl Deutschland ja schon lange ein Einwanderungsland ist?

Felix: Das liegt sicher daran, daß das nicht zugegeben wird und die Politik sich offiziell nicht darauf einstellt. Deutsche Politiker denken immer noch, daß sie sich abschotten können und, daß Integration bedeutet, daß sich Ausländer in die deutsche Kultur integrieren müssen. Das ist natürlich nicht so. Da wird sich auch Deutschland verändern, wenn endlich offiziell anerkannt wird, daß auch MigrantInnen Menschen sind, die Rechte haben. Der Knackpunkt ist nach wie vor, daß 10% der Bevölkerung von politischer Teilhabe ausgeschlossen sind. Wenn diese 10% Wählerstimmen wären, sähe die Situation ganz anders aus.

DHIVA: In Frankreich sind Interessengruppen wesentlich radikalisierter als in Deutschland, z.B. die der illegalen MigrantInnen - die sog. "sans papiers". Was glaubt Ihr woran das liegt? Seht Ihr Parallelen zwischen der deutschen Aids-Selbsthilfe-Bewegung, wo das Engagement der Positiven nachläßt, zur Passivität der MigrantInnen?

Felix: Ja, ich meine, für die Leute, die hierherkommen, ist schon längst der Punkt erreicht, wo man sich organisieren müßte, wo es einen Impuls geben müßte und es heißt: "So kann das doch nicht weitergehen." Die wenigen, die versuchen sich politisch zu engagieren, werden belächelt und nicht ernstgenommen, wenn man hier bestimmte Konventionen verletzt. In Deutschland muß man immer sehr kontrolliert sein. Ich kann mir hier schwer eine Massenbewegung vorstellen, die tatsächlich auf die Straße geht für die Rechte solcher Gruppen. Und viele MigrantInnen bleiben in ihren eigenen Grüppchen und versuchen, sich durchzuschlagen. Es geht immer auch um Wohlstand, um ein ökonomisch besseres Leben als im

Heimatland. Im Grunde sind sie von all dem, was so gesellschaftspolitisch läuft, ausgeschlossen. Auf dem Selbsthilfe-Symposium hat auch Thomas Fenkl angesprochen, wie schwierig es vor 10, 15 Jahren war, sich als Positiver zu outen, auch innerhalb der schwulen Community, was das an Kraft gekostet hat und wie die Leute isoliert worden sind, wenn sie sich geoutet haben. Das gleiche sehen wir genauso bei den MigrantInnen. Da traut sich keiner, das öffentlich zu sagen, weil sie sofort befürchten, daß niemand mehr mit ihnen spricht.

Kathrin: Es gibt einige wenige AktivistInnen, die aber sehr stark engagiert sind. Das hängt aber auch von der Community ab, aus der sie kommen. Bei Afrikanern z.B. gibt es zu viele Ängste vor diesem Thema. Es ist fast ein Delikt, HIV-positiv zu sein. Die meisten erzählen ihren Angehörigen oder FreundInnen nicht, daß sie HIV-positiv sind und könnten von daher auch niemals in die Öffentlichkeit treten und sich outen. Lateinamerikaner gehen nach meinen Erfahrungen mit dem Thema Aids etwas "lockerer" um. Osteuropäer beginnen sich langsam zu öffnen.

Felix: Die afrikanischen Communities z.B. sind sehr zersplittert. Es ist ihnen nicht möglich, mit einer Stimme zu sprechen, um eine starke politische Interessenvertretung aufzubauen, um sich innerhalb dieses ganzen Spektrums zu positionieren.

DHIVA: Das Thema Migration taucht immer häufiger im Kontext Aids auf. Hat das Interesse daran zugenommen?

Felix: Seit der Bundespositivenversammlung 1993 machen wir jedes Jahr etwas zum Thema "MigrantInnen" und in diesem Jahr bin ich äußerst mißtrauisch, wenn ganz häufig MigrantInnen erwähnt werden. Ich habe die Erfahrung gemacht, daß sobald es um Geldtöpfe geht, mit der Solidarität nicht weit her ist. Die Leute sagen: "Ach ja, man müßte etwas machen." Ein Argument, von dem ich denke, das es zieht und jetzt auf dem Selbsthilfe-Symposium angesprochen worden ist, ist, daß wenn man bei den MigrantInnen anfängt (zu sparen), man sehr leicht bei den Schwulen und bei allen anderen benachteiligten Gruppen landet und auch dort die Sparschere ansetzt. Von daher ist es auch strategisch wichtig, sich auf die Seite derjenigen zu stellen, bei denen jetzt schon gespart wird. Nur so kann man weitere Kürzungen vermeiden.

DHIVA: Wie sieht Ihr die zukünftige Entwicklung?

Felix: Es klingt zynisch, aber es muß offensichtlich noch schlimmer werden. Die Schmerzgrenze ist noch nicht erreicht. Und es wird auch immer schlimmer. Von daher brauchen wir keine Angst haben. Es ist vielleicht eine Sache von ein paar Jahren. Dann werden die Infektionszahlen unter MigrantInnen weiter gestiegen sein. Es ist pervers, daß auch wir mit steigenden Infektionszahlen argumentieren müssen, um Aufmerksamkeit zu erregen. Es geht

anscheinend kein Weg daran vorbei. Seit vier oder fünf Jahren steigt der Anteil der MigrantInnen an den Aids-Kranken, jedes Jahr um 0,5%. In Frankfurt liegt z.B. der Anteil von MigrantInnen, die neu in die Uni-Klinik kommen, bei über 20% im Jahr. Jetzt besteht vielleicht noch die Möglichkeit, sich auf die Situation einzustellen. Aus den Aids-Hilfen kommen schon Rückmeldungen, daß immer mehr MigrantInnen Unterstützung in Aids-Hilfen suchen und daß die Aids-Hilfen einfach nicht darauf vorbereitet sind. Im Oktober gibt es ein Seminar der DAH dazu, wie Aids-Hilfe auf die spezifischen Bedürfnisse von MigrantInnen reagieren kann. Die 25 Seminarplätze sind seit Wochen schon vergeben. Das zeigt, welcher Bedarf da ist.

Kathrin: Es wird immer schlimmer. Wenn sich die politische Situation nicht ändert, sehe ich schwarz.

(Interview: Annette Kayser)

A.K.A.M Archiv

4. Etage, Raum 403 Kadiner Straße 17
10243 Berlin

Fon/Fax: 030/ 293 416 42 e-mail: via.akam@berlin.snafu.de
Kto.-Nr. 3334700, BLZ 100 205 Bank für Sozialwirtschaft

BEKAM

Berliner Aids-Hilfe e.V., 4. Etage

Meinekestraße 12,
10719 Berlin

Fon: 030/ 88 56 40 -0/ -23

Fax: 030/ 88 56 40 - 25

di 10-13 Uhr (engl., franz., span.)

mi 15-18 Uhr (ital., portug., span.)

Spendenkonto Nr. 205, BLZ 100 205 00, Bank für Sozialwirtschaft, Verwendungszweck: BE-KAM

"Hier ist jede auf sich allein gestellt."

Über die Situation von HIV-positiven Frauen in der Region von Ilebo, Provinz Kasai-Okzidental, Demokratische Republik Kongo

Die Zahl der HIV-positiven Frauen steigt in dieser Region ständig, weil es keine Informationen und Aufklärungskampagnen gibt. Hier gibt es viel zu tun für die O.N.G. (Organisations non-gouvernementale = Regierungsunabhängige Organisationen). Es gibt allerdings sehr wenige davon. Die infizierten Frauen sind auf sich alleine gestellt. Die Bevölkerung weiß sehr wenig über diese Krankheit und die Übertragungswege. Der Anteil der HIV-Positiven liegt bei 40%, eine Zahl, die uns verschiedene Gesundheitszentren und Krankenhäuser genannt haben. Die Tatsache, daß es in den meisten Hospitälern nicht mal Medikamente gibt, die wenigstens ein bißchen die Leiden der Kranken erleichtern könnten, ist erschreckend.

Unsere O.N.G. engagiert sich, um HIV-positive Frauen zusammenzubringen und aus ihrer Isolation zu holen. Denn in der Bevölkerung herrscht immer noch die Meinung vor, daß HIV hoch ansteckend ist und man mit den Kranken nicht zusammenleben kann. Diese Situation hat uns dazu veranlaßt, ein Konzept für ein Seminar zu entwickeln, das die Menschen für das Thema HIV und AIDS sensibilisiert und sie darüber informiert. Wegen fehlender finanzieller Mittel konnte diese Fortbildung bis heute nicht stattfinden. Dennoch versuchen wir weiterhin - im Rahmen unserer begrenzten Möglichkeiten - die Bevölkerung über die Krankheit und Schutzmöglichkeiten aufzuklären. Für die geplante Workshopreihe hoffen wir auf Unterstützung aus Deutschland. Dadurch könnten Tausende gerettet werden, die diesem "Fluch des Jahrhunderts" ausgeliefert sind, weil sie keine verlässlichen Informationen haben. Trotz der hohen Anzahl HIV-positiver Frauen, gibt es Bemühungen, ihnen Wege aufzuzeigen, wie sie aus ihrer scheinbar ausweglosen Lage herauskommen können. Denn auf dem Land haben die Frauen eine wichtige Stellung, weil sie zum Lebensunterhalt der Familien beitragen. Bis heute gibt es keinen Ort, an welchem sich HIV-positive Frauen austauschen und ihrer Situation bewußt werden können. Deshalb haben wir ein Komitée zur Unterstützung von Frauen mit HIV und AIDS gegründet. Denn - wie gesagt - hier auf dem Land sind sie auf sich alleine gestellt.

Eugénie Kulaba Langa

Centre de Développement Intégral des Femmes CEDIF, B.P. 9873 Kinshasa I

République Démocratique du Congo

(Übersetzung aus dem Französischem: Annette Kayser)

Ein ganz normaler Tag

Teil 2

14.00 Uhr: "Los zurück zur Szene, den Arsch mach ich platt!", schreit Roland und zerrt Tina hinter sich her. Hastig suchen sie den Bahnhofsvorplatz nach Bumi ab und fragen hektisch die herumstehenden anderen Junkies: "Habt ihr den Bumi, die linke Ratte gesehen?"

"Wer soll das sein?"

"Na, der Große, der gestern noch das saugute Koka verkauft hat."

"Ach der, na klar. Aber der ist schon vor einer ganzen Weile abgehauen!"

"Scheiße!" ist der einzige Kommentar, der ihnen dazu einfällt. Sie erzählen "Pillen-Joe", was gerade passiert ist. "Filterfreddy", der ganz in der Nähe ist, mischt sich ein und meint: "Den habe ich doch vor 5 Minuten am ... Platz gesehen." Obwohl Tina die Hoffnung aufgegeben hat, Bumi noch zu finden, rennt sie Roland hinterher, der bereits in Richtung ... Platz läuft.

Im Laufen fällt ihr ein, daß sie mit ein bißchen Glück "Kurtie" - ihren Stammfreier - gegen 15.00 Uhr vor der "Kanne" treffen kann. Sie schreit Roland hinterher, daß sie gleich nachkommt und biegt in die Straße zur "Kanne" ein. Außer Atem dort angekommen, sieht sie gerade noch wie "Kurtie" mit einer anderen abzieht. "Verdamm, verdammt", denkt sie, "das ist heute echt mein Tag, alles geht schief!" Völlig verzweifelt überlegt sie, welche Möglichkeiten sie jetzt noch hat, um an Kohle zu kommen. Weit und breit kein korrekter Freier in Sicht, nur "perverse Inventar".

Da es erst 15.30 Uhr ist, ist ihr klar, daß sie noch andere Alternativen hat. Außerdem befürchtet sie, dass Roland in der Zwischenzeit was aufgetan hat und alles alleine verballert. Sie hetzt zurück zum ... Platz. Roland steht ganz gelassen an der Rolltreppe. Als er sie anspricht, wird ihr sofort klar, daß er was drin hat. "Da hast du doch Pillen eingefahren", schreit sie ihn an. Lallend erklärt er, daß er fünf Flunnies auf Kombi bekommen hat; gnädig hält er ihr eine Pille hin. Sie reißt sie ihm aus der Hand und schluckt sie. Hassig zieht sie an ihm herum: "Tu noch was raus. Eine Pille ist doch für'n Arsch. Mir geht's total Scheiße!" In diesem Moment sehen sie Ali auf den Platz kommen. Innerhalb kürzester Zeit ist er von Junkies umringt. Ali verkauft nur korrektes Weißes, dafür ist er bekannt. Sie drängeln sich zu ihm durch, erzählen ihm von dem Link und versuchen, ihm was aus der Tasche zu leiern. Darauf läßt sich Ali nicht ein. Er verspricht ihnen jedoch etwas für sie aufzuheben. Sie beobachten wie Geld und Material den Besitzer wechseln.

(AG Drogen des Netzwerkes Frauen & AIDS)