Francesca Poglia Mileti, Laura Mellini und Marc Tadorian

Migration und Vulnerabilitäten für HIV/STI in der Schweiz

Forschungsbericht

März 2022

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis ... **2**

Danksagung ... **4**

Glossar ... **5**

1 Einleitung ... **7**

2 Ziele und Methoden ... **10**

2.1 Ursprüngliche Ziele und Neuorientierung im Laufe der Studie ... *10*

2.2 Mi.STI: Eine qualitative und partizipative Studie für Forschungszwecke und Interventionen ... *11*

*2.3 Befragung 1 mit den Akteur*innen vor Ort* ... *14*

2.4 Befragung 2 mit Personen mit Migrationshintergrund ... *16*

*2.5 Befragung 3: Tandem aus Akteur*innen vor Ort und Personen mit Migrationshintergrund* ... *19*

3 Status, Identitäten und Lebensbedingungen in der Schweiz: Vielfältige Vulnerabilitäten ... **21**

3.1 Definition von Vulnerabilität ... *21*

3.2 Vulnerabilitäten und Ungleichheiten beim Zugang zu Ressourcen (in den Schweizer Kantonen) ... *23*

3.3 Rechtlicher Status und beschränkter Zugang zu Wohnraum, Arbeit und Gesundheit in der Schweiz ... *25*

3.4 Sozioökonomischer Status und Prekarität ... *29*

3.5 Geschlechtliche Identitäten und sexuelle Orientierungen von Minderheiten ... *31*

3.6 Ethnische Herkunft und rassistische Diskriminierung ... *34*

3.7 Spezifische Schwierigkeiten bei Sexarbeit ... *36*

4 Vulnerabilität für HIV/STI ... **39**

4.1 Definition von Vulnerabilität für HIV/STI ... *39*

4.2 Sexualkontakte ohne Kondom ... *41*

4.2.1 Nichtverwendung von Kondomen bei heterosexuellen cis Personen ... 44

4.2.2 Nichtverwendung von Kondomen bei homosexuellen Männern, trans und queeren Personen ... 49

4.2.3 Nichtverwendung von Kondomen bei Sexarbeiter*innen ... 53

4.3 Unterschiedliche Inanspruchnahme von Tests ... *56*

4.4 Sehr geringe Inanspruchnahme von PEP und PrEP ... *61*

4.5 Schwierigkeiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und bei der Behandlungskontinuität infizierter Personen ... *63*

5 Verflechtung von Vulnerabilitäten und HIV/STI ... **69**

5.1 Rechtliche Instabilität und sozioökonomische Unsicherheit ... *71*

5.2 Gewalt und Ausbeutung ... 74

5.3 Vielfältige Vulnerabilitäten und intersektionale Diskriminierung ... 76

5.4 Auswirkungen sozialer Vulnerabilitäten auf die Vulnerabilität für HIV/STI ... 80

5.5 Ressourcen der Personen mit Migrationshintergrund ... 85

6 Interventionsmassnahmen im Bereich HIV/STI und Migration ... 91

6.1 Interventionen im Bereich HIV/STI und sexuelle Gesundheit/Sexualität ... 91

6.1.1 Intervention im Bereich HIV/IST ... 92

6.1.2 Prävention und Betreuung im Bereich der sexuellen Gesundheit/Sexualität ... 102

6.2 Ansätze, Prinzipien und Interventionsinstrumente ... 103

6.2.1 Ansätze ... 103

6.2.2 Prinzipien ... 109

6.2.3 Interventionsinstrumente ... 113

6.3 Kooperationen ... 118

6.3.1 Intrainstitutionelle Kooperation ... 118

6.3.2 Interinstitutionelle Kooperation ... 119

6.3.3 Kooperation mit Freiwilligen ... 119

6.4 Schwierigkeiten bei Interventionen im Bereich HIV/STI und Migration ... 121

6.4.1 Strukturelle und institutionelle Beschränkungen ... 121

6.4.2 Einschränkungen aufgrund der soziokulturellen Situationen ... 126

7 Interventionsstrategien ... 131

7.1 Interventionsstrategien statt Best Practices ... 131

7.2 Die Bedürfnisse der PM in Bezug auf die umfassende Gesundheit verstehen ... 133

7.3 PM über sexuelle Rechte, sexuelle Gesundheit und HIV/STI informieren ... 139

7.4 PM eine diversifizierte Prävention gegen HIV/STI und andere sexuelle Risiken anbieten ... 145

7.5 Intersektionale Stigmatisierung und Diskriminierung bekämpfen ... 156

7.6 Gesundheitliche Chancengleichheit verbessern ... 160

8 Fazit ... 165

9 Literaturverzeichnis ... 179

Anhang 1: Zusammenfassung der Studie ... 185

Anhang 2: Übersichtstabelle über die Akteur*innen vor Ort ... 193

Anhang 3: Übersichtstabelle über die Personen mit Migrationshintergrund ... 195

Anhang 4: Bespiel für eine in der Befragung 3 verwendete Beschreibung ... 197

Danksagung

Jedes Forschungsprojekt ist das Ergebnis einer kollektiven Arbeit. Das gilt umso mehr, wenn es sich um ein partizipatives Forschungsprojekt handelt.

Unser Dank gilt allen Personen, die an den Befragungen teilgenommen haben. Wir danken ihnen aufrichtig für das Vertrauen, das sie uns entgegengebracht haben, für ihre Bereitwilligkeit und die Zeit, die sie sich für uns genommen haben – oftmals über das hinaus, was wir erwartet hatten. Die Akteur*innen vor Ort haben uns ihre Berufspraxis beschrieben und von ihren Erfolgen berichtet, ohne ihre Schwierigkeiten und Zweifel aussen vor zu lassen. Die Menschen mit Migrationshintergrund haben uns von ihrem Werdegang – sei es in der Schweiz, in ihrem Herkunftsland oder anderswo – erzählt. Sie haben uns ihre Erfahrungen, Ideen und intimen, manchmal schmerzhaften Gefühle anvertraut. Dafür sind wir ihnen sehr dankbar.

Wir danken den Mitgliedern der PARTEN-Gruppe ganz besonders dafür, dass sie sich an dieser Studie beteiligt haben und ihr Wissen, ihre Fähigkeiten und ihr Fachwissen eingebracht haben. Ihre Fragen, Anmerkungen, Vorschläge und Kritik haben wesentlich zur Verbesserung der Qualität der Studie beigetragen. Danke, Alecs Recher (Transgender Network Switzerland), Barbara Zwahlen (Bundesamt für Gesundheit), Celeste Ugochukwu (African Diaspora Council of Switzerland), Claude Isofa Nkanga Bokembya (Fondation PROFA), Corinne Siffert (Grisélidis), Felix Neuenschwander (Aids-Hilfe beider Basel), Furkan Hancioglu (Asile LGBTIQ+ Genève), Izabel Barros (Cfd - Die feministische Friedensorganisation), Linda Stoll (Schweizerisches Rotes Kreuz, Kanton Zürich), Marianne Jossen (Bundesamt für Gesundheit), Mihaela Georgescu (Fleur de Pavé) und Sabina Düringer (Aids-Hilfe Schweiz).

Unser Dank gilt auch den Institutionen, die an der Rekrutierung der Interviewpartner*innen mitgewirkt haben. Um ihre Anonymität zu wahren, können wir sie nicht namentlich nennen. Ohne ihre Arbeit, die sie trotz der Unsicherheiten und Überlastungen aufgrund der Gesundheitskrise im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie geleistet haben, wäre diese Studie nicht möglich gewesen.

Unser Dank gilt ebenfalls Theresa Koim (Genossenschaft traduko) für ihre sorgfältige Arbeit beim Post-Editing dieses Berichts.

Schliesslich danken wir dem Bundesamt für Gesundheit für die Finanzierung der Studie. Unser Dank gilt Marianne Jossen, wissenschaftliche Mitarbeiterin und stellvertretende Sektionsleiterin, und Barbara Zwahlen, wissenschaftliche Mitarbeiterin, die uns in allen Phasen der Studie mit viel Interesse, Engagement und Hilfsbereitschaft begleitet haben.

Um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort zu erhalten, hat das BAG die Universität Freiburg als externe Dienstleisterin beauftragt. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und die Empfehlungen dieses Berichts (und der anderen Publikationen, die aus diesem Forschungsprojekt hervorgegangen sind) widerspiegeln ausschliesslich die Ansichten der Autor*innen. Sie können daher von der Meinung und den Positionen des BAG abweichen.

Zitiervorschlag:
Poglia Mileti, F., Mellini, L. und Tadorian, M. (2022). *Migration und Vulnerabilitäten für HIV/STI in der Schweiz. Forschungsbericht*. Universität Freiburg.

Titelbild: Acryl auf Leinwand, Marion Canevascini, 120x120 cm, 2016.

Glossar

AHS: Aids-Hilfe Schweiz

AIG: Ausländer- und Integrationsgesetz

AKT: Akteur*in vor Ort

ART: Antiretrovirale Therapie

AsylG: Asylgesetz

BAG: Bundesamt für Gesundheit

Cis: Betrifft eine Person, deren Geschlechtsidentität dem Geschlecht entspricht, das ihr bei der Geburt zugewiesen wurde

Checkpoint: «Gesundheitszentrum für Männer, die Sex mit Männern haben sowie für trans Menschen und ihre Angehörigen».[1]

EKSI: Eidgenössische Kommission für Fragen zu sexuell übertragbaren Infektionen

EU/EFTA: Europäische Union/Europäische Freihandelsassoziation

FZA: Freizügigkeitsabkommen Schweiz-EU/EFTA

HIV/STI: Human immunodeficiency virus (Immunschwäche-Virus beim Menschen) oder andere sexually transmitted infections (sexuell übertragbare Infektionen)

LGBTQI+: Lesbische, schwule, bisexuelle, trans, queere (oder hinterfragende), intersexuelle und weitere Personen

MSM: Männer, die Sex mit Männern haben

NGO: Nichtregierungsorganisation

OHG: Opferhilfegesetz

PEP: Post exposition prophylaxis (Postexpositionsprophylaxe)

PM: Person(en) mit Migrationshintergrund

PReP: Preexposition prophylaxis (Präexpositionsprophylaxe)

Queer: Betrifft eine Person, die sich nicht mit einer binären Sichtweise von Geschlecht und Sexualität identifiziert

Rahmenkonzept MV: «Rahmenkonzept für die HIV/STI-Prävention – Migration und Vulnerabilitäts-faktoren 2016+», erstellt vom BAG

SEM: Staatssekretariat für Migration

SOGI: Sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität

SGCH: Sexuelle Gesundheit Schweiz

TasP: Treatment as prevention (Behandlung als Prävention)

[1] https://www.mycheckpoint.ch/de/

Trans: Betrifft eine Person, deren Geschlechtsidentität und/oder -ausdruck nicht mit dem Geschlecht übereinstimmt, das ihr bei der Geburt zugewiesen wurde. Ein trans Mann ist eine Person, deren Geschlechtsidentität und/oder -ausdruck männlich und das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht weiblich ist. Eine trans Frau ist eine Person, deren Geschlechtsidentität und/oder -ausdruck weiblich und deren bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht männlich ist.

UM: Unbegleitete Minderjährige

UNAIDS: Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/Aids

VCT: Voluntary counselling and testing (Freiwillige Beratung und Testung)

WHO: Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

Mi.STI (*Migration & Sexually Transmitted Infections*) ist eine qualitative und partizipative Studie, die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) finanziert und von einem Team aus Soziolog*innen der Universität Freiburg von Oktober 2019 bis März 2022 durchgeführt wurde.

Für den Bereich HIV/STI hat das BAG ein Rahmenkonzept präventiver Massnahmen für sogenannte «vulnerable Personen mit Migrationshintergrund» erstellt. Es handelt sich um das «Rahmenkonzept für die HIV/STI-Prävention – Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+» (Rahmenkonzept MV) (BAG, 2016a), das verschiedene Massnahmen empfiehlt: Sensibilisierung der Personen mit Migrationshintergrund für sexuelle Rechte; Primärprävention von HIV/STI; Beratung, Diagnostik und Therapie; Schaffung nachhaltiger Rahmenbedingungen.

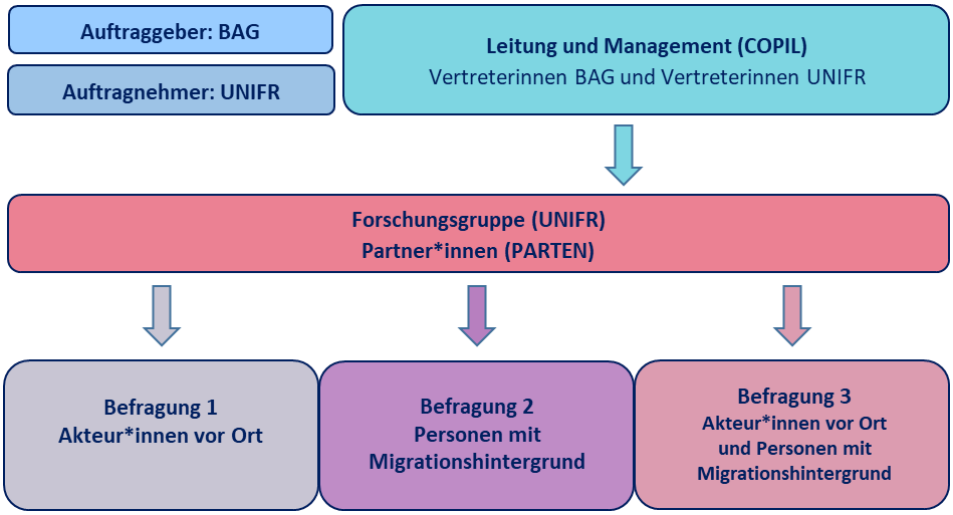
Die Mi.STI- Studie wurde in diesem Zusammenhang in Auftrag gegeben und hat zum Ziel:

- die Vulnerabilität von Personen mit Migrationshintergrund für HIV/STI zu untersuchen;
- die Massnahmen von Institutionen in Bezug auf die Vulnerabilität von Personen mit Migrationshintergrund für HIV/STI zu untersuchen;
- Reflexionsgrundlagen für Interventionen im Zusammenhang mit der Vulnerabilität von Personen mit Migrationshintergrund für HIV/STI zu schaffen.

Um diese Ziele zu erreichen, wurde die Studie in drei Phasen unterteilt:

1. **Befragung 1** wurde mit **Akteur*innen vor Ort** durchgeführt, die im Bereich HIV/STI und Migration tätig sind. Ziel der Befragung war es, die Massnahmen der Institutionen im Hinblick auf die Vulnerabilität von HIV/STI im Kontext von Migration zu untersuchen. Genauer gesagt ging es darum, die subjektiven Erfahrungen der Personen, die im Bereich HIV/STI und Migration tätig sind, zu sammeln, einen Überblick über die durchgeführten Aktivitäten zu gewinnen und die von den Akteur*innen vor Ort festgestellten Hauptschwierigkeiten zu identifizieren.
2. **Befragung 2** wurde mit **Personen mit Migrationshintergrund** durchgeführt. Ziel dieser Befragung war es, ihre Vulnerabilität für HIV/STI zu untersuchen. Genauer gesagt ging es darum, die Vulnerabilitätssituationen, mit denen diese Menschen konfrontiert sind, zu identifizieren und deren Verflechtung aufzuzeigen. Ferner ging es darum herauszufinden, welche subjektiven Erfahrungen die Personen mit Migrationshintergrund im Zusammenhang mit HIV/STI gemacht haben und welche Kenntnisse sie über Präventionsangebote haben.
3. In **Befragung 3** traten **Akteur*innen vor Ort und Personen mit Migrationshintergrund** miteinander in einen Dialog. Ziel dieser Befragung war es, im gemeinsamen Gespräch Interventionsmöglichkeiten im Zusammenhang mit der Vulnerabilität für HIV/STI von Personen mit Migrationshintergrund zu erarbeiten.

Die Mi.STi-Studie wurde von einer Koordinationsgruppe (COPIL) geleitet, die aus zwei Mitgliedern des Forschungsteams und zwei Vertreterinnen des BAG bestand. Die Studie basiert auf einem partizipativen Ansatz und wurde von einer transdisziplinären Gruppe aus Praxispartner*innen (PARTEN-Gruppe) begleitet. Letztere war in alle Phasen der Studie involviert und ist mehrmals zu Besprechungen zusammengekommen.



Die vorliegende Arbeit stellt die Forschungsergebnisse vor und richtet sich in erster Linie an Personen, die in diesem Bereich in der Praxis oder in der Gesundheits- und Migrationspolitik tätig sind, sowie an Personen mit Migrationshintergrund und alle weiteren Personen, die sich für dieses Thema interessieren. Damit der Text möglichst klar und einem breiten Publikum zugänglich ist, haben wir – soweit möglich – auf die Verwendung wissenschaftlicher Sprache verzichtet.

Im ersten Kapitel der vorliegenden Arbeit werden die Ziele und Methoden der Studie vorgestellt (Kapitel 2). Danach folgen fünf Kapitel, in denen die Ergebnisse präsentiert werden (Kapitel 3-7). In Kapitel 3 werden die Lebensbedingungen in der Schweiz, der Aufenthaltsstatus und die Identität der befragten Personen mit Migrationshintergrund beschrieben. Dies ermöglicht es, die sozialen Vulnerabilitäten, denen sie ausgesetzt sind, darzulegen – die Situation zu beschreiben, welche die Vulnerabilität für HIV/STI prägen.

In Kapitel 4 wird erläutert, dass sich die Vulnerabilität für HIV/STI auf medizinische Risiken bezieht und in zweierlei Hinsicht besteht: dem Risiko nicht infizierter Personen sich anzustecken, und dem Risiko infizierter Personen, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert. Es wird sich zeigen, dass die Vulnerabilität für HIV/STI im Zusammenhang steht mit Verhaltensweisen, z. B. der Nichtverwendung von Kondomen bei Sexualkontakten, mit Schwierigkeiten insbesondere beim Zugang zu medizinischer Versorgung und bei der Kontinuität von Behandlungen sowie mit dem Wissen der Personen mit Migrationshintergrund über HIV/STI und ihre Vorstellungen über HIV/STI, Sexualität, Geschlechter- und Paarbeziehungen.

In Kapitel 5 wird aufgezeigt, dass die medizinischen Risiken variabel sind und mit sozialen und sexuellen Merkmalen der Personen mit Migrationshintergrund, ihren Identitäten und Lebensbedingungen in der Schweiz zusammenhängen. Mit anderen Worten: Die Vulnerabilität für HIV/STI hängt von der Verflechtung der zuvor beschriebenen sozialen Vulnerabilitäten ab. Um die Vulnerabilisierungsprozesse zu veranschaulichen, die dazu führen, dass Personen mit Migrationshintergrund einem erhöhten Risiko für eine HIV/STI-Infektion und/oder einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands ausgesetzt sind, werden Fallstudien erläutert. Es wird insbesondere aufgezeigt, wie wichtig es ist, die Machtverhältnisse zu berücksichtigen, in die diese Menschen eingebunden sind und die sich in Agismus, Klassismus, Sexismus, Heteronormativität, Cissexismus, Rassismus usw. unterteilen lassen. Das Kapitel schliesst mit den Ressourcen, über welche die Personen mit Migrationshintergrund verfügen. Denn auch wenn das Ziel dieser Studie darin besteht, die Vulnerabilitäten zu untersuchen, mit denen Personen mit

Migrationshintergrund konfrontiert sind, so sollen sie nicht auf Defizite, Schwierigkeiten und Herausforderungen reduziert werden. Die Personen mit Migrationshintergrund verfügen über Ressourcen, auf denen die Interventionen aufbauen können.

Kapitel 6 gibt einen Überblick über die Interventionen im Hinblick auf die Vulnerabilität für HIV/STI im Kontext von Migration. Es wird sich zeigen, dass die Akteur*innen vor Ort auf verschiedenen Interventionsebenen operieren, sich auf verschiedene Prinzipien stützen und bei der Durchführung ihrer Interventionen eine Vielzahl von Ansätzen und Instrumenten verwenden. Ferner werden die Schwierigkeiten, mit denen sie konfrontiert sind, dargelegt. Diese ergeben sich aus den Einschränkungen der Migrations- und Gesundheitspolitik, den institutionellen Grenzen sowie den Lebensbedingungen und soziokulturellen Situationen der Personen mit Migrationshintergrund, mit denen sie arbeiten.

Kapitel 7 schliesslich beschreibt die Interventionsstrategien, die dazu beitragen können, die Vulnerabilität von Personen mit Migrationshintergrund für HIV/STI zu verringern. Sie sind in fünf Hauptbereiche unterteilt: Die Bedürfnisse der Personen mit Migrationshintergrund in Bezug auf die umfassende Gesundheit verstehen; Personen mit Migrationshintergrund über sexuelle Rechte, sexuelle Gesundheit und HIV/STI informieren; Personen mit Migrationshintergrund eine diversifizierte Prävention gegen HIV/STI und andere sexuelle Risiken anbieten; intersektionale Stigmatisierung und Diskriminierung bekämpfen; gesundheitliche Chancengleichheit verbessern. Zu jedem Hauptbereich werden spezifische Ziele, Ansätze, Instrumente, Massnahmen und die betroffenen Institutionen vorgestellt.

Abschliessend möchten wir noch einige Erläuterungen zur Bedeutung dieses Berichts erwähnen und eine Art Interpretationshilfe geben: Zunächst ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Mi.STI-Studie nur kleine Stichproben von Akteur*innen vor Ort und Personen mit Migrationshintergrund umfasst, die damit statistisch gesehen nicht repräsentativ sind. Doch auch wenn die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden können, so ermöglichen sie es einerseits, die Vielfalt und Komplexität der Lebenswege und Erfahrungen der Personen mit Migrationshintergrund hervorzuheben, um die Prozesse besser zu verstehen, die diese Personen in eine Situation der Vulnerabilität für HIV/STI bringen. Andererseits ermöglichen sie es, sowohl die Vielfalt und Komplexität der beruflichen Praktiken in diesem Bereich als auch die Herausforderungen, mit denen die Akteur*innen vor Ort konfrontiert sind, zu erfassen.

Entsprechend der dieser Studie zugrunde liegenden soziologischen Perspektive berücksichtigen wir keine rein biologischen Elemente wie biologische Unterschiede für das Risiko einer HIV-Infektion je nach Geschlecht oder sexueller Orientierung.

Die Ergebnisse, die aus den Befragungen mit den Akteur*innen vor Ort und den Personen mit Migrationshintergrund hervorgegangen sind, werden im gesamten Bericht miteinander verknüpft. Diese Darstellungsform scheint uns interessanter und informativer als eine Aufgliederung der Ergebnisse nach Befragtengruppe, zumal die Grenzen zwischen den beiden Gruppen fliessend sind.

Um die Befragten selbst zu Wort kommen zu lassen, werden die Analysen um zahlreiche Gesprächsausschnitte ergänzt. Sie sind im Text eingerückt und kursiv gesetzt. Um die Anonymität der Interviewpartner*innen zu schützen, wurden alle soziodemografischen Daten und institutionellen Referenzen, die Rückschlüsse auf ihre Identität zuliessen, entfernt. Die Aussagen werden so wiedergegeben, wie sie in der Interviewsituation gesagt wurden, und einzig um den Hinweis der Kategorien «Akteur*in vor Ort» oder «Person mit Migrationshintergrund» ergänzt.

Die Zusammenfassung der Studie findet sich in Anhang 1.

2 Ziele und Methoden

2.1 Ursprüngliche Ziele und Neuorientierung im Laufe der Studie

Die Ziele der Studie waren[2]:

I. Untersuchung der Vulnerabilität von Migrant*innen für HIV/STI

a. Kenntnis der strukturellen Lebensumstände von Migrant*innen, die gegenüber HIV/STI vulnerabel sind;

b. Kenntnis der subjektiven Erfahrungen und Wahrnehmungen von vulnerablen Personen mit Migrationshintergrund (VM) mit HIV/STI;

c. Erläuterung der Vulnerabilitätsfaktoren für HIV/STI und deren Auswirkungen auf die verschiedenen Kategorien von VM;

d. Evaluation der objektiven Realitäten und der subjektiven Erfahrungen, die VM mit im HIV/STI-Bereich tätigen Akteur*innen haben.

II. Untersuchung der Massnahmen von Institutionen im Zusammenhang mit der Vulnerabilität von Migrant*innen für HIV/STI

a. Überblick über die Aktivitäten und Interventionen zu HIV/STI bei VM;

b. Zusammentragen der subjektiven Erfahrungen von Fachpersonen und Akteur*innen, die mit VM zu HIV/STI arbeiten;

c. Identifikation der Kommunikationsformen zwischen Institutionen, der Netzwerke und Kooperationen;

d. Zusammentragen der Evaluationen bestehender Aktionen und Kommunikationsformen, Identifikation der Hauptaktivitäten und Hauptmängel.

III. Vorschlag von Reflexionsgrundlagen für Interventionen im Zusammenhang mit der Vulnerabilität von Migrant*innen für HIV/STI

a. Erarbeitung praxisbezogener Anhaltspunkte für Interventionen (Best Practices, Fallstudien, Kooperationsprogramme usw.);

b. Vorschlag von Kooperations- und Koordinationsmodalitäten (Austauschplattformen, Kooperationsnetzwerke, Workshops usw.);

c. Beitrag zur Weiterentwicklung des Determinantenmodells, das vom BAG im Rahmen der Koordination der sozialepidemiologischen Forschung entwickelt wurde;

d. Operationalisierung und/oder Bewertung der Relevanz des Vulnerabilitätskonzepts.

Die ursprünglichen Ziele haben sich entsprechend der gewählten qualitativen Methode und dem partizipativen Ansatz im Laufe der Studie weiterentwickelt. Sie wurden durch die Überlegungen in der PARTEN-Gruppe und auf der Grundlage der empirischen Ergebnisse präzisiert. Teilweise mussten sie aufgrund der Gesundheitskrise im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie abgeändert werden, was insbesondere bei der Befragung 3 eine andere Methode erforderlich machte (vgl. Kapitel zu den Methoden weiter unten). Die Ziele zur Identifikation und Evaluation der Kommunikationsformen zwischen den Institutionen, der Netzwerke und Kooperationen (Ziele II c, d) wurden in den Interviews mit den

[2] Ziele gemäss Entwurf, der am 28. Juni 2019 beim BAG eingereicht wurde.

Akteur*innen vor Ort (AKT) in der Befragung 1 nur zum Teil erreicht. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die befragten Personen mehr über ihre tägliche Interventionspraxis und die dabei auftretenden Schwierigkeiten sprachen als über die Kooperationen mit ihren Partner*innen. Es war zwar vorgesehen, diesen Punkt in den Fokusgruppen mit den AKT (Befragung 3) aufzugreifen, aber aufgrund der durch die Covid-19-Pandemie bedingten Einschränkungen mussten wir die Methode für die Befragung 3 ändern, was sich auf die Erhebung der Informationen über die Kooperationen und Netzwerke der Institutionen auswirkte.

Die Neuorientierung und Weiterentwicklung der Ziele im Verlauf der Studie sind auch darauf zurückzuführen, dass Anpassungen aufgrund der Zwischenergebnisse vorgenommen wurden. Beispielsweise zeigte sich anhand der erhobenen Daten, dass die Kategorien vulnerabler Migrant*innen, wie sie im «Rahmenkonzept für die HIV/STI-Prävention» des BAG (2016a) definiert wurden, zu eng sind und die erlebten Realitäten nicht erfassen.

Anstatt also zu versuchen, die Vulnerabilitätsfaktoren anhand der verschiedenen Kategorien vulnerabler Migrant*innen zu erklären (Ziel I c), haben wir die Vulnerabilitätssituationen und die Vulnerabilisierungsprozesse analysiert und nicht nur die Merkmale der Personen. Aus diesem Grund sprechen wir nicht von vulnerablen Migrant*innen, wie noch in den ursprünglichen Zielen, sondern von Personen mit Migrationshintergrund (PM).

2.2 Mi.STI: Eine qualitative und partizipative Studie für Forschungszwecke und Interventionen

Mi.STI ist eine **soziologische Studie**. Der soziologische Ansatz besteht darin, beobachtbare Tatsachen oder Phänomene wie Migration oder Krankheit als soziale Wirklichkeit zu betrachten. Davon ausgehend wird versucht, diese Tatsachen unter Einbezug von sozialen Prozessen (Mobilität, Zugehörigkeit, Integration, Ausschluss, Diskriminierung usw.) zu verstehen. Der soziologische Ansatz ermöglicht es auch, die sozialen Beziehungen und Machtverhältnisse zu identifizieren, in welche die soziale Wirklichkeit eingebettet ist (Geschlechter-, Alters-, Klassen-, ethnische Beziehungen usw.).

Mi.STI ist eine **qualitative Studie**. Die qualitative Methode besteht darin, Wissen im Rahmen von Beobachtungen und/oder Interviews zu generieren. Sie gilt als eine «Methode der Nähe» («méthodologie de la proximité») (Paillé, 2007). Die qualitative Methode eignet sich besonders gut, um soziale Wirklichkeit zu erforschen, zu beschreiben und vertieft zu verstehen, indem soziale Prozesse wie Stigmatisierung, Diskriminierung, Dominanz oder Ausbeutung beleuchtet werden. Der qualitative Ansatz ermöglicht es, die Erfahrungen der betroffenen Personen und die Bedeutungen, die sie ihrer Situation zuschreiben, zu erfassen.

Mi.STI wurde in **drei Phasen** durchgeführt:

1. **Befragung 1** wurde mit **AKT** durchgeführt, die **im Bereich HIV/STI und Migration** tätig sind. Das Ziel der Befragung bestand darin, die Interventionen der Institutionen in Bezug auf die Vulnerabilität für HIV/STI im Kontext von Migration zu untersuchen. Genauer gesagt ging es darum, die subjektiven Erfahrungen der Personen, die im Bereich HIV/STI und Migration tätigen sind, zu sammeln, eine Bestandsaufnahme der durchgeführten Aktivitäten vorzunehmen und die von den AKT festgestellten Hauptschwierigkeiten zu identifizieren.
2. **Befragung 2** wurde mit **PM** durchgeführt. Das Ziel bestand darin, ihre Vulnerabilität für HIV/STI zu untersuchen. Genauer gesagt ging es darum, die Vulnerabilitätssituationen, mit denen sie

konfrontiert sind, zu identifizieren und deren Verflechtung aufzuzeigen. Ferner ging es darum herauszufinden, welche subjektiven Erfahrungen und Wahrnehmungen die Personen mit Migrationshintergrund im Zusammenhang mit HIV/STI gemacht haben und über welche Kenntnisse zu Präventionsangeboten sie verfügen.

3. In **Befragung 3** kamen **AKT** und **PM** zu einem Gespräch zusammen. Ziel dieser Befragung war es, auf der Basis des gemeinsamen Gesprächs Anhaltspunkte für Interventionen im Zusammenhang mit der Vulnerabilität für HIV/STI von Personen mit Migrationshintergrund zu erarbeiten.

Die Daten wurden durch vertiefende Einzelinterviews (Blanchet & Gotman, 2007) und Gruppeninterviews (Duchesne & Haegel, 2008) erhoben (vgl. Details in den folgenden Abschnitten).

Mi.STI ist eine **partizipative Studie**. Sie orientiert sich an der **bevölkerungsbezogenen Interventionsforschung im Bereich der Gesundheit** («recherche interventionnelle en santé des populations», RISP), die sich auf Feldversuche stützt, um handlungs- und entscheidungsrelevantes Wissen zu generieren (Ferron et al., 2013). Die Partner*innen werden nach dem Prinzip der Gleichheit und der geteilten Verantwortung entsprechend ihren jeweiligen Kompetenzen in den Prozess eingebunden: Wissensaustausch, Transparenz, berufliche Öffnung und sektorübergreifende Zusammenarbeit. Diese Dispositive sind von der Aktionsforschung und der partizipativen Evaluation inspiriert und fördern verschiedene Beziehungsmodalitäten zwischen den Akteur*innen, Entscheidungsträger*innen und Forscher*innen (Potvin et al., 2010). Das bedeutet, dass die wissenschaftlichen Verfahren mit den Partner*innen diskutiert werden und innovative Handlungs- und Evaluationsansätze zur Anwendung kommen (Alla & Kivits, 2015), da die Wissensgrundlage auch für die Evaluation bereits bestehender Interventionsformen genutzt werden kann (Potvin et al., 2013). Es gibt keine Trennung zwischen der empirischen Forschungsphase und dem Wissenstransfer, da die Partner*innen von Anfang an Teil des wissenschaftlichen Dispositivs sind und sich über dessen Fortschritt austauschen.

In Übereinstimmung mit RISP wurde eine **Gruppe von Partner*innen** (PARTEN-Gruppe) in **alle Phasen der Forschung einbezogen,** angefangen bei der Entwicklung des methodischen Aufbaus über die Konzeptualisierung einer Interventionsstrategie bis hin zur Diskussion der Ergebnisse der Studie.

Die PARTEN-Gruppe war interdisziplinär zusammengesetzt und bestand aus 15 Personen (darunter die drei Mitglieder des Forschungsteams), die in verschiedenen Interventionsbereichen im Zusammenhang mit Migration, sexueller Gesundheit, HIV/STI-Prävention, der LGBTQI+ Community, Sexarbeit, Rassismusbekämpfung, Kooperation und Entwicklung sowohl auf kantonaler als auch auf nationaler Ebene tätig sind. Die Gruppe war auch hinsichtlich Geschlecht, Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung, ethnischem Hintergrund und Migrationshintergrund, Sprache und beruflicher Position vielfältig.

Zusammensetzung der PARTEN-Gruppe:

Alecs Recher	Transgender Network Switzerland (TGNS)
Barbara Zwahlen	Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Celeste Ugochukwu	African Diaspora Council of Switzerland (ADCS)
Claude Isofa Nkanga Bokembya	Fondation PROFA, VD
Corinne Siffert	Grisélidis, FR
Felix Neuenschwander	Aids-Hilfe beider Basel, BS/BL
Francesca Poglia Mileti	Universität Freiburg, FR
Furkan Hancioglu	Asile LGBTIQ+ Genève, GE
Izabel Barros	Cfd - Die feministische Friedensorganisation
Laura Mellini	Universität Freiburg, FR
Linda Stoll	Schweizerisches Rotes Kreuz, Kanton Zürich
Marc Tadorian	Universität Freiburg, FR
Marianne Jossen	Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Mihaela Georgescu	Fleur de Pavé, VD
Sabina Düringer	Aids-Hilfe Schweiz

Die PARTEN-Gruppe hat sich fünfmal getroffen. Die Sitzungen dauerten zwischen drei und vier Stunden. Vier Sitzungen konnten in Präsenz an der Universität Freiburg abgehalten werden, eine Sitzung fand aufgrund des Lockdowns im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie online statt. Die Sitzungen hatten folgende Ziele:

1. Präsentation und Diskussion des partizipativen Modells und der Methoden; Identifikation der Vulnerabilitätssituationen, mit denen die PM konfrontiert sind;
2. Diskussion des Profils der AKT, die befragt werden sollen, ihrer Institutionen und der Themen, die in den Interviews angesprochen werden sollen;
3. Präsentation und Diskussion ausgewählter Ergebnisse aus Befragung 1 (AKT); Diskussion des Profils der PM, die befragt werden sollen, und der Themen, die in den Interviews angesprochen werden sollen;
4. Erläuterung und Diskussion der Ergebnisse aus Befragung 2 (PM); Vorschlag und Diskussion einer neuen Methode für die Befragung 3 (Interventionen).
5. Präsentation und Diskussion der Ergebnisse aus Befragung 3; Diskussion der Interventionen, die vom Forschungsteam umgesetzt werden.

In jeder Sitzung gab es sowohl Präsentationen seitens des Forschungsteams (Präsentation des Projekts, der Methodik, der Ergebnisse) als auch gemeinsame Diskussionen und Arbeiten zu zweit oder in Gruppen. Zwischen den einzelnen Sitzungen arbeiteten die Beteiligten auf unterschiedliche Weise an der Studie weiter. Sie haben:

- dem Forschungsteam graue Literatur aus ihren Fachgebieten zur Verfügung gestellt oder Dokumente erstellt, in denen sie ihre beruflichen Praktiken erläutern (z. B. Darstellung ihrer Kooperationsnetzwerke);
- vom Forschungsteam erstellte Dokumente gelesen und Feedback gegeben;

- sich aktiv an der Rekrutierung von Interviewpartner*innen beteiligt, indem sie entweder Vermittler*innen vorschlugen, die mit den Interviewpartner*innen in Kontakt treten sollten, oder Personen, die allenfalls selbst an den Interviews teilnehmen könnten;
- das in Befragung 3 verwendete methodische Instrument getestet, das weiter unten vorgestellt wird.

Die Mi.STI-Studie, die als Interventionsforschung konzipiert ist, soll nicht nur Wissen über Vulnerabilitätssituationen im Zusammenhang mit HIV/STI generieren, sondern auch **Reflexionsgrundlagen für die Intervention im Zusammenhang mit der Vulnerabilität von PM für HIV/ST** schaffen: Entwicklung von praxisbasierten Interventionsansätzen, Vorschläge für Kooperations- und Koordinationsmodalitäten (Ziel 3, a-d).

2.3 Befragung 1 mit den Akteur*innen vor Ort

Die Befragung der AKT fand zwischen Januar und April 2020 statt.

Zusammenstellung der Stichprobe: ein reflexives und partizipatives Vorgehen

Das Projekt sah vor, dass **20 Personen** interviewet werden sollten, **die im Bereich HIV/STI und Migration tätig sind**. Um die Stichprobe zusammenzustellen, führte das Forschungsteam zunächst eine systematische Sichtung der in diesem Bereich tätigen Institutionen in der Deutschschweiz und der Romandie durch (September–Oktober 2019).

Auf der Grundlage der Analyse wurden etwa 20 Institutionen ausgewählt und für jede dieser Institutionen wurde ein Personen-Profil für die zu interviewenden AKT erstellt (Geschlecht, Migrationserfahrung, Funktion in der Institution usw.) (November 2019). Da es sich um eine explorative Befragung handelt, wurde die Diversifizierung der Stichprobe durch die folgenden Kriterien sichergestellt:

- Sprachregion und Heimatkantone der Institutionen;
- Interventionsbereich der Institutionen: Medizin, Soziales, Migration, sexuelle Gesundheit, HIV/STI, Sexarbeit, LGBTQI+, Asyl, Sans-Papiers, Menschenhandel und Gewalt;
- Status und Funktionen der AKT: Ärzt*innen, Pflegefachpersonen, Berater*innen für sexuelle Gesundheit, Projektleiter*innen, Sozialarbeiter*innen, Mediator*innen, Peers;
- Allfällige Migrationserfahrung der AKT.

Im Sinne der partizipativen Forschung wurden die Vorauswahl der Institutionen und die Profile der zu befragenden AKT mit den Mitgliedern der PARTEN-Gruppe diskutiert. Anschliessend wurde die Auswahl gemäss den Vorschlägen und Anmerkungen angepasst.

Bei der zweiten Sitzung der PARTEN-Gruppe initiierte das Forschungsteam ein Brainstorming über die zu berücksichtigenden Institutionen und die Profile der potenziellen Interviewpartner*innen. In der Diskussion wurde die Übereinstimmung zwischen der konstruierten Stichprobe und den von den Gruppenmitgliedern formulierten Vorschlägen überprüft.

Diese Diskussion führte zu einer neuen Stichprobenzusammensetzung, die anschliessend von den Partner*innen des BAG und der PARTEN-Gruppe genehmigt wurde.

Kontakte mit Institutionen, Rekrutierung und Anpassung der Stichprobe

Insgesamt kontaktierten die an der empirischen Arbeit beteiligten Forscher*innen **25 Institutionen**. Im Laufe dieses Prozesses mussten einerseits aufgrund gewisser Einschränkungen vor Ort, andererseits aufgrund der erhobenen Daten einige Anpassungen an der Stichprobenauswahl vorgenommen werden.

Die **Einschränkungen vor Ort** zeigten sich in verschiedener Weise. Beispielsweise hatten zwei der ausgewählten Personen ihre Funktion aufgegeben. Drei weitere hielten ihre Teilnahme für nicht-relevant, weil sie entweder nicht genügend Kontakt zu PM hatten oder weil sie sich nicht in Bereichen tätig waren, die einen Zusammenhang mit Sexualität oder sexueller Gesundheit haben. Ausserdem lehnten zwei Institutionen, die in den Bereichen Sexarbeit und Menschenhandel tätig sind, die Teilnahme an der Befragung ab. Ihrer Ansicht nach könnte die Studie einen stigmatisierenden Effekt haben, da der Fokus auf HIV/STI liegt.

Was die **Anpassungen der Stichprobe infolge der ersten erhobenen Daten angeht**, können hier zwei Beispiele angeführt werden: Obwohl geplant war, mit einer AKT zu sprechen, die im Bereich Gewalt arbeitet, wurde dieses spezifische Profil aufgegeben, da das Thema Gewalt von den anderen befragten AKT bereits ausführlich behandelt worden war. Ausserdem wurde ein*e Dolmetscher*in im Laufe der Studie in die Stichprobe aufgenommen, nachdem die AKT die Bedeutung dieser Rolle bei Interventionen mit PM hervorgehoben hatten.

Planung und Ablauf der Interviews

Insgesamt wurden zwischen Februar und April 2020 **18 Interviews** durchgeführt, davon **neun in der Deutschschweiz** und **neun in der Romandie**. Aufgrund der Covid-19-Pandemie dauerte die Phase der Datenerhebung länger als geplant und die letzten fünf Interviews wurden am Telefon geführt. In zwei Institutionen schlug die kontaktierte Person vor, dass ein*e weitere*r Kollege*in ebenfalls an dem Interview teilnehmen sollte. Die endgültige Stichprobe bestand somit aus **20 AKT**, die im Bereich HIV/STI und Migration arbeiten (vgl. Anhang 3: Übersichtstabelle über die Akteur*innen vor Ort).

Die **vertiefenden** (Beaud, 1996), **verstehenden (**Kaufmann, 2016; Ramos, 2015) und **halbstrukturierten** (Blanchet & Gotman, 2007) **Interviews** wurden auf der Grundlage eines Interviewleitfadens geführt, der zuvor unter Beteiligung der Mitglieder der PARTEN-Gruppe erstellt worden war. Die beiden für den empirischen Teil der Studie zuständigen Forscher*innen führten **acht Interviews auf Deutsch bzw. Schweizerdeutsch** und **zehn Interviews auf Französisch** durch (eine der in der Deutschschweiz rekrutierten Personen wollte das Interview auf Französisch führen). Die soziodemografischen Daten der befragten Personen wurden vor oder nach dem Forschungsgespräch erhoben.

Während der Interviews brachten die befragten AKT ihr Interesse an der Studie zum Ausdruck, indem sie über die Erwartungen hinaus ihre Zeit zur Verfügung stellten und inhaltsreiche, mit vielen Beispielen und Anekdoten ergänzte Angaben machten. Dank der Zustimmung der Teilnehmer*innen konnten alle Interviews aufgezeichnet werden. Die Dauer der Aufnahmen variiert zwischen einer und drei Stunden, wobei die durchschnittliche Dauer bei 1 h und 45 min liegt. Die Interviews selbst dauerten jedoch wesentlich länger, da es vor und nach der Aufzeichnung Zeit für Austausch gab. Darin ging es um das Mi.STI-Projekt, die besprochenen Themen, die Realität vor Ort oder auch um die Ergebnisse früherer Studien des Forschungsteams.

Transkription, Codierung und Analyse

Die 18 Interviews wurden vollständig transkribiert. Im Sinne des Ansatzes der **Grounded Theory** (Corbin & Strauss, 2015; Glaser & Strauss, 2012; Lejeune, 2014) ermöglichte dieses Vertiefen in die erhobenen Daten und der regelmässige Austausch innerhalb des Forschungsteams, den Interviewleitfaden anzupassen, neue Themen zu erschliessen und diejenigen zu vertiefen, die sich für die Interviewpartner*innen als am relevantesten erwiesen.

Parallel zum Austausch über die ersten Ergebnisse codierten die Forscher*innen die Interviews mithilfe einer Software zur qualitativen Datenanalyse (NVivo). Dabei verwendeten sie ein gemeinsames Codierraster mit thematischen Codes, die sich im Laufe der Codierung der Daten weiterentwickelten. Die Analyseergebnisse wurden regelmässig im Team besprochen und diskutiert und es wurde ein Bericht über die wichtigsten Ergebnisse der AKT-Befragung verfasst.

2.4 Befragung 2 mit Personen mit Migrationshintergrund

Der Interviewleitfaden für die PM wurde der Ethikkommission für Forschung am Menschen des Kantons VD, die für die im Kanton Freiburg durchgeführten Forschungsprojekte zuständig ist, vorgelegt und genehmigt.

Die Befragung der PM fand zwischen Juni und November 2020 statt. Die beiden beteiligten Forscher*innen waren für die Suche nach Interviewpartner*innen zuständig und führten die Interviews durch. Die Befragung wurde trotz der Gesundheitssituation im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie durchgeführt, das Projekt verzögerte sich jedoch um etwa sechs Wochen. Die Rekrutierung erforderte zusätzliche Arbeitsstunden (Überlastung der Institutionen, Nichtverfügbarkeit von PM aufgrund psychischer Instabilität und/oder Quarantäne, Schwierigkeiten beim Erreichen von PM, die in anderen europäischen Ländern festsassen und Verschiebung von Interviews).

Gezieltes Sampling und Multichannel-Rekrutierung

Das Projekt sah vor, etwa 30 PM zu interviewen, die zu Personenkategorien gehören, die in wissenschaftlichen Arbeiten und von der Gesundheitspolitik (BAG, 2016a) als besonders vulnerabel gegenüber HIV/STI gelten: Personen aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz (insbesondere aus Subsahara-Afrika)[3], Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), trans Personen, Menschen, die sich illegal in der Schweiz aufhalten (Sans-Papiers) und Sexarbeiter*innen. Das Profil der Interviewpartner*innen wurde auf der Grundlage der ersten Ergebnisse aus der AKT-Befragung und der Diskussion in der dritten Sitzung der PARTEN-Gruppe festgelegt.

Die PM mussten die folgenden Auswahlkriterien erfüllen:

- Alter: mindestens 18 Jahre;
- Erfahrung mit Sexualität: bereits Sexualkontakt gehabt;
- Migrationserfahrung: Erstmigration;

[3] «Gemäss UNAIDS und WHO gilt ein Land als HIV-Hochprävalenzland, wenn die HIV-Prävalenz bei 15- bis 45-Jährigen in der Allgemeinbevölkerung über einem Prozent liegt. Um jährliche Unterschiede in der Definition zu vermeiden, gelten in Berichten des BAG seit 2018 folgende Länder als Hochprävalenzländer: Alle Länder der WHO-Region «Afrika» (ohne Algerien, aber einschliesslich Djibouti, Sudan, Somalia) sowie Thailand, Brasilien, Suriname, Guyana, Belize, Jamaika, Haiti und Dominikanische Republik, Bahamas, Barbados, Trinidad und Tobago. Die Hinzunahme von Brasilien zum Beispiel trägt dem Einwanderungsprofil der Schweiz Rechnung» (BAG, 2020, S. 20).

- Leben in der Schweiz: seit mindestens einem Jahr in der Schweiz;
- Rechtsstatus und Aufenthaltsbewilligung: vorrangig prekäre Aufenthaltsbewilligungen (N, F, B) oder illegaler Aufenthalt.

Um die Stichprobe zu diversifizieren, wurden die folgenden Kriterien berücksichtigt:

- Sprachregion und Wohnkanton;
- Herkunftsland;
- bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht, Geschlechtsidentität, sexuelle Orientierung;
- HIV/STI-Serostatus.

Die Forscher*innen nutzten insbesondere vier Kanäle (Netzwerke von Vermittlern), um PM für die Befragung zu finden:

1. Netzwerk der an der Befragung 1 beteiligten AKT;
2. Netzwerk der Mitglieder der PARTEN-Gruppe;
3. Netzwerk der befragten PM (*Schneeball*-Sampling, besonders geeignet, um Zugang zu schwer erreichbaren Personen zu bekommen) (Browne, 2005);
4. persönliches Netzwerk der Forscher*innen.

Um die Rekrutierungsarbeit zu erleichtern, übermittelte das Forschungsteam den Vermittler*innen ein Dokument mit einer zusammenfassenden Beschreibung des Forschungsprojekts (Rahmen, Ziele, Methoden, Ablauf der Interviews) und dem Profil der gesuchten Personen (Auswahlkriterien für die PM).

*Kontaktaufnahme mit Vermittler*innen*

Über Vermittlernetzwerke kam das Forschungsteam mit Personen verschiedener Institutionen in Kontakt:

- regionale Fachstellen der Aids-Hilfe Schweiz (AHS);
- Vereine oder andere NGOs, die in den Bereichen Sexarbeit, LGBTQI+ Community, Hilfe für Geflüchtete und Sans-Papiers, Dolmetschen und bestimmter ethnische Gemeinschaften tätig sind;
- Aufnahmezentren für Personen aus dem Asylbereich;
- Spitäler.

Die Forscher*innen sahen sich mit mehreren Herausforderungen konfrontiert: Bei der Rekrutierung mussten sie manchmal bis zu fünf Zwischenstationen durchlaufen, um mit einer Person in Kontakt zu kommen, die bereit war, an der Befragung teilzunehmen. Besonders schwierig war es, Personen zu finden, die einer sexuellen Minderheit angehören (nicht-cis Identität oder nicht-heterosexuelle Orientierung). Diese Schwierigkeit beim Zugang widerspiegelte die Erfahrungen der befragten AKT (insbesondere von Personen, die in Checkpoints arbeiten), die berichteten, dass sie Schwierigkeiten hätten, diese Schlüsselpopulationen zu erreichen.

Mehrere Interviews mussten abgesagt oder verschoben werden: Lockdown in einem anderen europäischen Land aufgrund der Covid-19-Pandemie (1 Person); Absage aufgrund des als zu intim empfundenen Themas (2 Personen); Verlust des Kontakts wegen des Ablaufs der Aufenthaltsbewilligung (1 Person). Die Mobilität der PM und ihre Vulnerabilitäten konfrontierten das Forschungsteam mit Schwierigkeiten beim Zugang zu dieser Befragtengruppe.

Planung, Ablauf und Bedingungen für die Durchführung der Interviews

Insgesamt führten die Forscher*innen **28 vertiefende** (Beaud, 1996), **verstehende** (Kaufmann, 2016; Ramos, 2015) und **halbstrukturierte** (Blanchet & Gotman, 2007) **Interviews** mit Personen unterschiedlicher sozialer Merkmale durch (vgl. Anhang 4: Übersichtstabelle über die Personen mit Migrationshintergrund). Die Interviews basierten auf einem zuvor erstellten Interviewleitfaden und fanden zwischen Juli und Oktober 2020 statt. Die Hälfte der Interviews fand in der Deutschschweiz statt (Kantone BS, BE, LU, TG, ZH), die andere Hälfte in der Romandie (Kantone FR, GE, NE, VD). Die Orte, an denen die Interviews durchgeführt wurden, wurden nach den Wünschen der Interviewpartner*innen festgelegt: in Institutionen für Prävention im Bereich HIV/STI und Sexarbeit (6 Interviews), in öffentlichen Parks (5 Interviews), in Cafés (4 Interviews), in der Wohnung der Befragten (4 Interviews), in den Räumen der Universität (3 Interviews), in Unterkünften für Sans-Papiers oder Personen aus dem Asylbereich (2 Interviews), in einem Kulturzentrum (1 Interview), in einer Einrichtung für sozioprofessionelle Integration (1 Interview), in einem erotischen Massagesalon (1 Interview), per Videokonferenz (1 Interview).

Die soziodemografischen Daten der Interviewpartner*innen wurden vor oder nach dem Interview separat auf einem Blatt erhoben. Die Interviews wurden in **sieben verschiedenen Sprachen** durchgeführt: **Französisch** (13 Interviews), **Deutsch** (3 Interviews), **Englisch** (5 Interviews), **Spanisch** (2 Interviews), **Tigrinya** (2 Interviews), **Rumänisch** (1 Interview), **Italienisch** (1 Interview) und zweisprachig, Deutsch und Französisch (1 Interview).

Bei **fünf Interviews war der Einsatz von Dolmetscher*innen** erforderlich, um die Übersetzungen der Interviews auf Spanisch (1 Interview ins Französisch und 1 Interview ins Deutsche übersetzt), Tigrinya (2 Interviews ins Französische übersetzt) und Rumänisch (1 Interview ins Französische übersetzt) zu gewährleisten.

Vor jedem Interview hatten die Forscher*innen einen oder mehrere Telefonkontakte mit den Freiwilligen. Dabei erklärten sie das Forschungsthema, die Ziele der Studie, den Ablauf des Interviews, die Datenschutzmassnahmen und mögliche Nachteile oder Risiken. Zu Beginn jedes Interviews erinnerten die Forscher*innen an diese Aspekte und baten die Teilnehmer*innen um ihre mündliche Zustimmung, wobei sie darauf achteten, eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen.

In den Interviews sprachen die befragten PM über ihren Werdegang sowie über ihre positiven und negativen Lebenserfahrungen. Sie drückten ihre Gefühle aus (Angst, Traurigkeit, Verwirrung, aber manchmal auch Freude, Stolz, Dankbarkeit) und teilten ihre Ansichten mit. Einige Interviews waren sehr bewegend – die Interviewpartner*innen weinten zum Teil und für die beiden Forscher*innen gab es sehr emotionale Momente. Während dieser sensiblen Momente boten Letztere eine angemessene moralische Unterstützung. Sie fragten nach, ob die betroffenen Personen das Interview fortsetzen oder abbrechen wollten. Am Ende der jeweiligen Interviews nahmen sich die Forscher*innen Zeit für ein Feedback der Teilnehmer*innen zum Verlauf des Interviews. Alle äusserten sich zufrieden darüber, dass sie in einem wohlwollenden Kontext über ihre Lebenssituation sprechen konnten. Am Ende der Interviews hatten die Teilnehmer*innen auch die Möglichkeit, Fragen im Zusammenhang mit ihrer Aufenthaltsbewilligung, ihren Lebensbedingungen in der Schweiz oder ihrer sexuellen Gesundheit zu stellen. Die Forscherin und der Forscher beantworteten diese Fragen, verwiesen die Interviewpartner*innen an Strukturen, die ihnen eingehendere Antworten geben konnten, oder leisteten notwendige Unterstützung für Personen in einer prekären Lage. Die Forscherin und der Forscher waren darauf bedacht, auf allfällige Wissenslücken oder falsche Kenntnisse über STI einzugehen, die die Teilnehmer*innen im Laufe der Befragung äusserten. In diesem Fall verwiesen sie diese Personen an geeignete Strukturen.

Dank der Zustimmung der Teilnehmer*innen konnten alle Interviews aufgezeichnet werden. Im Durchschnitt dauerten die Interviews 2 h 15 min. und die Aufnahmen 1 h 40 min.

Transkription, Codierung und Analyse

Das Forschungsteam wendete die gleichen Prinzipien und Verfahren an wie bei Befragung 1, um die 28 Interviews zu transkribieren, zu codieren und zu analysieren, wendete.

2.5 Befragung 3: Tandem aus Akteur*innen vor Ort und Personen mit Migrationshintergrund

Die auf die Intervention fokussierte Befragung im Feld fand zwischen Dezember 2020 und Juni 2021 statt.

Ein innovatives methodisches Instrument

Aufgrund der Verlängerung der Massnahmen im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie wurden in Befragung 3 Änderungen gegenüber der ursprünglichen Methodik vorgenommen, bei der vier Fokusgruppen mit AKT und PM vorgesehen waren. Das Forschungsteam evaluierte die Eignung von Online-Fokusgruppen und zog alternative Methoden in Betracht. Die Idee, ein innovatives Instrument zu verwenden, wurde vom COPIL und der PARTEN-Gruppe genehmigt.

Unter Berücksichtigung der Vorschläge der Partner*innen hat das Forschungsteam ein methodisches Instrument entwickelt. Dieses bestand darin, eine*n AKT und eine PM in einem Gespräch zusammenzubringen, in dem sie gemeinsam konkrete Anhaltspunkte für Interventionen im Bereich HIV/STI und Migration erarbeiten konnten. Um diese Zusammenarbeit zu erleichtern, wandte sich das Forschungsteam an sechs Personen, die bereits an Befragung 1 oder 2 teilgenommen hatten. Sie wurden gebeten, ein Tandem mit einer Person ihres Vertrauens zu bilden. Die Idee war, Personen zusammenzubringen, die bereits ein Vertrauensverhältnis aufgebaut hatten, damit sie sich leichter auf eine Austauschdynamik einlassen konnten und sich frei fühlten, ihre Meinung zu äussern.

Das Forschungsteam entwarf ein Dokument, das als Grundlage für die Diskussion zwischen den beiden Beteiligten diente:

- Beschreibung der Lebensbedingungen und -erfahrungen einer PM in der Schweiz;
- drei Situationen, mit denen diese Person im Zusammenhang mit der Prävention oder Behandlung von HIV/STI konfrontiert sein könnte;
- Fragen im Zusammenhang mit jeder dieser Situationen.

Insgesamt bereitete das Forschungsteam sechs verschiedene Beschreibungen vor, die auf den Ergebnissen der Befragung 1 und 2 zu den Schwierigkeiten basierten, welche die AKT und PM im Zusammenhang mit der Prävention und Behandlung von HIV/STI hatten.[4] Nach der Zusammenstellung der Tandems wurde jede Beschreibung an das Profil der am Interview teilnehmenden PM angepasst (in Bezug auf Geschlecht, Geschlechtsidentität, sexuelle Orientierung, ethnische Herkunft, Sexarbeit usw.) und vor dem Interview an beide Parteien geschickt.

[4] Ein Beispiel für eine Beschreibung findet sich in Anhang 4.

Das speziell für diese Phase der Mi.STI-Studie entwickelte methodische Instrument sah vor, dass ein*e Forscher*in aus dem Mi.STi-Team zu Beginn des Treffens anwesend war, um die mündliche Zustimmung der Teilnehmer*innen einzuholen und das Material für die Aufzeichnung bereitzustellen. Er*sie kam am Ende des Interviews erneut zum Gespräch dazu, um die Aufzeichnung zu beenden und sich mit beiden Beteiligten über ihre Erfahrungen auszutauschen.

Testung des Instruments

Da es sich um ein innovatives Instrument handelte, wurde es zunächst getestet, bevor es zur Datenerhebung eingesetzt wurde. Ein Mitglied der PARTEN-Gruppe testete das Instrument in drei Phasen. In der ersten Phase legte die Person den Interviewleitfaden ihren Teamkolleg*innen vor, sammelte deren Feedback und leitete es an das Forschungsteam weiter. In der zweiten Phase passte das Team den Leitfaden (Beschreibung, Themen und Fragen) auf der Grundlage der Anmerkungen der Kolleg*innen an. In einem dritten Schritt wurde ein fiktives Interview zwischen dieser Person und einer PM, die dem Profil der Beschreibung entsprach, organisiert. Eine Forscherin des Mi.STI-Teams war am Anfang und am Ende des Gesprächs anwesend. Die Ergebnisse des Tests wurden im Team besprochen und als sehr schlüssig bewertet. Darüber hinaus äusserten sich die beiden beteiligten Personen sehr positiv über diesen Ansatz und anerkannten seine Nützlichkeit auch als Interventionsinstrument.

Gezieltes Sampling, Rekrutierung und Planung der Interviews

Wie bei Befragung 2 handelt es sich bei der Stichprobe um eine gezielte Stichprobe (auch begründet oder orientiert genannt): Die Tandems wurden in Abhängigkeit von den zu besprechenden Themen ausgewählt.

Die Planung dieser Gespräche war nicht einfach: Es mussten die Verfügbarkeiten mehrerer Personen berücksichtigt werden. Ausserdem musste ein Interview wegen einer COVID-19- Erkrankung abgesagt und ein weiteres quarantänebedingt verschoben werden. Sowohl die (soziale, wirtschaftliche und psychische) Instabilität der PM in Zeiten der Pandemie als auch die Nichtverfügbarkeit der AKT, die in dieser Zeit sehr beansprucht waren, spielten ebenfalls eine Rolle.

Bedingungen für die Durchführung der Interviews und Analyse

Die sechs Gespräche fanden im Frühjahr 2021 statt. Sie wurden in den Institutionen der AKT durchgeführt und dauerten im Durchschnitt 1 Stunde. Die Interviews wurden je nach Wunsch der Teilnehmer*innen in verschiedenen Sprachen geführt: auf Französisch (2), Englisch (2), Italienisch (1) und Spanisch (1).

Das Forschungsteam registrierte die Fähigkeit der PM, in die Rolle der in der Beschreibung dargelegten Person zu schlüpfen, sowie die Leichtigkeit, konkrete Anhaltspunkte für Interventionen vorzuschlagen. Die AKT zeigten grosses Interesse an den Erfahrungen und Meinungen der PM. Sie waren sich des ungleichen Status der Beteiligten bewusst und schafften gute Bedingungen dafür, dass sich alle frei äussern konnten.

Am Ende der Interviews holten die Forscher*innen die Meinungen der Beteiligten ein. Die Rückmeldungen waren sehr positiv: Die Teilnehmer*innen zeigten grosses Interesse daran, sich über Interventionen im Bereich HIV/STI und Migration auszutauschen. Die PM schätzten besonders, dass sie am Reflexionsprozess beteiligt waren, dass sie sich gehört und einbezogen fühlten. Die AKT fanden einen solchen Reflexionsprozess sehr nützlich, insbesondere das Instrument der Beschreibungen. Sie wiesen darauf hin, dass die PM dadurch nicht gezwungen waren, über sich selbst zu sprechen, was besonders für Menschen

in schwierigen Situationen hilfreich ist. Zwei AKT teilten mit, dass das Instrument in ihrer eigenen beruflichen Praxis eingesetzt werden könnte.

Anders als die Interviews in den beiden vorherigen Befragungen, wurden die Gespräche der Befragung 3 nicht vollständig transkribiert. Die Transkription beschränkte sich auf die wichtigsten Passagen und auf Äusserungen, bei denen durch eine Umschreibung die Aussagekraft des Gesprächs verloren gegangen wäre. Die übrigen Passagen wurden paraphrasiert, nach Themen codiert, analysiert und zu den Ergebnissen aus den beiden vorherigen Befragungen in Beziehung gesetzt.

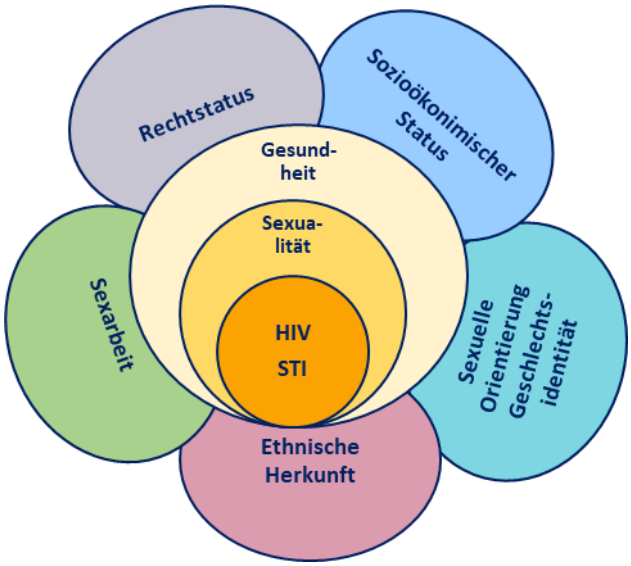
3 Status, Identitäten und Lebensbedingungen in der Schweiz: Vielfältige Vulnerabilitäten

3.1 Definition von Vulnerabilität

Im Allgemeinen bezieht sich Vulnerabilität auf einen Zustand von Verletzlichkeit. Es handelt sich um eine universelle menschliche Erfahrung und einen Zustand, der von allen Individuen geteilt wird. Vulnerabilität bezeichnet also die Möglichkeit, mit einer Verletzung (*vulnus*) konfrontiert zu werden. Sie ist situations-, beziehungs- und kontextabhängig und hängt nicht nur von individuellen Aspekten ab, sondern auch und vor allem vom sozialen Kontext, in dem die Menschen leben. Das bedeutet, dass je nach Erfahrungen, sozialem Werdegang, den Zugangsbedingungen zu (wirtschaftlichen, medizinischen, institutionellen) Ressourcen oder den Einschränkungen des soziopolitischen Kontexts die Vulnerabilität zunehmen oder abnehmen kann. Dieser Perspektive folgend halten wir es für wichtig, nicht den Begriff «vulnerable Menschen» – oder «vulnerable Personen mit Migrationshintergrund» – zu verwenden, sondern den Schwerpunkt auf **Vulnerabilitätssituationen** zu legen. Aus soziologischer Sicht macht beispielsweise nicht die Tatsache, dass eine Person eine nicht-heterosexuelle sexuelle Orientierung hat, sie vulnerabel, sondern die Tatsache, dass dieses Merkmal stigmatisiert wird und zu benachteiligenden Marginalisierungs- und Diskriminierungsprozessen führt.[5]

Wenn wir im vorliegenden Bericht von **Vulnerabilität für HIV/STI** sprechen, sind Situationen gemeint, in denen das **Risiko für eine HIV/STI-Infektion oder eine HIV/STI-bedingte Verschlechterung des Gesundheitszustands besteht**. Diese spezifische Vulnerabilität ist nur eine von vielen Vulnerabilitäten, mit denen PM konfrontiert sind. Es wird sich zeigen, dass die Vulnerabilität für HIV/IST häufig steigt, wenn andere Vulnerabilitäten vorhanden sind. Diese anderen Vulnerabilitäten hängen mit soziodemografischen Merkmalen (Geschlecht, ethnische Herkunft, Religion, rechtlicher Status, sozioökonomische Situation, Behinderung usw.), Praktiken (sexuell, religiös, sprachlich usw.) oder Erfahrungen sowie persönlicheren Merkmalen zusammen. All diese Vulnerabilitäten sind situationsbedingt: Sie treten zu einem bestimmten Zeitpunkt im Leben der Menschen auf und setzen sie sozialen Risiken aus (Stigmatisierung, Diskriminierung, Disqualifizierung, Marginalisierung, Prekarisierung und Ausbeutung), die sich in vielfältiger Weise auf ihre psychische und/oder körperliche Gesundheit auswirken können.

[5] Es ist anzumerken, dass aus bioepidemiologischer Sicht die Vulnerabilität für HIV bei MSM grösser ist, da die Prävalenz in den sexuellen Netzwerken dieser Personen höher ist.



Diese multiplen Vulnerabilitäten kumulieren sich und können zu einer Spirale der Stigmatisierung, Prekarisierung und Marginalisierung führen. Dies führt dazu, dass die PM «**intersektionalen Diskriminierungen**» (Bilge & Roy, 2010) ausgesetzt sind, die als ineinandergreifende Ungleichbehandlungen zu verstehen sind[6]. Die Diskriminierungen benachteiligen die Personen, die religiösen, ethnischen oder rassisierten Minderheiten angehören, da sie aufgrund von Stigmatisierungsprozessen abgewerteten Kategorien zugewiesen werden. Es sind also nicht die Merkmale selbst, die Schwierigkeiten verursachen, sondern die Tatsache, dass sie soziale Prozesse (Diskriminierung, Marginalisierung usw.) hervorrufen, welche die mit diesen Merkmalen assoziierten Personen benachteiligen. Dasselbe gilt in den Bereichen Sexualität (nicht-cis Identitäten, nicht-heterosexuelle Orientierungen), Recht (Aufenthaltsbewilligung), Medizin (HIV/STI) und Beruf (Personen, die im Sexgewerbe tätig sind).

Aus soziologischer Perspektive spielt sich die intersektionale Diskriminierung auf verschiedenen Ebenen ab. Zunächst findet sie auf **struktureller Ebene** statt aufgrund der Beschränkungen und Grenzen, die mit den bestehenden Systemen (Recht, Gesundheit, Wirtschaft usw.) verbunden sind. Zweitens stehen diese Diskriminierungen im Zusammenhang mit der Funktionsweise der Institutionen (**institutionelle Ebene**) im Bereich Migration und Gesundheit. Auch die **gemeinschaftliche Ebene** ist betroffen. Wie sich zeigen wird, geht es beispielsweise um diskriminierende Behandlungen in ethnischen Gemeinschaften gegenüber Sans-Papiers, LGBTQI+ Personen und Menschen, die mit HIV leben. Es geht auch um die diskriminierende Behandlung in LGBTQI+ Communities, die Menschen mit HIV empfinden, die diesen Gemeinschaften angehören. Ferner spielt Diskriminierung auch auf der **Beziehungsebene** eine Rolle. Dies betrifft

[6] Das Konzept der Intersektionalität wurde erstmals 1989 von der Juristin Kimberlé Crenshaw in den USA verwendet (Crenshaw, 1989). Es entstand im Kontext Schwarzen feministischen Aktivismus und soll die Überschneidungen der verschiedenen Unterdrückungs- und Identitätszugehörigkeitssysteme in Zusammenhang mit Geschlecht, «Rasse», Klasse, SOGI, Religion, Alter, Behinderung usw. aufzeigen. Einen intersektionalen Ansatz zu verfolgen bedeutet, die sozialen Lagen, die Menschen einnehmen, zu untersuchen und sie in der Komplexität von Dominanzsystemen und ihrer Mehrfachzugehörigkeiten zu verorten. Um mehr über die Ursprünge dieses Ansatzes zu erfahren, empfehlen wir die folgenden Publikationen: Bilge, 2009, 2010; Collins, 2013; Crenshaw, 1991; Hancock, 2007. Für eine konkrete Anwendung des Ansatzes in den Bereichen Sexualität, HIV/STI und öffentliche Gesundheit empfehlen wir die folgende Literatur: Bowleg, 2008; Bowleg, 2012; Doyal, 2009; Pachankis et al., 2017.

Diskriminierungen, die in verschiedenen sozialen Bereichen des täglichen Lebens wie Partnerschaft, Familie, Arbeit usw. erlebt werden.

Das Konzept der Diskriminierung ermöglicht es, nicht nur die Art der erlebten Behandlung (schlecht, ungerecht oder ungleich), sondern auch das mit der Behandlung verbundene Motiv in Verbindung mit den Merkmalen der diskriminierten Personen zu erfassen: Geschlecht, sexuelle Orientierung, Hautfarbe, ethnische und religiöse Zugehörigkeit etc. Mit anderen Worten: Das Konzept der Diskriminierung erlaubt es, die erlebten (schlechten) Behandlungen (ungerecht oder ungleich) zu erfassen, indem sie in der allgemeinen Struktur der gesellschaftlichen Dominanzbeziehungen verortet werden. In vielen Fällen sind Diskriminierungen mehrfach vorhanden und ineinander verwoben aufgrund der verschiedenen Dimensionen, aus denen sich die Identität der Menschen und der Status, den sie innehaben, zusammensetzen.

Die verschiedenen Prozesse (wie Stigmatisierung, Diskriminierung, Disqualifizierung, Dominanz, Marginalisierung, Prekarisierung und Ausbeutung), denen die PM aufgrund der vielfältigen Vulnerabilitäten ausgesetzt sind, kommen insbesondere vor dem Hintergrund der Unterschiede zwischen den Kantonen in Bezug auf die Politik und deren Umsetzung in den Bereichen Migration, Soziales und Gesundheit zum Tragen. Im Folgenden werden einige Beispiele für Unterschiede angeführt, die, wie sich zeigen wird, einen Einfluss auf die Vulnerabilität für HIV/STI haben.

3.2 Vulnerabilitäten und Ungleichheiten beim Zugang zu Ressourcen (in den Schweizer Kantonen)

Die Vulnerabilitäten, mit denen PM konfrontiert sein können, stehen mit dem rechtlichen und sozioökonomischen Status, der Geschlechtsidentität und der sexuellen Orientierung, der ethnischen Herkunft oder der Erwerbstätigkeit in Zusammenhang. Sie hängen vom soziopolitischen Kontext und dem Zugang zu verschiedenen Ressourcen ab. Wie im Folgenden erläutert wird, variieren diese Ressourcen in der Schweiz von Kanton zu Kanton:

Zugang zu Bildung: Der Zugang von PM zu Bildung ist in den Kantonen unterschiedlich organisiert; die Gewährung von Stipendien oder Studiendarlehen an Studierende (Schweizer*innen, Personen mit Niederlassungsbewilligung und Personen aus dem Asylbereich) fällt in den Zuständigkeitsbereich der Kantone.

Zugang zu Arbeit: Seit dem 1. Januar 2019 können Personen, die in der Schweiz Asyl erhalten haben (Ausweis B) oder vorläufig aufgenommen wurden (Ausweis F), eine unselbstständige oder selbstständige Erwerbstätigkeit ausüben und ihre Stelle und ihren Beruf wechseln, sofern diese Tätigkeit bei den Behörden gemeldet wurde. Asylsuchende (Ausweis N) dürfen ab dem vierten Monat nach der Einreichung des Asylgesuchs eine Erwerbstätigkeit ausüben, wenn die Anstellungsbedingungen durch die zuständigen kantonalen Behörden bewilligt wurden. Dies zeigt, dass der Zugang zu Arbeit für Personen aus dem Asylbereich – zum Teil – von den Entscheidungen der kantonalen Behörden abhängt. Im Interesse eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes können die Kantone beispielsweise die Erteilung von Arbeitsbewilligungen für bestimmte Wirtschaftszweige einschränken. Darüber hinaus zeigt eine kürzlich von der Universität Basel durchgeführte Studie grosse regionale Unterschiede beim Arbeitsmarktzugang von Personen aus dem Asylbereich (Slotwinskiy et al., 2018).

Zugang zu Wohnraum: Der Zugang zu Wohnraum wird auf kantonaler und kommunaler Ebene geregelt. Einige Kantone sowie einige Städte und Gemeinden unterstützen sogenannte sozial benachteiligte

Haushalte mit Beratungen bei Wohnfragen und Wohnbegleitung: «Einige Kantone, Städte und Gemeinden bieten *finanzielle Unterstützung* bei den Wohnkosten an: Einzelne, nicht sozialhilfeberechtigte Haushalte werden unterstützt mit der Ausrichtung von Wohnkostenzuschüssen direkt an die Haushalte oder der gezielten Subventionierung von Wohnungen für einkommensschwache Haushalte. In Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Organisationen werden teilweise auch finanzielle Garantien gegenüber Vermietenden geleistet» (Beck et al., 2018, S. 8). Der Zugang zu Wohnraum ist also von Kanton zu Kanton unterschiedlich.

Zugang zu Sozialhilfe: In der Schweiz sehen die Sozialhilfeleistungen eine Pauschale für den Lebensunterhalt (Lebensmittel, Kleidung, Fahrten, laufende Haushaltsführung), die Deckung der Wohnkosten und der medizinischen Grundversicherung vor. Laut der Schweizer Verfassung soll die Sozialhilfe bedürftigen Personen die Existenz sichern, ihre wirtschaftliche und persönliche Unabhängigkeit fördern sowie ihre soziale und berufliche Integration gewährleisten. Die Kosten für die Sozialhilfe werden von den Kantonen und Gemeinden getragen. Im Asylbereich beteiligt sich der Bund an der Sozialhilfe, die Asylsuchenden gewährt wird. Da jedoch die kantonalen Behörden für die Gewährung der Sozialhilfe zuständig sind, kann es zu unterschiedlichen Behandlungen in den Kantonen kommen. Asylsuchende erhalten zudem eine spezifische finanzielle Unterstützung, die niedriger ist als diejenige, die Schweizer*innen oder Ausländer*innen mit einer Niederlassungsbewilligung erhalten (Cattacin et al., 2009).

Zugang zu Gesundheit: Im Bereich der Gesundheit weist das föderale System dem Bund eine subsidiäre Rolle gegenüber den Kantonen zu (Cattacin et al., 2009). Die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung und die Prävention wird den Kantonen überlassen (Achtermann & Berset, 2006).

Zugang zu Gesundheitsversicherungen: Die Höhe der Prämien für die Krankenkassen sind von Kanton zu Kanton unterschiedlich. Es existiert allerdings die Möglichkeit der Prämienverbilligung: Die Kantone sind befugt, die Kategorien der Anspruchsberechtigten, die Höhe der Prämienverbilligung und das Verfahren für den Erhalt der Prämienverbilligung zu regeln. Obwohl Personen mit irregulärem Aufenthaltsstaus grundsätzlich auch Anspruch auf Prämienverbilligungen haben, ist es für sie schwierig, ihre Rechte geltend zu machen: die langwierigen und komplexen Verwaltungsverfahren stellen ein grosses Hindernis dar (Cattacin et al., 2009). Ausserdem können Personen, die über das das Asylgesetz in die Schweiz eingereist sind, nicht selbst entscheiden, welcher Krankenkasse sie beitreten möchten (Cattacin et al., 2009), was die Art der Leistungen, auf die sie Anspruch haben, einschränken kann.

Zugang zu Gesundheitsversorgung für Personen, die keiner Krankenkasse angeschlossen sind: Für diese Personen, zu denen auch Sans-Papiers gehören, wurden in den 2000er-Jahren spezielle, sogenannte niederschwellige Angebote geschaffen, zunächst in den Westschweizer Kantonen wie Genf (1996), Waadt (1999) und Freiburg (2003), später auch in Deutschschweizer Städten wie Zürich (2006) oder Bern (2007). In solchen Einrichtungen ist die Konsultation bei Allgemeinmediziner*innen oder Pflegefachpersonen kostenlos. Öffentliche Spitäler sind zwar dazu verpflichtet, jede Person – unabhängig von ihrem Rechtsstatus – für eine Intervention aufzunehmen und zu behandeln. Allerdings sind die Leistungen für Personen ohne Krankenversicherung oder für Personen, die auf der «Schwarzen Listen» stehen, auf Notfallleistungen begrenzt (was je nach Kontext und Gesundheitspersonal unterschiedlich interpretiert wird). Mit den «Schwarzen Listen», die 2012 eingeführt wurden, werden versicherte Personen erfasst, die trotz Betreibung ihre Prämien nicht bezahlen. Die rechtliche Grundlage dafür findet sich in Art. 64a Abs. 7 KVG.

Die Angebote niederschwelliger Einrichtungen variieren von Kanton zu Kanton und sie umfassen nicht die medizinische Behandlung von Menschen mit HIV, da die Behandlung für diese Art von Einrichtungen zu

kostspielig ist. Die Menschen werden dann an andere Institutionen, insbesondere Spitäler, verwiesen. Allerdings ist zu beachten, dass in diesem Fall die Wahrscheinlichkeit dafür steigt, dass sie sich dort nicht melden aus Angst vor einer Anzeige bei den Behörden.

3.3 Rechtlicher Status und beschränkter Zugang zu Wohnraum, Arbeit und Gesundheit in der Schweiz

Die **rechtliche Vulnerabilität** bezieht sich auf den rechtlichen Status der PM in der Schweiz und betrifft Personen mit prekärer oder ohne Aufenthaltsbewilligung. Viele der PM, welche die Einrichtungen aufsuchen, in denen die befragten AKT tätig sind, haben aufgrund der **Bundesgesetzte einen prekären Aufenthaltsstatus**:

- AsylG (Asylgesetz): Asylsuchende (Ausweis N), vorläufig Aufgenommene (Ausweis F), Schutzbedürftige (Ausweis S, humanitäre B-Bewilligung), anerkannte Flüchtlinge (Ausweis B)[7];
- FZA (Freizügigkeitsabkommen Schweiz-EU/EFTA): Personen mit einer Bewilligung für 90 Tage;
- AIG (Ausländer- und Integrationsgesetz): Personen mit einer B-Bewilligung, die anerkannten Flüchtlingen und Personen mit F-Bewilligungen unter bestimmten Bedingungen erteilt wird; seltener Personen mit einer C-Bewilligung.

Andere PM, die als Sans-Papiers bezeichnet werden, haben **keinen legalen Status**. Es handelt sich dabei um Personen, die sich ohne gültige Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz aufhalten. Sie haben sehr unterschiedliche Hintergründe und befinden sich aus verschiedenen Gründen in einer irregulären Situation, z. B.[8]:

- illegale Einreise in die Schweiz (ohne Visum, Bewilligung oder Einreichung eines Asylantrags);
- Nichteintretensentscheid (NEE) auf das Asylgesuch: Die Behörden prüfen keine Asylgesuche von Personen, die bereits in anderen europäischen Ländern ein Verfahren eingeleitet haben (sogenannte Dublin-Fälle);
- Ablehnung des Asylantrags (sogenannte abgelehnte Asylsuchende);
- Verlust der Aufenthaltsbewilligung, weil die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind (z. B. nach einer Scheidung)[9].

Durch einen solch rechtlich prekären Status oder das Fehlen eines rechtlich legalen Status, befinden sich die PM in eine Situation grosser Unsicherheit. Darüber hinaus sind sie im Falle einer Polizeikontrolle oder einer Anzeige bei der Fremdenpolizei der Gefahr ausgesetzt, aus dem Hoheitsgebiet der Schweiz ausgewiesen zu werden. Die rechtliche Vulnerabilität konfrontiert die PM mit einer Reihe von Schwierigkeiten, die verschiedene Bereiche ihres täglichen Lebens in der Schweiz betreffen, wie etwa den Zugang zu Wohnraum, Arbeit oder Gesundheitsversorgung. Diese Schwierigkeiten machen deutlich, dass

[7] Diese Bewilligungen sind jeweils unterschiedlich lang gültig. Die N-Bewilligung ist so lange gültig, wie das Asylverfahren läuft, die F-Bewilligung so lange, wie die Vollstreckung der Ausweisung als unbillig, rechtswidrig und unmöglich erachtet wird, die B-Bewilligung ist eine Jahresbewilligung, die verlängert werden kann, sofern das Asyl nicht widerrufen wird.
[8] Weitere Informationen finden sich bei der Eidgenössischen Migrationskommission (EKM): https://www.ekm.admin.ch/ekm/de/home/zuwanderung---aufenthalt/sanspapiers.html
[9] Zu den Bedingungen siehe: https://www.ch.ch/de/auslander-in-der-schweiz/einreise-und-aufenthalt-in-der-schweiz/aufenthaltsbewilligung/

sie im Vergleich zu Schweizer*innen oder Personen, die eine Niederlassungsbewilligung in der Schweiz haben (Ausweis C), ungleich behandelt werden.

Alle befragten PM betonten, wie wichtig es ist, eine Aufenthaltsbewilligung für die Schweiz zu haben. Es ist für sie gar eine existenzielle Frage, wie an der Aussage dieser Person deutlich wird: «*Die Papiere sind so wichtig. Man kann entscheiden, man kann arbeiten, es ist ein Mittel, um zu arbeiten, es ist auch ein Mittel, um seinen Stolz zu finden, es ist ein Mittel, um tatsächlich zu existieren. Ohne Papiere existierst du eigentlich nicht*».

Aus der Erteilung einer Aufenthaltsbewilligung ergibt sich die Möglichkeit, **Wohnraum** zu finden. Für Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene, Flüchtlinge oder abgelehnte Asylsuchende beschränkt sich diese auf Asylunterkünfte. Für Personen, die im Integrationsprozess weiter fortgeschritten sind, erfolgt die Unterbringung hauptsächlich in Sammelunterkünften, Zivilschutzräumen oder Wohnungen. Die Unterbringungsbedingungen (in Bunkern, Kellern usw.) und die Lebensbedingungen in den Zentren werden von allen über das Asylgesetz in die Schweiz eingereisten PM, die wir getroffen haben, aus mehreren Gründen als belastend beschrieben. Die beengten Verhältnisse schränken ihre Intimsphäre ein, und wie wir im nächsten Unterkapitel über die Verflechtung von Vulnerabilitäten sehen werden, kann dies Angehörige sexueller Minderheiten verschiedenen Formen von Stigmatisierung und Diskriminierung aussetzen. Der erlebte Mangel an Raum und Freiheit beeinträchtigt die Autonomie der Menschen. Da die Asylunterkünfte weit von den Stadtzentren entfernt sind, fühlen sich die Personen mit Migrationshintergrund marginalisiert und, wie sie uns anvertraut haben, isoliert.

Diese Lebensbedingungen wirken sich zusammen mit den Einschränkungen, die Personen aus dem Asylbereich beim Zugang zu Bildung und Arbeit erfahren, auf ihre psychische Gesundheit aus.

> *Wir [Mutter und Sohn] waren 2 Jahr und halb fast in einem Zimmer, nur in einem Zimmer, in einem kleinen Dorf ohne Menschen, wirklich ohne jemand. Wir konnten nie, nie mit einer Person sprechen. Ja, ich glaube das ist natürlich, ein Junge bekommt Depression, oder? Er war Ende 16 Jahre und konnte nicht Schule gehen im [Kanton Name]. N-Ausweis, keine Schule, keine Deutschkurse, nie. Du darfst nur in einem kleinen Zimmer sitzen. (PM)*

Menschen ohne Aufenthaltsbewilligung leben unter noch prekäreren Bedingungen, sei es in Notunterkünften für Obdachlose, in leerstehenden Häusern, gar in Kellern oder bei Bekannten. Es handelt sich um sehr mobile Menschen, die von einem Kanton zum anderen oder sogar von einem Land zum anderen ziehen. Sie ziehen umher in Abhängigkeit davon, welche Wohnmöglichkeiten sich ihnen bieten.

> *Dann wollten sie mich nach [Name einer Stadt] bringen, in einen Bunker. Aber ich habe nein gesagt, nein, nein, nein ... ich wollte nicht und dann bin ich 2012 aus dem Asyl raus ... ich habe mir gesagt: 'Okay, ich werde mich durchschlagen.' [...] Ehrlich gesagt bin ich von dort weggegangen und ich wusste nicht einmal, wo ich schlafen sollte ... ich hatte nichts. Ich habe mir gesagt: 'Das ist ein neues Abenteuer, das beginnt'. Ich hatte Glück, ich kannte einen Schweizer, er hatte einen Raum in einem Keller, also habe ich angefangen, in Kellern zu schlafen ... wir hatten solche Kanister [er zeigt auf eine Flasche auf dem Tisch], zum Pinkeln, wenn wir mussten ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Sobald die Menschen in die Illegalität geraten, lernen sie, unauffällig zu leben. Dies, weil sie vor allem befürchten, von den Justizbehörden entdeckt zu werden: «*Als ich eingereist bin mit illegalem Status, habe ich versucht, sehr auf mein Äusseres zu achten, auf die Kleidung, die ich trug ... Das ist etwas, auf das du achtest, um nicht die Aufmerksamkeit der Behörden, der Polizei zu erregen ...*». Diese Situationen können

sich über Jahre hinziehen. Zwei der befragten Personen leben seit mehr als zehn Jahren illegal in der Schweiz.

Der **Zugang zu Arbeit** ist für Menschen ohne Aufenthaltsbewilligung beschränkt und erhöht ihre Unsicherheit. Einige von ihnen berichten von der Ablehnung, die ihnen von Arbeitgeber*innen entgegengebracht wird.

> *I'm really looking for a job. But they discriminate me. They discriminate me, ask if I'm legal here. I'm illegal here. Even if I want to go, I want to work, anything I can do, what I'm looking… even outside, I can do cleaning. I can do, but when they ask me, I'm illegal here. (PM)*

Diese Menschen haben praktisch nur Zugang zu Schwarzarbeit, wodurch sie Prekarisierung und Ausbeutung ausgesetzt sind, sei es in ihren Herkunftsgemeinschaften oder in einem anderen Umfeld.

> *Int.: Er hat dir 10 angeboten, die Hälfte, weil du ein Sans-Papiers bist?*
>
> *Ja. Ich sagte: 'Nein, ich komme nicht'. Aber du siehst die Boshaftigkeit der Afrikaner! [...] Du siehst die Bosheit der Afrikaner, weil sie wollen ... hier vor allem, wenn sie sehen, dass du keine Papiere hast, nutzt dich jeder aus. Sie bieten dir Arbeit an, aber sie bezahlen dich so ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Die Personen aus dem Asylbereich beschreiben die Schwierigkeiten, die sie auf dem Arbeitsmarkt haben, als Folge der ihnen auferlegten Beschränkungen und ihrer prekären Aufenthaltsbewilligung. Darüber hinaus berichten Personen mit einer B-Bewilligung, dass die Gesundheitskrise im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie ihre Bewilligung noch prekärer gemacht hat. Die Schwierigkeit, eine Arbeit zu finden, setzt Personen mit dieser Aufenthaltsbewilligung unter Druck, da laut Ausländergesetz die finanzielle Unabhängigkeit zu den Kriterien für die Erteilung einer Aufenthaltsbewilligung gehört (Art. 84 Abs. 5 AIG).

> *Ab und zu fragten sie mich: 'Wie viele Jahre sind Sie schon in der Schweiz?' Ich habe eine Bewilligung B, aber sie haben sie nicht akzeptiert. Zwei oder drei Mal, wurde mir Arbeit verweigert. Das macht Sorgen. Sie lehnen es ab, weil die Bewilligung B begrenzt ist. Sie ist auf ein Jahr begrenzt, danach muss man sie neu beantragen. [...] Und dann, dort, die Kantonspolizei hat mir gesagt, wenn ich nicht arbeite, wird er nichts ändern. Das ist das Problem. Er wird mir nicht noch eine Bewilligung B geben. Das letzte Mal hat er mir gesagt: 'Wenn du keine Arbeit findest, geben wir sie dir nicht'. Aber ich habe gesucht, ich habe gesucht, im Moment gibt es keine Arbeit. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Abgesehen vom Wohnraum, gelten für Personen aus dem Asylbereich auch Einschränkungen beim **Zugang zur Gesundheitsversorgung**. Sie können nicht wählen, bei welcher Krankenkasse sie sich versichern möchten. Sie unterliegen einem Kollektivvertrag, der zwischen der Einrichtung, in der sie leben, und der von dieser Einrichtung gewählten Krankenkasse abgeschlossen wurde. Folglich können sie ihre behandelnden Ärzt*innen nicht selbst wählen, sondern müssen sich an die von der Unterkunft bestimmten Ärzt*innen wenden.

Die Problematik im Zusammenhang mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung wird von Personen, die ohne Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz leben, mit viel Stress und Sorgen verbunden erlebt.

> *Ich denke daran. Ich denke daran, weil der Mensch kein Roboter ist, du kannst jederzeit krank werden, es kann schlimm oder nicht schlimm sein, aber wenn etwas Schlimmes passiert und du keine Versicherung hast, wie machst du das dann? Die medizinischen Dienste können dich*

> *versorgen, aber wenn du jemand bist, der illegal im Land ist, was kann das nach deinem Spitalaufenthalt bedeuten? All das sind Fragen, die ich mir stelle ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Die Formen der Diskriminierung, denen PM mit prekärer Aufenthaltsbewilligung oder ohne Bewilligung ausgesetzt sind, **sind vielfältig.** Wie sich gezeigt hat, sind einige Diskriminierungen strukturell bedingt, da sie in den Migrationsgesetzen, insbesondere im Asylbereich verankert sind und von den Institutionen ausgeübt werden, die für die Betreuung dieser Personen zuständig sind. Sie betreffen den ungleichen Zugang zu Wohnraum, Bildung, Arbeit und Gesundheitsversorgung und werden von den betroffenen Personen als Diskriminierung erlebt. Mitunter werden diese Diskriminierungen auch ohne gesetzliche Grundlage ausgeübt, wie in diesem Fall, von dem ein junger Mann berichtet, der über das AsylG in die Schweiz eingereist ist:

> *Es gibt solche Besitzer von Bars oder Diskotheken. Beim Eintritt fragen sie nach der Aufenthaltsbewilligung. Wenn du eine B hast, kannst du rein, wenn du eine F hast, kannst du nicht rein. Einmal bin ich sogar weiter gegangen und habe mit dem Besitzer einer Bar gesprochen, der mir gesagt hat, dass die Leute mit der F-Bewilligung immer Mist bauen. Sie prügeln sich die ganze Zeit. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Andere Diskriminierungen finden in den Beziehungen der Befragten zur Allgemeinbevölkerung oder zu den Mitgliedern ihrer Herkunftsgemeinschaften statt. Die Betroffenen berichten von Isolation und Ablehnung, sowohl in sozialer als auch emotionaler Hinsicht. Sie glauben zum Beispiel, dass sie grössere Schwierigkeiten haben, Sexualpartner*innen zu finden. Sie haben die Erfahrung gemacht, dass andere Menschen aufgrund ihres prekären rechtlichen Status weniger leicht mit ihnen Kontakt knüpfen. Sie berichten auch von der Ablehnung, die sie von Menschen aus denselben Herkunftsgemeinschaften erfahren:

> *Seit ich hier bin, habe ich noch nie ein afrikanisches Mädchen angemacht, weil das kompliziert ist. Afrikanische Mädchen stellen dir sofort die Frage nach den Papieren ... also, das mag ich schon mal nicht, wenn man mir diese Frage stellt. [...] Das Problem ist, dass die Leute aus der Herkunftsgemeinschaf dich nicht einmal anschauen, wenn du keine Papiere hast. Sie sehen dich nicht als Mensch [...] Es gibt Sans-Papiers, die sich Afrikanern mit Papieren nicht nähern, weil es Diskriminierung gibt, weil die sie diskriminieren. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Schliesslich wirkt sich die rechtliche Vulnerabilität auch auf die **psychische Gesundheit** der betroffenen Personen aus. Dies wurde sowohl von den AKT als auch von den PM selbst geäussert. Sie betonten, dass prekäre oder gar fehlende Aufenthaltsbewilligungen *«Stress»*, «*Angst*», «*Unbehagen»,* «*Sorgen»* und/oder «*Ängste*» verursachen. Die Angst vor einer Ausweisung belastet ihre psychische Gesundheit stark.

> *Ich bin mit einem Touristenvisum in die Schweiz gekommen, aber da meine Mutter schon hier war, bekam ich die gleiche Bewilligung wie meine Mutter. Sie hatte eine F-Bewilligung und ich habe auch eine F-Bewilligung und so ist es abgelaufen [...] Man ist eingeschränkt darin, bestimmte Dinge zu tun oder zu arbeiten oder so etwas in der Art. Und all das habe ich mit viel Stress erlebt, weil ich mir sage, dass ich nicht für immer in der Schweiz sein kann. Irgendwann sagen sie vielleicht, dass du wieder nach Hause gehen musst. Das ist das, was im Kopf ist, was stresst. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

3.4 Sozioökonomischer Status und Prekarität

Die überwiegende Mehrheit der PM, die wir getroffen haben, hat in der Schweiz einen **sehr prekären sozioökonomischen Status.** Abgesehen von vier Personen, die als Sexarbeiter*innen arbeiten, übte niemand von ihnen zum Zeitpunkt der Befragung eine angemeldete Tätigkeit aus. Die Einkommen, von denen die Befragten nach eigenen Angaben leben, sind (sehr) gering (vgl. Anhang 3) und bestehen meist aus Sozialhilfeleistungen (11 Personen) und Nothilfeleistungen (2 Personen) sowie aus dem Einkommen aus Schwarzarbeit (6 Personen).

> *Ganz ehrlich, manchmal bist du da und hast nichts, aber auch gar nichts. Man sieht dich, man weiss nicht einmal, dass es dir nicht gut geht, weil die Leute sagen, dass ich immer lächle ... Aber diese drei Monate waren die schlimmsten, schlimmsten, schlimmsten Momente meines Lebens. Weil ich mich daran erinnere, dass ich einmal 10 Franken hatte und eine Woche mit 10 Franken auskam. Nein, das kann ich nicht vergessen ... manchmal erzähle ich es meiner Tochter, um ihr zu zeigen, dass sie Glück hat ... das kann ich nicht vergessen ... ich ging in die Migros, ich ass ein Baguette, es gibt ein Baguette in der Migros für 1 Franken 30 und das das musste für zwei Tagen reichen. [...] Ehrlich gesagt, ich habe hier Hunger gekannt ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Diese prekäre Lage macht die betroffenen Personen von Institutionen und Nothilfeeinrichtungen abhängig. Sie müssen sich dann damit abfinden, Orte aufzusuchen, an denen kostenlose Mahlzeiten und Kleidung verteilt werden. Es kommt auch vor, dass sie auf Gutscheine angewiesen sind, die von Hilfsorganisationen ausgegeben werden, um sich mit Lebensmitteln zu versorgen.

> *[Weinend] Du hast keine Wahl ... man muss die Rechnungen bezahlen. Ich muss den Fernseher und das Radio bezahlen, 345 und ich hatte 300 diese Woche ... aber ich muss auch essen! Das ist schwierig! [...] Zum Glück hat mir [Name einer karitativen Organisation] sehr geholfen, hat mir Gutscheine gegeben und hilft mir immer noch. Gutscheine über 10 Franken und ich kann Gemüse kaufen gehen, Sachen zum Essen, und sogar Gutscheine für die Migros. Also hatte ich keine Schwierigkeiten mit dem Essen ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Trotz der Schwierigkeiten, in der Schweiz Löhne zu erzielen, mit denen die PM ihre Grundbedürfnisse decken können, schicken sie Geld in ihre Heimatländer. Die **Erwartung** der Familien, dass **Geld nach Hause geschickt wird** – ein Phänomen, das als «Rimessen»[10] bezeichnet wird – ist ein zusätzlicher Druck, der das ohnehin schon knappe Budget belasten kann. Die Geldüberweisung wird von der Herkunftsfamilie oft als selbstverständlich angesehen, unabhängig von den tatsächlichen Ressourcen, die den PM zur Verfügung stehen. Laut einer befragten AKT werden besonders von Personen, die als Sexarbeiter*innen arbeiten, Rimessen erwartet.

> *Einige sind verheiratet, das darf man nicht vergessen, z. B. bei Romas speziell. Sie sind verheiratet und ihre Ehemänner wissen, was sie hier machen. Und sie schicken sie hierher. [...] z. B. eine nigerianische Frau, das war vor einer Weile, dass es rauskam, ihre ganze Familie erwartet von ihr, dass sie Geld schickt und hier arbeitet. Und wenn sie zurückkäme, wäre sie ausgegrenzt als nicht-erfolgreiche. (AKT)*

Auch die befragten PM sprechen über die Rimessen und Erwartungen und sagen, dass sie sich diesen moralisch nicht entziehen können.

[10] Für mehr Informationen über die Rimessen von Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz, vgl. die Publikation von Henchoz, Poglia Mileti und Coste (2020).

> *Wenn du [in Afrika] ankommst, erwarten sie etwas von dir, das du nicht hast. Aber sie sind überzeugt, dass du etwas hast und nicht geben willst. [...] Wenn du ankommst, fragt dich jemand, was du ihm zu geben hast. Wenn du gibst, wirst du in die Familie aufgenommen, du bist willkommen. Aber wenn du leere Hände und ein gefülltes Herz hast, dann darfst du es nicht einmal öffnen, sondern musst das, was in deinem Herzen gefüllt ist, wieder schliessen, weil es nichts nützt. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Die (grosse) sozioökonomische Prekarität, in der die meisten der befragten Personen leben, schränkt ihren Zugang zu **Wohnraum** ein, wenn sie nicht gerade durch die Gesundheitskrise im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie ihre Unterkunft verloren haben.

> *Es ist ein Chaos. Wo ich vorher gewohnt habe, hatte ich während dieser drei Wochen kein Geld, um [die Wohnung] zu bezahlen, und sie haben mich rausgeschmissen. So bin ich hierher gekommen. Die Frau, die diese Wohnung hat, ich weiss, dass sie auf das Geld wartet, sie wartet darauf, dass ich sie bezahle, aber ich weiss nicht, wie ich das machen soll. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Aufgrund der grossen sozioökonomischen Prekarität verfügt ein Teil der Menschen nicht über ausreichend finanzielle Mittel, um sich eine (gute) medizinische Versorgung zu sichern. Sie können beispielsweise nicht die Monatsprämien für die Krankenkasse zahlen. Mehrere Personen berichten sogar, dass sie auf medizinische Versorgung verzichten, da sie diese in der Schweiz als zu teuer erachten. Unter ihnen sind auch Personen, die mobiler sind und sich in anderen Teilen Europas behandeln lassen: «*Wenn ich irgendwo Schmerzen habe, gehe ich nach [Name eines europäischen Landes, in dem sie wohnt] ... und wenn das nicht geht, ertrage ich die Schmerzen. Das ist alles. Es ist schwer ...*».

Andere Personen verzichten schlicht darauf, sich behandeln zu lassen:

> *Ich habe mir zum Beispiel einmal in den Finger geschnitten ... ich habe mir ein Stück Haut abgerissen, es hat stark geblutet ... und ich wusste, dass es mindestens 400 Franken kostet, wenn ich zum Arzt gehe, um mich behandeln zu lassen ... 100 schon die Konsultation, die Behandlung mindestens 500. Also habe ich Salz gestreut, einen Verband angelegt und gewartet, bis es aufgehört hat zu bluten. So habe ich mich selbst behandelt. Ich habe drei Stunden mit geschwollenen Fingern verbracht, es hat stark pulsiert ... [...] Und so habe ich 500 Franken mehr oder weniger gespart. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Schliesslich können Personen, die mit sehr geringen finanziellen Mitteln in der Schweiz leben, **missbräuchlichen Beziehungen ausgesetzt sein**, die durch starke wirtschaftliche Asymmetrien gekennzeichnet sind. Dies kann sich beispielsweise in Form von **Unterhaltsbeziehungen** äussern, bei denen sich die unterhaltene Person auf **sexuelle Transaktionen**[11] mit der Person einlässt, die für ihre wirtschaftlichen Bedürfnisse aufkommt. Sexuelle Beziehungen werden dann gegen Wohnraum, Geld oder die Bezahlung von Rechnungen eingetauscht. So zum Beispiel für die Bezahlung der Krankenkassenprämien, wie einige AKT berichteten.

PM, die einen Job haben, arbeiten häufig in prekären Arbeitsverhältnissen und in schlecht bezahlten Bereichen (Kundendienste, befristete Verträge, kein Vertrag, fehlende Arbeitserlaubnis usw.). Selbst wenn

[11] Der Begriff der sexuellen Transaktion wird hier als jede sexuelle Erfahrung verstanden, die mit einem finanziellen, materiellen und/oder symbolischen Austausch verbunden ist (Broqua & Deschamps, 2014, S. 12). Für eine vertiefte Auseinandersetzung mit dieser Praxis vgl. die Publikation von Combessie und Mayer (Combessie & Mayer, 2013) und Carbajal, Colombo und Tadorian (Carbajal et al., 2019).

die PM noch nicht in (grosser) finanzieller Not sind, laufen sie Gefahr, aufgrund dieser schlechten Arbeitsbedingungen in die Armut abzurutschen. Dies ist bei einem erheblichen Teil der Personen der Fall, welche die von der vorliegenden Studie einbezogenen Einrichtungen aufsuchen, insbesondere die niedrigschwelligen Strukturen.

Die prekäre wirtschaftliche Lage vieler PM erschwert auch ihren **Zugang zur Gesundheitsversorgung**. Viele von ihnen sind keiner Krankenkasse angeschlossen, weil sie nicht über die finanziellen Mittel zur Bezahlung der Prämien verfügen, oder weil sie mit der Zahlung der Prämien bzw. Kostenbeteiligungen (Selbstbehalt) in Verzug sind, weshalb sie sich mit dem Risiko konfrontiert sehen, dass die Krankenkasse den Versicherungsvertrag kündigt. Im Falle eines Vertragsbruchs kann sich der Beitritt zu einer anderen Krankenkasse als schwierig erweisen, insbesondere für Personen, die in Kantonen wohnen, die Listen über säumige Versicherte führen[12]. Die befragten AKT berichten auch, dass Personen, die einen Vertrag mit hohen Franchisen abgeschlossen haben, um günstigere Monatsprämien zu zahlen, auf medizinische Versorgung verzichten.

3.5 Geschlechtliche Identitäten und sexuelle Orientierungen von Minderheiten

Die Vulnerabilität, um die es hier geht, betrifft Personen, die sich mit sexuellen Orientierungen und geschlechtlichen Identitäten und Ausdrucksweisen (SOGI) identifizieren, die zu einer Minderheit gehören, d. h. Personen, die nicht-heterosexuell und nicht-cis sind. In unserer Stichprobe handelt es sich um zwei homosexuelle cis Männer, zwei trans Frauen, die sich emotional und sexuell zu Männern hingezogen fühlen, einen trans Mann, der sich sowohl zu Frauen als auch zu Männern hingezogen fühlt, und eine queere Person, die sich zu Männern hingezogen fühlt.

Während jede Person mit einer minoritären SOGI dem Risiko ausgesetzt ist, diskriminiert und marginalisiert zu werden, sind PM – insbesondere diejenigen, die über das Asylgesetz in die Schweiz gekommen sind – stärker gefährdet. Denn das **Gesetz** erwähnt **die SOGI nicht ausdrücklich** unter den **Asylgründen**:

«Flüchtlinge sind Personen, die in ihrem Heimatstaat oder im Land, in dem sie zuletzt wohnten, wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Anschauungen ernsthaften Nachteilen ausgesetzt sind oder begründete Furcht haben, solchen Nachteilen ausgesetzt zu werden» (AsylG, Art. 3, Abs. 1).

Auch wenn das **Asylverfahren** für jede asylsuchende Person **belastend** ist (Anhörungen, Antwortfristen, Rechtsunsicherheit in einem Kontext, in dem die Person die Landessprache nicht beherrscht), so ist es für LGBTQI+ PM, die ihre SOGI benennen müssen, noch belastender. Sie müssen diese benennen, obwohl viele von ihnen gelernt haben, sie zu verschweigen und unsichtbar zu machen, um in ihrem Herkunftsland nicht verfolgt zu werden.

Wie im Folgenden erläutert wird, setzen die **Wohnbedingungen** in Sammelunterkünften die PM der Gefahr aus, sowohl von den anderen Bewohner*innen als auch von den Betreuer*innen diskriminiert zu werden.

[12] Laut den von der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK) zur Verfügung gestellten Daten handelt es sich dabei um die Deutschschweizer Kantone Aargau, Luzern, Zug, Thurgau und den Kanton Tessin (https://www.gdk-cds.ch/de/krankenversicherung/unbezahlte-praemien/praemienausstaende).

Abgesehen von den Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Asylverfahren berichten Personen, die sich mit minoritären SOGI identifizieren, dass sie in den verschiedenen sozialen Bereichen, in denen sie sich bewegen (Familien, Schule, Arbeit, ethnische Gemeinschaften usw.), einen starken Druck zur cis Normativität verspüren. Sie geben an, sowohl in ihrem Herkunftsland als auch in der Schweiz Opfer von Beleidigungen, Beschimpfungen, Belästigungen und körperlichen Übergriffen geworden zu sein.

Die im **Herkunftsland** erlittenen Diskriminierungen und Verfolgungen sind von Person zu Person verschieden. Sie können unterschiedlich stark sein und unterscheiden sich je nach Lebensumfeld (Stadt, Dorf, Land). Gleichwohl berichten die Personen, die zu den sexuellen Minderheiten aufgrund ihrer Geschlechtsidentität (trans und queer) gehören, dass sie mehr Diskriminierung erlebt haben als die beiden homosexuellen Männer. Dies gilt mit Ausnahme einer trans Frau aus einem asiatischen Land, die sagte, dass ihre Geschlechtsidentität in ihrem Land «*gut akzeptiert*» sei. Die Diskriminierung erfolgt in Form von Beschimpfungen, Spott, Belästigung, körperlichen Übergriffen, Zurückweisungen, Outing (öffentliche Bekanntmachung durch Dritte) und findet in der Familie, der Schule, der Arbeit oder in verschiedenen öffentlichen Räumen (Strasse, Parks, Cafés usw.) statt. Ein junger Homosexueller berichtet davon, wie er in der Schule gemobbt wurde:

> *In meinem Kopf war alles durcheinander, weisst du, am Anfang, als ich noch klein war. Aber seit ich klein war, wusste ich, dass ich schwul bin und deshalb war es ein bisschen schwierig für mich, weil ich nie mit jemand anderem darüber gesprochen habe. Und in der Schule war es schrecklich, weisst du, weil ich in einer kleinen Stadt geboren bin und dort war es in den Jahren davor sehr schwierig für schwule Menschen, solche Sachen ... Also hatte ich Angst, in die Schule zu gehen, weil es dort Bulling gab. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Eine trans Frau beschreibt das transfeindliche Klima, in dem sie aufgewachsen ist. Sie war Opfer von Belästigungen und körperlichen Übergriffen, auch in ihrer Herkunftsgemeinschaft. Diese Ereignisse führten dazu, dass sie im Alter von 16 Jahren ihre Familie verliess.

> *Where I come, it is a violent community. Violence, murder… there is a lot of things going on there. […] In my community, there is a lot of transphobia. The last time I was in [name of a city] and I was cross-dressing and I went back home, they said to my mum that I should leave. […] My first time going out, I was nervous… I just talked like a girl, because if they find out that I'm not a woman, it could be detrimental, I'm telling you. The slightest clue they have you are not a woman, they could mob you and you could die! […] they were talking that they were ambushing me, set me a blazing and stuff. (PM)*

Eine weitere Person, die sich als queer identifiziert und aufgrund ihrer SOGI Opfer von Gewalt wurde, wurde wegen Aktivismus im Bereich LGBTQI+ inhaftiert. Während ihrer Inhaftierung wurde sie Opfer von Übergriffen.

> *Ich habe viel mit Aktivisten diskutiert und manchmal wurde ich im Gefängnis angegriffen ... es gab einen Typen, der mich körperlich angegriffen hat. Und ich habe mich schlecht gefühlt. Danach bin ich in eine Einzelzelle gegangen. Ich blieb dort fünf Monate lang und insgesamt war ich zwei Jahre im Gefängnis ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Während die homosexuellen Männer, die wir getroffen haben, von keinen Diskriminierungserfahrungen in der **Schweiz** berichten, erzählen die Menschen mit nicht-cis Identität, dass sie in mehreren Bereichen ihres täglichen Lebens Opfer von Beleidigungen, Beschimpfungen, Belästigungen, körperlichen

Übergriffen und Ablehnung geworden sind: in der Schule, der Arbeit, im öffentlichen Raum und in Asylunterkünften.

Diese Diskriminierungen entstehen durch stereotype Vorstellungen von Weiblichkeit, Männlichkeit, nicht-cis Identität und nicht-heterosexueller Orientierung.

> *Here I know just one person. And this person is like trans, but I don't have contact with this persons also. Because of they think, if you are a trans man, you must love women. Or you are trans woman, you must like men only. And when I talk about, you know, I don't like only women, I can like men. 'Oh you are not a trans person, ok, ciao'. (PM)*

Menschen mit einer nicht-cis Identität nennen als Formen der Diskriminierung, die sie in der Schweiz erlebt haben, verbale Angriffe in Form von Beschimpfungen und Beleidigungen. Die Diskriminierung findet an unterschiedlichen Orten statt. Zu den am häufigsten genannten gehören: Asylunterkünfte, die Schule, Geschäfte, Verkehrsmittel und die Strasse. Diese Person, die sich als queer identifiziert, beschreibt einen Übergriff, den sie während einer Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln erlebt hat:

> *Ich mache queer performance, queer art, ich gehe abends aus und schminke mich, ich kleide mich ein bisschen anders, und einmal bin ich zum Beispiel ausgegangen in einen Club und am Morgen, als ich mit dem Zug nach Hause gefahren bin, sehe ich zwei oder drei Typen, die mich angeschaut haben und mir 'Schwuchtel, Nanana' zugerufen haben. Und als ich hingeschaut habe, haben sie [macht die Fuck-Geste] gemacht und weisst du ... viele Dinge ... ich habe das Tram genommen und im Tram war ein Typ, der mich angeschaut hat und gesagt hat 'Ich werde dich verprügeln', verstehst du? (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Diskriminierung kann aber auch ohne Worte stattfinden und sich in den Blicken zeigen, die nicht-cis Personen erhalten, oder sogar die Form von körperlichen Übergriffen annehmen. Eine trans Person erzählte von einem körperlichen Übergriff während eines Sexualkontakts. Die anderen Situationen, von denen berichtet wurden, ereigneten sich auf der Strasse:

> *That guy was still chasing me until he started chocking me. He was drunk. He started chocking me and my eyes were literally getting red. That guy was big and I am so small and he's chocking me… you wonna kill me, you want to kill me. I said 'let me go, let go me!'. He didn't want to let me go. […] he could have killed me, because he was chocking me, and my breath was literally stopping, my eyes were red… and nobody came to help me, no one. (PM)*

Was das Sicherheitsgefühl in der Schweiz betrifft, so berichten zwar homosexuelle Menschen, dass sie sich sicher fühlen, das gilt aber nicht für Menschen mit nicht-cis Identität. Eine Person, die sich als queer identifiziert, erzählt, wie ein Polizeieinsatz endete nach einem Übergriff, von dem sie Opfer wurde:

> *Am Ende hat die Polizei meine Bewilligung angeschaut und ich weiss nicht, sie haben einen Bericht geschrieben und sie haben mir gesagt: 'Okay, du kannst nach Hause gehen'. Und ich habe gesagt: 'Was haben Sie jetzt gemacht? Ich habe es nicht verstanden – habt ihr einen Bericht geschrieben?' 'Wir haben nur geschrieben, dass du ein Problem hattest. Und wenn du willst, kannst du zu einem Arzt gehen, ins Spital, und du kannst deinen Arztbericht mitnehmen und zur Polizeistation gehen' [...] Und ich glaube nicht, dass die Schweizer Polizei etwas von sexueller Identität versteht. Auch die Polizei ist homophob, transphob ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Schliesslich sind die Unterbringungsbedingungen in Sammelunterkünften für Asylsuchende oder Geflüchtete besonders schwierig, wenn sie sich als homosexuelle, queer oder trans Menschen

identifizieren. Eine befragte AKT berichtet von einer Person, die misshandelt wurde: «*Wir hatten einen jungen Mann, der Flüchtling war, und für ihn war es eine Katastrophe, weil er in den Asylunterkünften misshandelt wurde, also hat [eine LGBT-Vereinigung] ihn für einige Zeit untergebracht, damit er nicht zu sehr misshandelt wurde*».

In Anbetracht der Tatsache, dass ein grosser Teil der Asylsuchenden aus Ländern kommt, in denen nicht-hetero-cis SOGI verurteilt werden, können LGBTQI+ Personen Opfer verbaler und körperlicher Gewalt durch andere Bewohner*innen werden. Die befragten Personen, die sich mit einer minoritären SOGI identifizieren, weisen auch auf das mangelnde Bewusstsein des Personals für LGBTQI+ Themen hin. Sie berichten von Beschimpfungen, Beleidigungen und Aggressionen sowohl von anderen Bewohner*innen als auch von den Betreuer*innen.

3.6 Ethnische Herkunft und rassistische Diskriminierung

Die Vulnerabilität im Zusammenhang mit der ethnischen Herkunft bezieht sich auf Diskriminierungen, denen sich die Befragten ausgesetzt fühlen können aufgrund der Zuordnung zu einer Kategorie ethnischer Herkunft. Es handelt sich um eine Ungleichbehandlung, die als benachteiligend und illegitim wahrgenommen wird, sei es vor dem Gesetz (unrechtmässige Behandlung) oder in der Gesellschaft (Behandlung, die als sozial inakzeptabel angesehen wird).

Die befragten AKT thematisieren kaum Diskriminierungen im Zusammenhang mit der ethnischen Herkunft, doch in den Berichten der PM kommen sie immer wieder vor. Personen mit Migrationshintergrund aus Subsahara-Afrika sind häufiger mit dieser Vulnerabilität konfrontiert. Sie berichten von benachteiligenden Machtverhältnissen, in denen sie sich gegenüber Personen, die sie als *w*eiss erachteten, befinden:

> *Ich weiss schon, dass ich Schwarz bin ... weil ich den Leuten immer wieder sage: 'Wir sind die, die gekommen sind, also müssen wir damit klarkommen.' Manchmal wissen wir, dass sie uns nicht mögen. Aber was willst du machen? Du musst damit leben ... [...] es gibt Leute, die das Glück haben, ... weil ehrlich gesagt, den Schweizer Freunde, manchmal sage ich ihnen: 'Ihr wisst nicht, was für ein Glück ihr habt, weiss zu sein'. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Diese Personen berichten von jeglichen Formen von **Anti-Schwarzen-Rassismus**, denen sie sich ausgesetzt fühlen. Sie erzählen von **Beleidigungen**, **Beschimpfungen**, **Spott, Verunglimpfungen** und **Herabsetzungen**. Die meisten dieser Diskriminierungen werden mit rassistischen Begriffen zum Ausdruck gebracht und bestehen darin, die Hautfarbe der anderen Person abzuwerten und zu behaupten, diese mache die Person «*schmutzig*».

> *Ich habe viele Beleidigungen erhalten, zu viele! Einmal habe ich jemanden im Bus fast geschlagen. Ich war im Bus und da war ein kleines Mädchen, das mich anschaute und ich lächelte ihr zu. Wir sahen uns an und lächelten uns zu. Ihre Mutter fing an zu schreien, als sie es bemerkte: 'Du dreckiger Neger, lass meine Tochter in Ruhe!' Im Bus waren viele Fremde und alle fingen an, es ihr nachzumachen und 'Neger, Neger' zu sagen. Ich sagte: 'Ich ruf jetzt die Polizei'. Und sie sagte: 'Ich rufe jetzt die Polizei ...'. Das ist schlimm, das ist wirklich schlimm ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Die Beleidigung «*dreckiger Neger*» kommt in den Berichten der befragten Personen aus Subsahara-Afrika häufig auf. Andere Formen von Rassismus beziehen sich auf das, was diese Menschen angeblich sind (oder nicht sind), und zwar aufgrund von Stereotypen, die mit Schwarzen Menschen assoziiert werden seitens einiger nicht-rassisierter Menschen. Die befragten PM führen zum Beispiel an, dass Attribute aus der

Tierwelt mit der Kategorie der Menschen aus Afrika in Verbindung gebracht werden: «*Einmal wurde ich von einer Algerierin als Affe bezeichnet. Sie sagte zu mir 'Schwarze sehen aus wie Affen' [...] Sie sagte zu mir 'Schwarze sehen aus wie Affen, geh nach Hause'*». Die Hautfarbe verweist auf ein mit rassistischen Begriffen bezeichnetes Anderssein, mit dem soziale Distanzierung oder Prozesse der Stigmatisierung, Marginalisierung und Ablehnung gerechtfertigt werden. Da Schwarze Menschen «*nicht von hier*» sind, sind Sätze wie «*Du bist hier nicht zu Hause»* üblich und begründen Aufforderungen wie «*Geh nach Hause*». Ferner wurde auch festgestellt, dass es Assoziationen zu stereotypen Verhaltensweisen oder Profilen («*alles Dealer*») gibt.

Aus Sicht der befragten PM äussert sich rassistische Diskriminierung in Form von Ungleichbehandlungen, die als benachteiligend, ungerechtfertigt oder unverhältnismässig empfunden werden. So erwähnen beispielsweise mehrere Personen, dass ihnen der Zugang zu öffentlichen Einrichtungen verwehrt wurde:

> *Ich bin mal in den Ausgang gegangen, aber naja, ich habe verstanden, dass es vielleicht auch an meiner Hautfarbe lag, weil als wir in eine Diskothek gegangen sind, ein Freund hat mich eingeladen, da sind wir angekommen und man hat uns nicht reingelassen. [...] Vor uns waren Leute, Weisse, die ankamen und reingingen, aber uns wurde der Zutritt verweigert. Und auch das habe ich sehr schlecht erlebt. Ich habe mir gesagt: 'Das ist nicht normal, das ist nicht normal.' Wenn man Zugang hat, muss jeder Zugang haben, ausser es ist ... jedenfalls habe ich es als Diskriminierung erlebt ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Solche rassistischen Diskriminierungen finden hauptsächlich im öffentlichen Raum statt, aber auch in anderen, geschlosseneren sozialen Räumen kann es zu einer als unterschiedlich empfundenen Behandlung kommen, z. B. im beruflichen Umfeld durch Kolleg*innen: «*Sie war die grösste Rassistin. Sie war für das Personal zuständig, also liess sie mich den Müll wegwerfen und gab mir all die schlechten Arbeiten. Auch was die Arbeitszeiten angeht, hat sie mich absichtlich abends eingeteilt, lauter solche Sachen*».

Wie in den anderen Bereichen kann sich Diskriminierung auch in Form von Beleidigungen äussern. Dies gilt für diese Sexarbeiterin, die während ihrer dreijährigen Ehe die Prostitution aufgegeben und einen anderen Job in der Care-Arbeit gefunden hatte:

> *Ich habe eine Arbeit gefunden, aber ich mochte sie nicht, weil mich diese Leute nicht mochten ... Ich habe mich um die Mutter gekümmert. Mit ihr war es okay, aber ihr Töchter mochten mich nicht. Sie wollten mich nicht. Sie haben sie immer gefragt: 'Wer ist das? Warum hast du die genommen?'. Ich hörte Gespött, ich hörte, dass sie 'Neger' sagten, solche Sachen, und das störte mich. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Oder auch in Form von Verhöhnung:

> *Einmal hat er [der Chef] zu mir gesagt: 'Bring das alles zur Metalldeponie'. Ich ging hin, kam zurück zur Baustelle und er fragte mich: 'Ist es gut gelaufen?' und ich sagte: 'Ja', aber ich hatte beobachtet, dass der Typ lachte, als ich auf die Deponie kam, und mein Chef sagte: 'Ja, ich habe angerufen, um ihnen zu sagen, dass ein Schwarzer kommt. Aber weisst du, der Kerl hat mir gesagt: 'Isst er Mohrenköpfe?' (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Schliesslich kann sich rassistische/ethnische Diskriminierung auch **beim Zugang zu Arbeit und Wohnraum** zeigen, insbesondere für Personen aus dem Asylbereich oder Menschen, die keine Aufenthaltsbewilligung haben. Sie kann auch Sexarbeiter*innen betreffen, die sich an der Schnittstelle mehrerer Vulnerabilitäten befinden. Mit Ausnahme einer PM berichtete jedoch keine der befragten Personen, dass sie im medizinischen Bereich rassistisch diskriminiert wurde. Die eben erwähnte PM berichtet, dass eine Ärztin

sie davor warnte, ungeschützte Sexualkontakte mit Menschen aus Subsahara-Afrika zu haben. Sie interpretierte diese Äusserung als eine Form von Rassismus:

> *Das war für mich schockierend, ich habe eine Ärztin im Spital gehört, sie war auch Afrikanerin, und sie hat mir gesagt: '[...] Und Aids, das aus Afrika kommt, das ist sehr gefährlich. Und von den Leuten, die von dort kommen, haben viele Aids.' [...] Und sie hat mir gesagt: 'Hab keinen Sex ohne Kondom mit Leuten aus Afrika'. Verstehst du? Ich war schockiert. Sie ist eine Ärztin, die mit Menschen mit Migrationshintergrund arbeitet, sie ist Schwarz, sie kommt aus Afrika, und sie, sie sagt das! (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

3.7 Spezifische Schwierigkeiten bei Sexarbeit

Die fünf Personen, die wir getroffen haben und die als Sexarbeiter*innen tätig sind, sind mit spezifischen Vulnerabilitätssituationen konfrontiert. Diese setzen sie insbesondere der Isolation, Stigmatisierung und Diskriminierung aus. Sie berichten, dass sie in der Schweiz weder Familie noch Freund*innen haben, abgesehen von einigen Arbeitskolleg*innen. Ihre Berichte stehen im Gegensatz zu den Aussagen der anderen befragten PM, die ihr soziales Netzwerk als dichter und vielfältiger beschreiben. Die Sexarbeiter*innen haben ihr soziales Umfeld in ihrem Herkunftsland oder anderswo in Europa, wo sie eine Aufenthaltsbewilligung erhalten haben. Anders als bei den Beziehungen, die sie innerhalb der Schweiz pflegen, arbeitet niemand aus ihrem sozialen Umfeld in den anderen Ländern im Bereich der Sexarbeit.

Laut den AKT, die mit Sexarbeiter*innen zu tun haben, sind sie **isolierter**, sowohl von ihren Landsleuten als auch von der Allgemeinbevölkerung. Meistens beschränken sich ihre sozialen Kontakte auf das berufliche Umfeld und finden nur sehr selten mit der Allgemeinbevölkerung statt: «*Ich denke, dass sie hier sind und nichts anderes machen als arbeiten, sie haben nicht unbedingt ... ein soziales Leben, sie haben keine Freund*innen, sie haben nur diesen Beruf, von dem sie wissen, dass sie ihn nicht ihr ganzes Leben lang ausüben werden. Sie schaffen sich hier also nicht so etwas wie ein Leben*».

Die Beziehungen, die Sexarbeiter*innen untereinander haben, können sehr verschieden sein. Dies geht aus dem hervor, was die befragten AKT berichteten, aber auch aus den Erfahrungen, die die Sexarbeiter*innen selbst beschrieben haben. Sporadische Kontakte, herzliche Beziehungen, distanzierte oder konkurrierende Beziehungen, Solidarität und Rivalität sind alles Formen davon, wie diese Beziehungen aussehen können.

Zwei der befragten AKT berichten von **schwierigen Beziehungen zwischen Schweizer*innen und Personen mit Migrationshintergrund**, die sich aus der **Konkurrenz** im Bereich der Sexarbeit und den prekären wirtschaftlichen Bedingungen, unter denen einige Sexarbeiter*innen leben, ergeben. Dies führt dazu, dass letztere «*viel härtere Praktiken*» akzeptieren, was sie wiederum der Missbilligung durch ihre Kolleg*innen aussetzt.

> *Da sie sehr miteinander in Konkurrenz stehen, gibt es nicht immer viel gegenseitige Hilfe. Es kommt auch vor, dass die Migrantinnen die Preise drücken. [...] sodass sich manche Frauen gezwungen sehen, viel härtere Praktiken zu akzeptieren, weil sie sonst keine Kunden haben. Es ist die Stigmatisierung der Peers, es gibt viel dieses 'Ja, aber sie macht alles, sie nimmt alles an ...' [...] Und sie sind nicht zimperlich zwischen den Schweizerinnen und den Migrantinnen. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Die Arbeit im Bereich Sexarbeit kann die betroffenen Personen **Stigmatisierungen** und **Diskriminierungen** aussetzen. Diese können ganz verschiedene Formen annehmen und von Personen ausgehen, denen die

Sexarbeiter*innen auf der Strasse oder in anderen öffentlichen Räumen, in denen sie sich aufhalten, begegnen, oder von der Kundschaft oder den Vermieter*innen. Drei Frauen berichten von Beschimpfungen und Beleidigungen, die sie erleiden, wenn sie als Sexarbeiterinnen identifiziert werden.

> *Es kommt oft vor, dass mich die Leute schlecht behandeln. Sie sagen viele schlimme Dinge zu mir. Sie nennen mich 'Hure', 'Schlampe' ... Sie sind oft gemein. [...] zum Beispiel kann es passieren, dass wir uns dort mit den Mädchen treffen, entspannt, wir lachen, wir haben Spass, und plötzlich kommen zwei oder drei Jungs vorbei, die kommen und 'Schlampe', 'du fickst', 'Du bist ein Schwein' und so sagen ... am Anfang ignorierst du es, aber wenn sie weitermachen, ist es normal, dass du explodierst. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Obwohl diese Beleidigungen und Beschimpfungen sowohl von Frauen als auch von Männern geäussert werden, schreiben die drei betroffenen Frauen sie speziell Männern zu, die sie als «*Ausländer*» identifizieren: «*Das sind keine Schweizer. Schweizer reden nicht so. Sie sind höflicher*».

Der befragte Sexarbeiter thematisiert nicht diese Art von verbalen Angriffen. Die vierte befragte Frau erklärt, dass sie nie auf der Strasse oder in anderen öffentlichen Räumen beleidigt wurde, und dies vor allem, weil sie auf ihr Image achtet, um nicht als Sexarbeiterin erkannt zu werden:

> *Ich gehe auch sehr gepflegt, sehr ruhig, sehr unauffällig raus ... aber ich habe schon einige Mädchen gesehen und mir gedacht: 'Diese da macht es'. Aber wenn ich ausgehe, finde ich, dass die Leute denken sollten, ich bin eine Studentin. Ich kleide mich unauffällig, ich trage kein Make-up und nicht diese synthetischen Sachen ... Wenn du sowas anziehst und viel Make-up und Rouge trägst, dann bemerken die anderen dich. Es hängt also viel von dem Bild ab, das du vermittelst, davon, wie du bist und wie du dich verhältst. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Laut einer der befragten AKT, die vor allem auf den Bereich Sexarbeit spezialisiert ist, verschärft die Stigmatisierung, der Sexarbeiter*innen ausgesetzt sind, die vielfältigen Vulnerabilitätssituationen: (grosse) wirtschaftliche Prekarität, ein sehr kleines Sozialisationsnetz, zum Teil konfliktträchtige Beziehungen im Arbeitsumfeld, ein besonders niedriges Bildungsniveau und die Gefahr von Ausbeutungsverhältnissen. In diesem Kontext fungiert die Stigmatisierung als Katalysator für diese vielfältigen Vulnerabilitäten.

> *Was macht die Frauen so vulnerabel? Einerseits ist es die Situation, in der sie sind, und auch ihre Ressourcen, die sie mitbringen, was auch immer das ist, oder fehlende Ressourcen, fehlende Strategien. Aber der grössere Teil finde ich, ist wie ein Katalysator dieser Vulnerabilität, und zwar unsere Stigmatisierung. Und die haben überlagerte Stigmatisierungen in der Gesellschaft: Sexwork, Frau, Ausländerin, Migrantin, schlechte Ausbildung, keine Sprache. Es sind Blocks, es sind Betonblocks. (AKT)*

Alle fünf befragten Personen geben an, von der Kundschaft **beschimpft** und **beleidigt** worden zu sein. Drei Frauen erzählen, dass sie Opfer von **körperlichen Übergriffen** geworden sind. Dies geschieht insbesondere dann, wenn die Kunden unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen psychoaktiven Substanzen stehen, Sexualkontakte ohne Kondom verlangen und/oder mit der Leistung nicht zufrieden sind. Eine erklärt uns folgendes:

> *Es gibt viele gefährliche Kunden. Sie sind betrunken, sie trinken, sie sind blau, auf Drogen. Sie kommen in den Salon und dann ist es normal, dass sie nicht zum Orgasmus kommen können. Und dann werden sie wütend und sagen: 'Jetzt gib mir das Geld zurück'. Das ist schwierig. [...] Und dann werden sie sehr gewalttätig. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Der Konsum von Drogen (insbesondere von Kokain) kommt im Kontext von bezahlten Sexualkontakten laut einer Person, die als Sexarbeiter*in tätig ist regelmässig vor. Dies kann die Sexarbeiter*innen einem Abhängigkeitsrisiko aussetzen.

> *Die Kunden konsumieren viele Drogen, zu viele, besonders hier in der Schweiz. Ich schwöre, in [Name eines anderen europäischen Landes] habe ich noch nie einen Kunden gesehen, der kommt, seine Drogen rausholt und sich vor dir eine Line zieht ... nur hier habe ich das gesehen, und zwar sehr, sehr oft ... [...] Dieser Job ist nicht leicht, der ist nicht leicht, wirklich. Man muss echt stark sein, man muss hart sein, um diese Arbeit zu machen ... Wenn du schwach bist, schaffst du es nicht. […] Ich habe eine Freundin, die ist hier angekommen und hat angefangen, Drogen zu nehmen. Die Kunden nehmen Drogen, sie sagen dir, dass du es probieren sollst, sie bieten es dir an: 'Take, just one line, try'. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Frauen, die als Sexarbeiterinnen **auf der Strasse** arbeiten oder gearbeitet haben, sind einem erhöhten Risiko für verbale, körperliche und sexuelle Übergriffen durch die Kunden ausgesetzt. Dies hängt damit zusammen, dass die bezahlten Sexualkontakte in den Autos der Kunden, in der Natur oder an abgelegenen öffentlichen Orten stattfinden. Dies schränkt den Zugang der Sexarbeiterinnen zu sofortiger Hilfe bei Problemen ein. Von den befragten Personen war die Frau mit der längsten Erfahrung auf der Strasse auch diejenige, die am meisten Gewalt erlebt hat. Mehrmals wurde sie mit Waffen (Pistolen und Messern) bedroht oder erhielt Schläge und Ohrfeigen. Sie wurde auch ausgezogen und beraubt. Ausserdem wurde sie sexuell missbraucht und vergewaltigt.

Eine Frau berichtet ferner, dass einige Kunden mit ähnlichem ethnischem Hintergrund diese Gemeinsamkeit nutzen, um sie unter Druck zu setzen und billigere Leistungen einzufordern.

> *Die Kunden, die Spanisch sprechen, sind nicht nur die Spanier aus Spanien, sie sind auch [Name ihres Herkunftslandes in Lateinamerika]. Sie sagen: 'Aber hör mal, wir sprechen die gleiche Sprache, du könntest mir noch das und das machen' ... Sie sind ein bisschen manipulativ ... Aber ich kenne das schon und weiss, wie ich mit der Situation umgehen muss [...] Sie wollen weniger zahlen, während die Schweizer dir das zahlen, was man ausgehandelt hat, und wenn sie mehr wollen, zahlen sie mehr. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Der Mann, der als Sexarbeiter tätig ist, sagt, er habe keine körperliche Gewalt seitens der Kundschaft erfahren, aber er erzählt, dass er Probleme mit einer Vermieterin hatte, die ihn bedroht und körperlich angegriffen habe:

> *Und hier in der Schweiz habe ich auch ein Problem gehabt mit einer Frau, bei der ich gearbeitet habe. Ich sollte in dieser Wohnung für zwei Wochen bleiben, aber am letzten Tag der ersten Woche hat sie dann angefangen zu trinken und sie war danach total blau. Und sie hat dann gesagt: 'Ich öffne die Tür nur für die Klienten' und sie hat mich dann daran gehindert zu arbeiten und hat mich auch bedroht und gesagt sie bezahlt mich nicht und sie schlägt mich. (PM)*

4 Vulnerabilität für HIV/STI

4.1 Definition von Vulnerabilität für HIV/STI

Für den Bereich HIV/STI hat das BAG ein Rahmenkonzept präventiver Massnahmen für «vulnerable Personen mit Migrationshintergrund» erstellt. Es handelt sich um das «Rahmenkonzept für die HIV/STI-Prävention – Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+» (Rahmenkonzept MV) (BAG, 2016a), dessen Hauptziele wie folgt lauten:

1. «Sensibilisierung für die Rechte im Bereich der Sexualität: Vulnerable Personen mit Migrationshintergrund sind über ihre Rechte im Bereich der Sexualität aufgeklärt und fähig, diese wahrzunehmen».
2. «Primärprävention von HIV und STI: Das Übertragungsrisiko von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) bei vulnerablen Personen mit Migrationshintergrund sinkt».
3. «Beratung, Diagnostik und Therapie: HIV und andere STI werden bei vulnerablen Personen mit Migrationshintergrund in einem frühen Stadium erkannt und behandelt».
4. «Schaffung nachhaltiger Rahmenbedingungen: Die HIV/STI-Prävention für vulnerable Personen mit Migrationshintergrund wirkt nachhaltig, weil sie auf die Partizipation der Zielgruppen setzt, auf wissenschaftlicher Evidenz beruht und von der Gesamtbevölkerung getragen wird».

Das Rahmenkonzept MV unterscheidet zwischen «Primären Vulnerabilitätsfaktoren für HIV und STI» und «Verstärkenden Vulnerabilitätsfaktoren für HIV und STI». Zu den Ersteren zählen: «Hohe Prävalenz von HIV und anderen STI im Herkunftsland, Tätigkeit als Sexarbeiter*in, Zugehörigkeit zur Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben, Zugehörigkeit zur Gruppe der Transmenschen, intravenöser Drogenkonsum, illegaler Aufenthalt oder unsicherer Aufenthaltsstatus in der Schweiz».

Zu den «Verstärkenden Vulnerabilitätsfaktoren für HIV und STI» zählen im Rahmenkonzept MV: «Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, kulturelle und religiöse Einflüsse, welche das Schutzverhalten beeinträchtigen, soziale und wirtschaftliche Prekarität, tiefes Bildungsniveau, soziale und emotionale Isolation, unerwünschte Schwangerschaft, Gewalterfahrungen, weibliche Genitalverstümmelung (FGM), Menschenhandel, Aufenthalt in Straf- und Massnahmenvollzugsanstalten, problematischer Konsum von Alkohol und/oder synthetischen Drogen und/oder Kokain, Unsicherheiten in Bezug auf Gesundheitsleistungen im Asylbereich».

Es wird sich zeigen, dass viele dieser Faktoren in der vorliegenden Analyse vorkommen. Da es sich bei der Mi.STI-Studie jedoch um eine qualitative, von Soziolog*innen durchgeführte Studie handelt, werden sie anders ausgedrückt. Zunächst sei darauf hingewiesen, dass die **Vulnerabilität für HIV/STI** dem in dieser Arbeit zugrunde liegenden Verständnis nach zwei Dimensionen umfasst. Erstens bezieht sie sich auf das **Risiko, sich mit HIV/STI zu infizieren**. Obwohl sich jeder Mensch infizieren kann, sind PM aufgrund ihres Status im Aufnahmeland (Rechtsstatus, Geschlecht, Klasse, ethnische Herkunft), ihrer Identitäten (geschlechtlich, sexuell, kulturell, religiös) und ihres Werdegangs sowie ihrer Erfahrungen (in Bezug auf Migration und Sexualität) stärker gefährdet. Hinzu kommen bioepidemiologische Dimensionen wie die HIV/STI-Prävalenz in den Herkunftsländern, den Gemeinschaften und den sexuellen Netzwerken sowie der Serostatus der Sexualpartner*innen. Die Ergebnisse zeigen, dass diese Faktoren zu Kontexten, Situationen und Beziehungen führen, die PM einem erhöhten Infektionsrisiko aussetzen.

Zweitens ist für Menschen, die bereits mit HIV/STI infiziert sind, die Vulnerabilität für HIV/STI mit dem **Risiko einer Verschlechterung des Gesundheitszustands** verbunden. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn sie Schwierigkeiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung haben. Obwohl jeder Mensch aufgrund

mangelnder Ressourcen (fehlende Informationen, fehlende finanzielle Mittel, um die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse oder die Behandlung zu bezahlen) auf Schwierigkeiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung stossen kann, zeigen die Ergebnisse, dass einige PM diesem Risiko besonders ausgesetzt sind. Dies ist auf ihre prekäre sozioökonomische Situation, ihren Rechtsstatus, ihre mangelnden Sprachkenntnisse oder ihr fehlendes Wissen um die Funktionsweise des Gesundheitssystems zurückzuführen. Auch die Vorstellungen über HIV/STI und Sexualität spielen eine Rolle, denn sie führen manchmal dazu, dass die PM Gesundheitszentren nicht aufsuchen, weder in ihrem Herkunftsland noch in der Schweiz.

Die Beschreibung von Situationen der Vulnerabilität für HIV/STI und die Analyse von **Prozessen der Vulnerabilisierung** ermöglicht im Gegensatz zur Identifizierung von Gruppen oder Einzelpersonen, die als gefährdet gelten, eine genauere und realistischere Analyse der Erfahrungen, die PM machen[13]. Damit wird das heuristische Prinzip des Soziologen Howard Becker (Becker, 2002) aufgegriffen, das darin besteht «Menschen wie Aktivitäten zu sehen» («voir les gens comme des activités») (Becker, 2002, S. 86) und den Fokus der Analyse auf die Situationen zu legen, in denen solche Aktivitäten stattfinden.

Es gibt mehrere Praktiken, die ein erhöhtes HIV/STI-Infektionsrisiko bergen, darunter Sexualkontakte ohne Kondom, der Tausch von nicht sterilen Spritzen und die Verwendung von nicht sterilem Material bei FGM. Die vorliegende Analyse bezieht sich nur auf Sexualkontakte, welche die häufigsten Übertragungswege darstellen und zu denen sich sowohl die befragten AKT als auch die PM vorrangig geäussert haben.

In einem ersten Schritt werden die Kontexte erläutert, in denen Sexualkontakte ohne Kondom praktiziert werden, so wie sie von den befragen AKT und PM beschrieben wurden.

In einem zweiten Schritt werden die Methoden in Bezug auf HIV/STI-Tests erläutert. Wenn nach ungeschützten Sexualkontakten kein Test gemacht wird, kann dies im Falle einer Ansteckung zu einer sogenannten Spätdiagnose führen.

In einem dritten Schritt werden zwei Methoden erläutert, bei denen es um medikamentöse Behandlungen geht. Die erste ist die Postexpositionsprophylaxe (PEP), eine präventive Notfallmassnahme auf der Basis antiviraler Medikamente. Indem das Virus daran gehindert wird, sich im Körper festzusetzen, wird das Risiko für eine mögliche HIV-Infektion verringert. Die Behandlung muss so bald wie möglich nach dem sogenannten Risikoverkehr erfolgen: bereits 48 Stunden danach sinkt die Wirksamkeit nämlich bereits fast auf null. Die Behandlung dauert vier Wochen. Die zweite medizinische Methode ist die Präexpositionsprophylaxe (PrEP), die genauso wie das Kondom eine Präventivmassnahme ist, mit der sich HIV-negative Menschen vor einer potenziellen Infektion schützen können. Es handelt sich um eine medizinische Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten, die kontinuierlich (täglich) oder nach Bedarf eingenommen werden.

Zum Schluss werden die Schwierigkeiten beim Zugang zu Behandlung und medizinischer Versorgung dargelegt, auf die einige PM stossen können. Dafür wird auf die Erfahrungen abgestellt, welche die Interviewpartner*innen, sowohl die PM als auch die AKT, die im Bereich HIV/STI und Migration tätig sind, beschrieben haben.

[13] Im Bereich HIV/STI wird der Begriff der Vulnerabilität seit 1990 von der WHO verwendet, um die strukturellen Faktoren zu identifizieren, die das Risiko einer Virusexposition beeinflussen. Damit wird betont, wie wichtig es ist, nicht nur das Risikoverhalten, sondern auch die Rahmenbedingungen und Faktoren zu erfassen, die das Risikoverhalten bestimmen.

4.2 Sexualkontakte ohne Kondom

Ob beim Sexualkontakt ein Kondom verwendet wird, hängt davon ab, welche Kenntnisse die PM über HIV/STI haben, insbesondere über Übertragungswege und Schutzmassnahmen. Mehrere der befragten AKT warnen vor Verallgemeinerungen, d. h. vor der Annahme, dass alle PM aufgrund ihres Status als Personen mit Migrationshintergrund über das gleiche Wissen verfügen. Tatsächlich ist das Wissen von Person zu Person unterschiedlich und hängt unter anderem vom Bildungsniveau, dem Wohnort im Herkunftsland (Stadt oder Land), dem Herkunftsland selbst und den Erfahrungen auf dem Migrationsweg ab. Beispielsweise sind Personen aus Ländern mit hoher Hepatitis B-Prävalenz, Personen aus Grossstädten oder Personen, die durch ein Familienmitglied Erfahrungen mit HIV gemacht haben, besser über HIV/STI informiert.

Trotz dieser Unterschiede scheint sich aus der Sicht der befragten AKT eine Tendenz abzuzeichnen: Die PM **wissen** sowohl über **HIV** und seine **Übertragungswege** als auch über das **Kondom als Schutzmassnahme gut Bescheid**. Ausnahmen bilden allenfalls einige junge Männer und Frauen, insbesondere unbegleitete Minderjährige (UM), die noch nie Sexualkontakte hatten. Anders verhält es sich aus Sicht der AKT mit den **anderen STI**, die den **PM** noch **weitgehend unbekannt sind**, mit Ausnahme von MSM und Sexarbeiter*innen, die in dieser Hinsicht genauso gut informiert sind wie über HIV.

Wenig bekannte andere STI

Die Erwägungen der AKT, dass PM keine andere STI als HIV kennen, bestätigt sich bei den befragten PM. Alle haben **bereits von HIV und Aids gehört**, sei es in ihrem Herkunftsland, in allfälligen Drittländern, in denen sie gelebt haben, oder in der Schweiz. Sie wissen, dass HIV durch Sexualkontakte übertragen wird. Mehrere Personen erwähnen auch Blut als Übertragungsweg, insbesondere beim gemeinsamen Gebrauch von infizierten Schneidinstrumenten oder Spritzen beim Drogenkonsum. Schliesslich erwähnen einige Personen die vertikale Transmission, d. h. die Übertragung bei der Geburt oder beim Stillen. Im Zusammenhang mit den Schutzmassnahmen vor HIV erwähnen alle befragten PM, dass der Gebrauch von Kondomen bei Sexualkontakten mit Penetration vor einer Übertragung des Virus schützt.

Die befragten PM erzählen, dass sie in Bezug auf **andere sexuell übertragbare Krankheiten** nur **sehr wenig wissen.** Mehrere Personen sagen, sie wüssten, dass es sie gibt, aber nicht, wie sie heissen: «*Ich weiss nicht den Namen, weiss nicht*». Einige Personen geben an, dass sie nicht einmal wissen, dass es sie gibt: «*Ich wusste das nicht. Ich habe erst jetzt gehört»; «Nein, das habe ich noch nie gehört*».

Diejenigen, die einige STI nennen können, geben an, dass sie nicht viel darüber wissen, weder über die Symptome noch über mögliche Behandlungen.

> *Etwas ... ich weiss nicht ... ich weiss den Namen nicht mehr, aber man sagt, es sei sexuell übertragbar, aber in dieser Hinsicht bin ich nicht ... aber ich weiss, dass es in Afrika sexuell übertragbare Krankheiten gibt, vor denen jeder Angst hat, sie zu haben. Aids und dann ... ich weiss nicht, ich habe es vergessen, es ist ein komischer Name. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Wie bei HIV scheinen die PM am besten informiert zu sind, die eine Ausbildung im Gesundheitsbereich haben, eine nicht-hetero-cis SOGI haben oder bereits eine STI hatten. Das Wissen der Sexarbeiter*innen ist unterschiedlich. Beispielsweise nennt eine der befragten Frauen die Namen von zwei STI (Syphilis und Hepatitis), gibt aber an, dass sie nicht mehr darüber weiss. Andere PM haben durch die Präventionsarbeit der in diesem Bereich tätigen NGOs gewisse Kenntnisse erworben. Diese Unterschiede hängen von

mehreren Dimensionen ab, wie dem Niveau der Sprachkenntnisse, dem Bildungsgrad, der in der Schweiz verbrachten Zeit und der Sozialisierung in Bezug auf sexuelle Gesundheit im Herkunftsland.

Vorstellungen über Kondome und HIV/STI

Die PM sind zwar relativ gut über die Risiken insbesondere von HIV informiert und kennen das Kondom als Schutzmassnahme, doch bestimmte Vorstellungen, die sie über das Kondom und die Krankheit haben, sind weit von den bestehenden wissenschaftlichen Erkenntnissen entfernt. In seltenen Fällen erwähnen auch die befragten AKT **Ansichten über das Kondom,** die im Widerspruch zu den medizinischen Erkenntnissen stehen. So zum Beispiel die Ansicht, dass das Kondom reisst und in der Vagina bleibt, oder die Ansicht, dass das Kondom Medikamente enthält, die das Kinderkriegen verhindern. Dasselbe gilt für gewisse **Vorstellungen über HIV**. Einige AKT berichten, dass die PM zum Teil der Meinung sind, dass HIV, die am meisten gefürchtete STI, in der Schweiz nicht mehr existiert. Diese Negierung oder Verharmlosung von HIV sei demnach auf einen **Mangel an Wissen über die epidemische Lage in der Schweiz** zurückzuführen.

Diese Erklärungsansätze finden in den Berichten der befragten PM keinen Widerhall. Sie sind zwar der Meinung, dass im Vergleich zu ihren Erfahrungen im Herkunftsland Menschen mit HIV in der Schweiz weniger stark stigmatisiert werden, doch **die Angst vor einer Infektion ist verbreitet und gross**.

> *I fear it. I make sex and I see the condom broken and I'm telling you, I'm so depressed. I would not live with something like this… it is not easy. I have a friend living with it and the way she tells me about, 'hey girl, please, I don't want you to catch this thing'. It makes me so angry, so miserable… everything. So I'm scared about it. Yeah. (PM)*

Alle befragten PM äussern die Angst vor einer Infektion, die darin begründet ist, dass ihrer Ansicht nach selbst in Europa das HIV-Stigma in zwei sozialen Bereichen nach wie vor stark ausgeprägt ist: bei den Sexualpartner*innen (unabhängig von ihrer SOGI) und in den Herkunftsgemeinschaften. In Bezug auf Sexualität und Emotionalität befürchten die PM, dass die Partner*innen im Falle einer HIV-Infektion den Sexualkontakt mit ihnen ablehnen, was wiederum den Aufbau einer intimen Beziehung behindern würde.

> *Es ist eine Krankheit, die Angst macht. Jeder Mensch hat Angst. Selbst wenn es Behandlungsmöglichkeiten gibt, macht es Angst, weil es eine besondere Krankheit ist. [...] Wenn du jemandem sagst, ich habe HIV/Aids, wenn die Person das hört, wird sie Angst haben, weil es keine Heilung gibt und weil es übertragbar ist. Wenn du HIV/Aids hast, ist es die schlimmste Krankheit der Welt, denn ich kann ein Mädchen kennenlernen, die sagt, dass sie Diabetikerin ist, und ich kann mit ihr schlafen. Ich riskiere nichts. Aber wenn ich HIV-positiv bin, wird sie nicht mit mir schlafen. Sie wird es nicht akzeptieren. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Wenn die befragten PM über ihre Herkunftsgemeinschaften in der Schweiz sprechen, erwähnen sie verschiedene Formen negativer Reaktionen, mit denen Menschen, die mit HIV leben, konfrontiert sein können. Diese reichen von «*Klatsch*» bis «*Ablehnung*» und von «*Verrat»* bis «*Isolation*». Diese Reaktionen würden dazu führen, dass Menschen mit HIV ihre HIV-Infektion verheimlichen.

> *Almost, people I know in [his country of origin] and here, first of all they used to hide the secret. They don't want to inform the family, the friends, the community. Of course, they have the reason, because people will neglect them. People will reject them and due to this, people hide themselves… They will be isolated. That's why this culture, still even I live here, there is still such kind of cultural background and traditional influences. (PM)*

Risikobereitschaft im Zusammenhang mit Sexualkontakten ohne Kondom

Auch wenn die PM im Allgemeinen die Informationen über HIV kennen, schliesst dies nicht aus, dass sie Risiken eingehen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn sie **Sexualkontakte ohne Kondom** mit Partner*innen haben, deren HIV-Status nicht bekannt ist und die weder eine PrEP (wenn sie HIV-negativ sind) noch eine antiretrovirale Therapie (ART) (wenn sie HIV-positiv sind) erhalten. Die Risiken hängen von mehreren Faktoren ab: der Art des Sexualkontakts und den sexuellen und sozialen Merkmalen der Partner*innen (Anal-, Vaginal-, Oralsex, aktiver/passiver Sexualkontakt, Sexualkontakt zwischen Männern und Frauen, zwischen Männern, zwischen Frauen, mit trans Menschen, Menschen aus Ländern mit hoher HIV/STI-Prävalenz usw.), der Häufigkeit der Sexualkontakte und der Anzahl der Sexualpartner*innen.

Aber die Risikobereitschaft variiert auch je nach Beziehungskontext, in dem es zu Sexualkontakten ohne Kondom kommt (feste/gelegentliche Beziehungen, monogame Beziehungen oder nicht). Das Aushandeln der Verwendung von Kondomen ist schwieriger in **missbräuchlichen Beziehungen**, die durch eine **starke Asymmetrie** (in Bezug auf Rechtsstatus, sozioökonomischen Status, Bildung, beruflichen Status) zwischen den Partnern gekennzeichnet sind. Diese Situationen, die sowohl in den Interviews mit den AKT als auch mit den PM immer wieder auftauchen, zeigen, dass sich die PM an der **Schnittstelle vielfältiger Formen von Dominanz** befinden, z. B. im **Zusammenhang mit dem Geschlecht, dem Rechtsstatus oder der ethnischen Herkunft.**

Auch der **moralische Kontext**, in dem die Sexualkontakte ohne Kondom stattfindet, spielt eine Rolle. Dass bei Sexualkontakten kein Kondom verwendet wird, hängt mit den **moralischen und sozialen Vorstellungen zusammen, die die Sexualpartner*innen über bestimmte Formen der Sexualität haben**. Dies gilt z. B. für voreheliche Sexualkontakte zwischen Männern und Frauen sowie für Sexualkontakte zwischen Männern. Diese sexuellen Normen (an die sich die PM je nachdem mehr oder weniger halten) führen dazu, dass die betroffenen Personen ihre Sexualpraktiken eher im Verborgenen ausüben. Das wiederum erschwert die Aushandlung der Verwendung von Kondomen und führt auch dazu, dass gewisse Praktiken, die als unmoralisch angesehen werden, umgangen werden. Es kann auch zu anderen Praktiken führen, die aus medizinischer Sicht riskanter sind, wie Analverkehr ohne Kondom zwischen Männern und Frauen, um die Jungfräulichkeit der Frauen zu bewahren.

Die Risikobereitschaft eines Menschen und die Umsetzung riskanter Praktiken variieren im Laufe des Lebens und in Abhängigkeit von der sexuellen Vergangenheit. Beides ändert sich in Abhängigkeit von den sexuellen Erfahrungen der PM und den Vorstellungen, die sie über HIV/STI haben. Wenn die PM beispielsweise bei ihren ersten sexuellen Erfahrungen davon ausgehen, dass HIV nur bei bestimmten Personengruppen vorkommt (z. B. bei intravenös Drogenkonsumierenden, MSM oder Sexarbeiter*innen), werden sie bei Sexualkontakten mit Personen, die nicht in diese Kategorien fallen, weniger vorsichtig sein. Die Verwendung von Präventivmassnahmen bei Partner*innen mit unbekanntem HIV-Status setzt voraus, dass diese Vorurteile abgebaut werden.

> *Du siehst eine schöne Frau und denkst, dass sie gesund ist, weil man nichts an ihrem Äusseren sieht ... du hast Vorurteile durch Filme, Fernsehen, die Kultur, die Gesellschaft ... [...] es gibt Afrikaner oder Leute von der Strasse, die ein bisschen schmutzig sind, oder Leute, die ein bisschen drogenabhängig sind ... da gibt es Aids. Das ist das Bild, das ich in meinem Kopf hatte: das sind Leute, bei denen man aufpassen muss. Aber dann, wenn du eine gewisse Lebenserfahrung hast, weisst du, dass es nicht so ist, dass es überall ist. Dir wird bewusst, dass Aids eine Krankheit ist, die keine sozialen Klassen kennt, die keine Hautfarbe kennt, die keine wirtschaftliche Situation kennt ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Laut den befragten AKT kennen die PM, mit denen sie in Kontakt stehen, Kondome und die PM sagen, dass sie diese in der Regel verwenden. Gleichwohl äussern die PM ebenfalls, dass sie auch Sexualkontakte ohne Kondom haben. Der Ansicht der AKT nach findet dies unabhängig von Alter, Herkunft, SOGI der PM und von der Art des Sexualkontakts sowie in verschiedenen Arten von Beziehungen statt: Sexualkontakte zwischen Partner*innen, zwischen Sexarbeiter*innen und Kund*innen, unter Zwang etc.

Die Berichte der AKT entsprechen den Erfahrungen, die von den befragten PM beschrieben wurden. Diese geben zwar an, Kondome zu kennen und zu benutzen, doch alle erzählen auch, dass sie im Laufe ihres Sexuallebens mindestens einmal Sexualkontakt ohne Kondom hatten. Dies kommt sowohl bei Personen vor, die sich als hetero-cis identifizieren, als auch bei Personen, die sich als queer, trans oder homosexuell identifizieren und angeben, dass sie sich nur von Männern oder von Männern und Frauen angezogen fühlen.

Im nächsten Kapitel geht es um die Beziehungskontexte, in denen Sexualkontakte ohne Kondom stattfinden. Dies ermöglicht es, die Bedeutungen zu erfassen, die diesen Praktiken beigemessen werden. Es wird die Nichtverwendung von Kondomen bei heterosexuellen und cis Personen, bei homosexuellen Männern und trans sowie queeren Personen und bei Sexarbeiter*innen getrennt dargelegt. Die Unterscheidung erfolgt in diesem Teil der Analyse deshalb, weil die verschiedenen Personengruppen mit unterschiedlichen Arten von Vulnerabilitäten konfrontiert sind, die sich wiederum in verschiedener Weise auf die Vulnerabilität für HIV/STI auswirken.

4.2.1 Nichtverwendung von Kondomen bei heterosexuellen cis Personen

Die AKT gehen davon aus, dass die Sexualkontakte von heterosexuellen, cis PM mehrheitlich vaginal sind. Einige der Befragten führen jedoch auch **Analverkehr** an, insbesondere unter Jugendlichen. Analverkehr scheint in Beziehungen zwischen Partner*innen stattzufinden, die **denselben ethnischen Netzwerken** angehören. Oft verweist diese Form von Sexualkontakten auf eine **ungleiche Machtverteilung**, da sie eher vom Mann ausgeht. Sie ist auch Ausdruck der **Sexualnorm der Jungfräulichkeit**, mit der junge Frauen in ihren Herkunftsländern sozialisiert wurden. Von ihnen wird eher erwartet, dass sie bis zur Heirat ihre Jungfräulichkeit erhalten.

Die Tatsache, dass junge Männer und Frauen beim Analverkehr kein Kondom benutzen, deutet auf einen **Mangel an Wissen über die Übertragungswege von HIV/STI** hin. Die Partner*innen sind darauf bedacht, die Jungfräulichkeit der Frau zu bewahren, insbesondere um eine Schwangerschaft zu vermeiden. Dies kann dazu führen, dass die Partner*innen fälschlicherweise davon ausgehen, dass sie auch vor dem Risiko einer HIV/STI-Infektion geschützt sind:

> *Es gab Menschen aus Somalia oder einigen arabischen Ländern, vor allem aus muslimischen Ländern, wo die Frau bis zur Hochzeit Jungfrau bleiben muss. Und das könnte auch in Syrien oder anderen solchen Ländern der Fall sein. Aber das ist eigentlich der Grund, warum es in der Diskussion, wenn ich detailliert darauf eingehe, gerade für die Dolmetscher schwierig war, zu übersetzen. Ich hatte gesagt, dass es wichtig ist, über Analverkehr zu sprechen, weil sie oft glauben, dass es dabei kein Risiko [einer HIV-Infektion] gibt. Ich hatte Diskussionen in dieser Richtung, in denen sie sagten: 'Ja, aber die Frau wird nicht schwanger'. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Vaginaler Sexualkontakt ohne Kondom zwischen heterosexuellen cis Personen findet in verschiedenen Beziehungskontexten statt. Es ist wichtig, das bei der Prävention zu berücksichtigen, weshalb im Folgenden darauf eingegangen wird.

*Vertrauen zwischen den Partner*innen*

Das Bewusstsein für sexuelle Risiken ist in Beziehungskontexten geringer, in denen die PM davon ausgehen, dass sie ihre Sexualpartner*innen kennen und ihnen **vertrauen**. Sei es, weil sie der gleichen Gemeinschaft angehören, die gleiche Schule besucht haben oder seit Langem in der gleichen Gegend wohnen. Eine befragte AKT erklärt: «*Sie sagen: 'Nein, aber die kenne ich, sie ist jemand aus meiner Gemeinde' oder 'Das ist ein Mädchen, das nicht mit anderen geht*'».

Dieses **Vertrauen** trägt dazu bei, dass sich keine*r der beiden berechtigt fühlt, die andere Person um einen HIV-Test zu bitten oder einen HIV-Test in Erwägung zu ziehen. Die Paarbeziehung wird im Laufe der Zeit aufgebaut und gefestigt, was dazu führt, dass die Partner*innen ohne vorherigen Test auf das Kondom verzichten und sich so dem Risiko einer HIV/STI-Infektion aussetzen.

Diese Überlegungen bestätigen sich in den Aussagen der befragten PM. Am häufigsten verzichten Personen, die sich als cis und heterosexuell identifizieren, auf das Kondom, wenn sich die Partner*innen **gegenseitig vertrauen**, beispielsweise im Rahmen einer Paarbeziehung, und zwar unabhängig von der Dauer der Beziehung. Dies zeigt, dass es zum Verständnis der Risikobereitschaft wichtig ist, die Interaktionsdynamiken zu analysieren, in denen Sexualkontakte stattfinden. Gefühle sind Teil dieser Dynamiken.

> *Mit ihr habe ich kein Kondom mehr verwendet. Immer wieder und wieder und wieder ... [...] Ich war blind vor Liebe! Sie hätte krank sein können, ich hätte mich angesteckt, weil ich nicht die Logik hatte, mich bei ihr zu schützen. Das kam mir nicht in den Sinn ... weil wenn man liebt, denkt man nicht daran. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

In Beziehungen, die als Paarbeziehungen eingestuft werden, ist das Vertrauen in das Gegenüber der häufigste Grund für Sexualkontakte ohne Kondom. «*Nein, da benutzt man so etwas nicht, aber ich weiss, dass ich nicht mit jemand anderem gehe, also benutze ich kein Kondom. Für sie gilt das Gleiche. Ich vertraue ihr*». Die Art und Weise, wie sich diese Person äussert, lässt vermuten, dass es sich bei der beschriebenen Beziehung um eine monogame Beziehung handelt.

Einige der befragten Personen, vor allem Frauen, nannten das Zusammenwohnen als eine Bedingung dafür, das Gegenüber nicht mehr um die Verwendung des Kondoms bitten zu können. Dasselbe gilt für HIV-Tests. Das Gegenüber aufzufordern, sich einem solchen Test zu unterziehen, würde als Vertrauensbruch empfunden werden.

> *Wir haben uns nicht geschützt, weil wir uns vertraut haben. Wenn du mit einem Mann zusammenwohnst, wirst du nicht sagen: 'Wir schützen uns'. So. Aber wenn du gelegentlich was mit anderen hast, dann kann der Mann verlangen, dass ihr euch schützt, aber von dem Moment an, wo ihr zusammen seid, wo ihr beschlossen habt, zusammen zu wohnen ... kannst du dieser Person nicht sagen: 'Hör zu, wir müssen uns schützen', weil ihr euch vertraut. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Andere Frauen berichten, dass sie keine Kondome verwenden, weil sie anderweitig eine ungewollte Schwangerschaft vermeiden. Dazu gehören die Antibabypille, der Coitus interruptus und der Verzicht auf

Sexualkontakte während der fruchtbaren Tage. Dies zeigt, dass die Fokussierung auf die Vermeidung einer ungewollten Schwangerschaft das Risiko einer HIV/STI-Infektion erhöhen kann.

Ein weiterer Grund, auf das Kondom zu verzichten, erklärt sich mit einem Kinderwunsch.

> *At that time we did not use protection. From 1997 until 2008 we were together. I left [country name] in 2008. So we were together and we did not use any protection, because we were trying to have a child, at that time, so we did not use any protection. And she would got pregnant, she went to the hospital and she had all the tests, because when you are pregnant you have to do all the tests. So she was ok at that time. (PM)*

Asymmetrische Machtverhältnisse und Geschlechterungleichheit

Aus den Interviews mit den AKT gehen weitere Dimensionen hervor, die Erklärungen dafür liefern, warum bei Sexualkontakten auf das Kondom verzichtet wird. Sie betreffen Beziehungskontexte, die durch **asymmetrische Machtverhältnisse zwischen den Partner*innen** gekennzeichnet sind und in denen die Frauen in einer benachteiligten Position sind. Die Machtverhältnisse erschweren den Frauen das Aushandeln der Verwendung von Kondomen. Dies zeigt die Notwendigkeit, das Konzept der «mechanischen Prävention» aufzubrechen. Das ist ein Konzept aus dem medizinischen Bereich, um auf die Verwendung von Kondomen zu verweisen (Pialoux, 2020). Es vernachlässigt jedoch die Machtverhältnisse, innerhalb derer die Aushandlung des Kondoms stattfindet, und lässt die ungleichen Ressourcen der Partner*innen unberücksichtigt.

Die Ungleichheit ist besonders ausgeprägt, wenn die Frauen finanziell von ihren Partnern/Ehemännern abhängig sind. Und sie ist noch stärker, wenn die Frauen keine oder nur eine geringe Bildung haben, arbeitslos sind oder in prekären, schlecht bezahlten Teilzeit- oder befristeten Arbeitsverhältnissen beschäftigt sind. Bei Frauen, deren Aufenthaltsbewilligung von der Heirat mit einem Schweizer oder einem in der Schweiz niedergelassenen Mann abhängt, kommt zur finanziellen Abhängigkeit noch die rechtliche Abhängigkeit hinzu. Auch soziale Isolation und begrenzte Kenntnisse der Landessprachen spielen oftmals eine Rolle. In einem solchen Kontext der **Abhängigkeit** und der **Kumulation von Vulnerabilitäten** erweist sich das Aushandeln der Verwendung von Kondomen als besonders schwierig. Es ist umso schwieriger, als der Vorschlag, ein Kondom zu verwenden, von den PM mit einem **herabwürdigenden Frauenbild** in Verbindung gebracht wird, das auf «*leichte Mädchen*» oder «*Prostituierte»* verweisen könnte, wie eine befragte AKT erklärt:

> *Es kommt häufiger vor, dass sich Frauen nicht trauen, den Mann nach einem Kondom zu fragen. Wenn der Mann es nicht direkt verwendet, traut sich die Frau nicht, darum zu bitten. Das käme schlecht an ... Je weniger sie in einer Machtposition sind, desto schwieriger ist es. [...] Und dann wollen sie die Beziehung nicht zerstören. [...] Frauen sollten sich auch wohlfühlen, wenn sie ein Kondom überziehen, aber das ist nicht so einfach, denn eine Frau, die die Initiative ergreift und ein Kondom überzieht, wird schnell als leichtes Mädchen oder als Prostituierte angesehen. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Auch **Geschlechternormen** beeinflussen das **Machtverhältnis in Partnerschaften** und wirken sich auf die **Vorstellungen über männliche und weibliche Sexualität aus.** Diese basieren auf geschlechtsspezifischen Sexualnormen, die Männern und Frauen unterschiedliche soziale Rollen zuweisen. Beispielsweise sind die Erwartungen an die Jungfräulichkeit bis zur Ehe bei Mädchen höher als bei Jungen, genauso wie der Druck, Mutter zu werden, höher ist als der Druck, Vater zu werden.

Mehrere AKT berichten über die Schwierigkeiten der Frauen, die Verwendung von Kondomen auszuhandeln, und erklären dies mit dem untergeordneten Status der Frauen in der Partnerschaft oder dem Platz, der ihnen in intimen Beziehungen zugewiesen wird. Diese Unterordnung wird als besonders stark bei jungen Mädchen eritreischer Herkunft beschrieben, die eher die Pille als das Kondom verwenden. Die Verwendung von Kondomen zum Schutz vor HIV/STI ist für die Frauen keine Option (die AKT schätzen, dass dies häufig vorkommt), die unter Berufung auf **religiöse Gebote** – gemäss derer nur Gott die Geburten regeln kann – gegen Geburtenkontrolle sind. Eine AKT beschreibt das folgendermassen: «*Muslime sagen 'Nein, nein, nein, Gott gibt die Kinder, wir wollen uns nicht schützen*'».

Auch in einem sozioökonomisch prekären Umfeld können PM ein besonders grosses Risiko für eine HIV/STI-Infektion haben, insbesondere wenn sie sich auf sexuelle Transaktionen einlassen:

> *Er [der Bruder] hatte eine Wohnung, er hat mir dort ein Zimmer gegeben ... aber dann gab es ein kleines Problem, er hat mich rausgeworfen. Ich habe draussen geschlafen, es war im Winter. Also wenn ich in eine Diskothek oder so ging, also wenn ich manchmal eine Gelegenheit bekam, wo ich schlafen konnte, ich weiss nicht, ich habe ... ich hatte Sex ... weil ich keinen Ort hatte, wo ich schlafen konnte. Es war kalt ... auch tagsüber, aber tagsüber kannst du es aushalten. Und dann habe ich Frauen gesehen, manchmal kennt man sich so. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Eine der befragten AKT weist darauf hin, dass es Frauen gibt, die HIV-positiv sind, aber ihre Partner nicht über ihre Infektion informiert haben. In einem solche Fall wird der Wunsch des Partners, kein Kondom zu verwenden, als besonders belastend empfunden wird. Dies gilt umso mehr, wenn es sich um eine asymmetrische Beziehung handelt.

> *Das ist etwas, das da ist, das man nicht vergessen darf. Du musst kämpfen. Du musst ständig auf der Hut sein. Und der andere belästigt dich 'Warum willst du es nicht weglassen? Ich bin einverstanden, und wenn du willst, können wir einen Test machen.' Was antwortest du darauf? Und es kommt wieder und wieder. Und jedes Mal musst du alles tun, um zu sagen 'Nein, nicht jetzt'. Und der andere darauf beharrt: 'Warum willst du nicht weglassen? Für mich ist es okay. Vertraust du mich nicht? Ich bin bereit, den Test zu machen.' Und was antwortest du? (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Spontaner Sex und sexuelles Vergnügen

Viele der befragten PM geben an, dass sie ihre ersten Sexualkontakte in ihrem Herkunftsland und ohne Kondom hatten. Sie nennen allerdings eine breitere Palette an Gründen dafür als die AKT: junges Alter, «*Unbekümmertheit*», Verheimlichung des ersten Sexualkontakts, Jungfräulichkeit, keine Anzeichen einer Krankheit oder die Unmöglichkeit, Kondome zu beschaffen (zu hohe Kondompreise oder keine Kondome auf dem Markt, z. B. in ländlichen Gebieten).

> *Zu diesem Zeitpunkt haben wir uns nicht geschützt, weil wir in Afrika in meinem Alter – ich war 15 Jahre alt – als Kinder heimlich Sex hatten und uns nicht leisten konnten, Kondome zu kaufen. Wir hatten kein Geld. [...] Wir waren noch Kinder, wir wussten nicht, wie man plant, es passierte einfach so. (PM)*

> *Nein, nein, nein. Wir haben nicht darüber nachgedacht. Wir waren jung und dann körperlich ... wir dachten, wenn jemand krank ist, siehst du es sofort ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Der Verweis auf die Jugendlichkeit, die Jungfräulichkeit der (beiden) Partner*innen und das Fehlen von Krankheitsanzeichen zeigt, wie Überzeugungen und Wissenslücken die Anwendung präventiver Massnahmen beeinträchtigen können. Der Glaube, dass eine Jungfrau nicht mit HIV infiziert sein kann und daher HIV auch nicht übertragen kann, zeigt zum Beispiel Wissenslücken über mögliche Ansteckungswege. Doch da die Übertragung auch über das Blut oder vertikal (Mutter-Kind-Übertragung) erfolgt, kann eine Person ohne vorherige Sexualkontakte infiziert sein. Auch die Vorstellung von Krankheitsanzeichen bei einer Person, die mit HIV lebt, – eine Vorstellung, die sich bei einigen PM im Migrationskontext hält – zeigt, dass es an Wissen über die Wirkung der ART mangelt.

Die befragten AKT sind der Ansicht, dass heterosexuelle Frauen Kondome nicht verwenden, weil ihnen die Autonomie fehlt, über die Verwendung von Kondomen zu entscheiden, oder weil es nicht möglich ist, während des Sexualkontakts über Kondome zu verhandeln. **Heterosexuelle Männer** scheinen **Sexualkontakte ohne Kondom** hauptsächlich aufgrund von sensorischen Aspekten zu bevorzugen. Ein Kondom kann zu Erektionsschwierigkeiten führen und die Empfindungen vermindern, was sich wiederum auf die Lust auswirkt.

Ein weiterer Grund für die Entscheidung gegen die Verwendung von Kondomen ist der, dass das **männliche Vergnügen** dem Schutz der Gesundheit (der eigenen Gesundheit, aber auch derjenigen der Partnerin) übergeordnet wird, wie die von den AKT berichteten Argumentationen zeigen.

> *Sie sagen, dass es sich nicht gleich anfühlt, wenn sie es anziehen, sie mögen es nicht oder sie haben Erektionsprobleme oder sie haben es vergessen. [...] Das sind alles Geschichten über das Vergnügen. Ich hatte auch andere, die kamen, die haben zugegeben, dass sie ... so erklären sie es. Sie sagen: 'Sie hat darauf bestanden, es zu verwenden. Aber ich habe es dann abgezogen, weil ich damit nicht gekommen bin.' Das sagen sie immer. Aber ich meine, das ist eine Machtübernahme. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Auch die Erfahrungen der befragten PM weisen in diese Richtung. Drei **heterosexuelle cis Männern** haben erzählt, dass sie regelmässig Sexualkontakte ohne Kondom hatten. Zwei von ihnen in ihrem Herkunftsland, einer in den verschiedenen Ländern, in denen er lebte, darunter auch in der Schweiz.

> *Sex und dann sind das so Abende, wo sich die Gelegenheit ergibt, da kann ich nicht widerstehen. Ich habe kein Kondom benutzt, weil ich es nicht mag. Wenn ich ein Kondom verwende, mag ich es nicht. Es erregt mich nicht, also wenn mir die Mädchen sagen, oft, dass ich es verwenden soll, dann ich ziehe es an, aber irgendwann ziehe ich es wieder ab ... mittendrin, ohne dass sie es merken. Du weisst schon, solche Sachen ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Die befragten Männer erklären die Nichtverwendung von Kondomen mit der «*Spontaneität*» des Sexualkontakts, der «*Erregung»,* aber auch mit der «*Vorliebe»*. Diese Erklärungen werden im Übrigen auch von den befragten Frauen aufgegriffen und sie neigen dazu, die männliche Lust in den Vordergrund zu stellen. Dies geschieht insbesondere im Rahmen asymmetrischer intimer Beziehungen, in denen die Macht zwischen Mann und Frau ungleich verteilt ist. Sexualkontakte ohne Kondom sind Teil eines heteronormativen Kontexts, in dem männliche Lust und sexuelles Vergnügen schwerer gewichtet werden. Eine Frau beschreibt das so: «*Ja, ja, ich wusste, wo ich Kondome finden konnte, ja. Es gibt viele, es gibt sie. Aber er wollte das Kondom nicht benutzen. Er mochte es nicht*».

Es hat sich gezeigt, dass die Verwendung oder Nichtverwendung von Kondomen bei heterosexuellen Partner*innen das Ergebnis sensorischer Vorlieben, Risikoeinschätzungen, falscher Annahmen über die Übertragungswege des Virus oder ungleicher Geschlechterverhältnissen ist.

4.2.2 Nichtverwendung von Kondomen bei homosexuellen Männern, trans und queeren Personen

Wie wir im Abschnitt über die Schwierigkeiten der AKT bei ihren Interventionen sehen werden, sind MSM mit Migrationshintergrund eine **Personengruppe, die als schwer erreichbar gilt**. Sie suchen selten die Einrichtungen auf, in denen die befragten AKT arbeiten, seien das Checkpoints, die Fachstellen der AHS oder öffentliche Stellen wie Ambulatorien für Infektionskrankheiten, Zentren für sexuelle Gesundheit oder spezielle Gesundheitsprogramme für die Migrationsbevölkerung.

Vorstellungen über Homosexualität und erlittene Diskriminierung

Laut unseren Interviewpartner*innen liegt die Distanz zu den Einrichtungen in erster Linie an der Vorstellung, die die Männer von (männlicher) Homosexualität haben, und an der Tatsache, dass diese in ihren Herkunftsländern, insbesondere in Afrika und im Nahen Osten, **sozial, religiös, moralisch** und oft auch strafrechtlich **verurteilt** wird. Das moralische Urteil über Sexualkontakte zwischen Männern und allfällige soziale Folgen werden auch in der Schweiz gefürchtet, gemäss den Aussagen der AKT, die mit PM zu tun haben.

> *Die Homosexuellen hatten dieses Tabu schon einmal im Heimatort. Weil dort die Leute einfach ins Gefängnis gesperrt werden, die Homosexuellen. Und wenn sie hier sind, verkehren sie ganz selten mit den Afrikanern. Weil sie wollen nicht, sie brauchen nicht diese Vorurteile. Sie schützen sich auch gegen die [Vorurteile] und solche Leute sieht man sehr selten. Es gibt zwar Homosexuelle, die, also Afrikaner, die homosexuell sind, aber sie werden nicht sagen, dass sie so sind. (AKT)*

Mehrere der befragten Akteur*innen betonen, dass Homosexualität von den gläubigen PM, mit denen sie bei ihrer Arbeit zu tun haben, als **Sünde** angesehen wird.

> *Also bei den jungen Somaliern – ich habe noch nie so krasse Dinge gehört wie bei ihnen, die Verurteilung von Homosexualität. Bei den Afghanen nicht, da gibt es keine Verurteilung davon, aber es stimmt, dass es nicht gut ist. Aber bei den Somaliern war es wirklich sehr, sehr krass. Ich erinnere mich wirklich. Es heisst: 'Wir müssen sie töten, wir müssen sie verbrennen'. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Negative Äusserungen gibt es in allen Religionen, auch wenn nach Ansicht einiger AKT die Verurteilung von Homosexualität in gewissen muslimischen und orthodoxen Gemeinschaften ausgeprägter zu sein scheint: «*Es gibt Leute, die uns sagen, es ist haram zum Beispiel, wenn ich über Homosexualität spreche, sagen sie mir: 'Aber Madame, es ist haram, es ist verboten'*».

Nicht-religiöse PM verurteilen Homosexualität, weil sie als **unnatürlich** und **nichtreproduktiv** erachtet wird. Diese Position wird insbesondere von heterosexuellen cis Männern und Frauen vertreten, die Sexualität in die Logik der natürlichen Reproduktion der menschlichen Spezies einordnen, wie sich an der Aussage dieser befragten PM zeigt:

> *Ich, von meinem Standpunkt aus, sehe das nicht als etwas Normales an. Ich sehe das nicht als etwas Normales, weil ich ... wenn du ein Mann bist, dann schläfst du mit einer Frau und nicht mit einem Mann. Das ist nicht das Gleiche. Es ist nicht natürlich. Der Mann ist dafür gemacht, mit einer Frau zu schlafen und nicht mit einem Mann. Ich weiss nicht, aber um Sex zu haben, muss man erregt sein, aber Frauen, Männer, wir haben unterschiedliche Bereiche, die du berühren kannst und dann wirst du erregt. [...] und dann ist das Ziel, Kinder und Enkelkinder zu haben. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Mehrere PM betonen den grossen Unterschied zwischen der gesellschaftlichen und sogar strafrechtlichen Behandlung von sexuellen und geschlechtlichen Minderheiten in ihren Herkunftsländern im Gegensatz zur Offenheit, die sie in der Schweiz wahrnehmen. Sie schätzen sich selbst als toleranter gegenüber sexuellen Minderheiten ein, als sie es vor der Migration waren. Einige wenige sind der Meinung, dass sie schon immer eine offene Haltung gegenüber nicht-hetero-cis Sexualitäten hatten. Dies ist der Fall bei einem, heterosexuellen cis Mann, der in einer sehr grossen Stadt in Lateinamerika aufgewachsen ist, von homosexuellen Menschen umgeben war und Homosexualität als «*normale*», «*natürliche*» Sexualität ansieht.

> *Als ich klein war, gab es eine Familie, die 150 Meter von unserem Haus entfernt wohnte. In dieser Familie gab es drei Jungen und ein Junge war homosexuell. Jeder wusste, dass er homosexuell war, und dann fing er plötzlich an, sich als Frau zu kleiden. Ich sah ihn mit Absätzen vorbeigehen, er kam so heraus und ging ins Stadtzentrum, mit dem Blick aller auf sich und einem Stolz, mit einer unglaublichen Stärke, und deshalb war für mich nie Platz für Homophobie. [...] Es war ziemlich klar für mich, dass jeder Mensch normal ist [...] Und ich bin in einer Stadt mit Millionen von Einwohnern aufgewachsen. Also ist es für mich ziemlich normal, Homosexuelle zu sehen, Transvestiten zu sehen. Das ist normal, das ist natürlich. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Wie bereits dargelegt, haben fünf der sechs Personen, die sich als trans, queer und/oder homosexuell identifizieren, in ihrem Herkunftsland **Diskriminierung und Verfolgung erlitten**. Diese fand in verschiedenen sozialen Sphären wie Familie, Schule oder Arbeit und in verschiedenen öffentlichen Räumen wie Gaststätten und Freizeitstätten, Geschäften und auf der Strasse statt. Die vier Personen, die uns anvertrauten, dass sie nach ihrem Coming-out unter Depressionen litten und Selbstmordgedanken hatten, führten dies auf die Ablehnungsreaktionen zurück, die sie in diesen verschiedenen sozialen Sphären erlebt haben.

Sowohl die PM als auch die AKT berichten, dass es oft in den Herkunftsgemeinschaften besonders negative Vorstellungen und Bilder über Homosexualität gibt. Für viele MSM mit Migrationshintergrund beeinträchtigt diese Verurteilung den Identifikationsprozess mit der LGBTQI+ Community und führt tendenziell zu einer stärkeren Isolation. Das beschränkt ihre Möglichkeiten, informierte Menschen und Menschen in der gleichen Situation kennenzulernen. Infolgedessen kennen sie nicht die spezialisierten Gesundheitseinrichtungen für LGBTQI+, wie die Checkpoints, und es fehlt ihnen an Informationen über ihre Rechte, z. B. bei erzwungenem ungeschütztem Sexualkontakt.

Verwendung oder Nichtverwendung von Kondomen

Die Verwendung eines Kondoms bei Sexualkontakten mit Penetration kann mehr oder weniger systematisch erfolgen, unabhängig vom Beziehungskontext und vom materiellen Kontext, in dem der Sexualkontakt stattfindet (Paarbeziehungen, monogame Beziehungen, polygame Beziehungen,

Gelegenheitsbeziehungen, Sauna, Kinos usw.). Drei der sechs befragten Personen geben an, aus unterschiedlichen Gründen sehr wenig oder gar keine Sexualkontakte ohne Kondom gehabt zu haben. Dabei handelt es sich um eine trans Frau, die sich zu Männern mit einer Ausbildung im Gesundheitsbereich hingezogen fühlt, einen MSM, der Sexarbeit ausübt, und einen trans Mann, der sich zu Männern und Frauen hingezogen fühlt.

Die anderen drei Personen hatten zu verschiedenen Zeiten und in verschiedenen Kontexten ihres sexuellen Werdegangs Sexualkontakte ohne Kondom. Eine trans Frau hatte Sexualkontakte ohne Kondom im Rahmen von Gelegenheitsbeziehungen (Partykontext) und im Rahmen einer Beziehung, in der sie von ihrem Partner finanziell unterstützt wurde. Ein homosexueller Mann berichtet, dass er nach seiner ersten Paarbeziehung anfing, Sexualkontakte ohne Kondom zu haben.

> *Es gab eine Zeit, ich weiss nicht, was da los war, ich fühlte mich sehr einsam und so habe ich angefangen, viele Leute kennenzulernen und so hatte ich immer häufiger ungeschützten Sex ... Ja, so war es. Nachdem ich die Beziehung mit dieser Person beendet hatte, fing ich an, häufig Sex ohne Kondom zu haben. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Eine Person, die sich als queer identifiziert, erzählt uns, dass sie häufig Sexualkontakte mit Männern hat (hatte), meistens ohne Kondom. Die Person sagt, dass sie sich der Risiken von HIV/STI immer bewusst war, erklärt aber die Risikobereitschaft damit, dass sie «*Kondome nicht sehr mag*».

> *Aber es war ein bisschen ... manchmal war es ein bisschen komisch ... warum ich das Ding benutze, ja, um mich zu schützen ... aber wenn du in einer Beziehung mit einer Person bist, eben einem Partner, dann musst du das Kondom nicht benutzen. Ja ... ich habe das Gefühl, dass ich das Kondom ausserdem nicht besonders mag. Für mich ist Sex mit Kondom und Sex ohne Kondom nicht das Gleiche, aber es gibt ein Risiko, wenn man es ohne Kondom macht ... du kannst auch eine Krankheit bekommen. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Riskante Praktiken und Chemsex

In Bezug auf die Sexualpraktiken geben die AKT, die mit MSM mit Migrationshintergrund in Kontakt stehen, an, dass diese – wahrscheinlich ebenso häufig wie MSM ohne Migrationshintergrund – **riskante Sexualpraktiken anwenden**. In der MSM-Szene finden auch Sexualkontakte ohne Kondom im Zusammenhang mit Alkohol oder synthetischen Drogen statt, eine Praxis, die als «Chemsex» bekannt ist.

> *Menschen, die unter Drogeneinfluss stehen und nicht mehr wissen, was sie getan haben – das ist ein Problem, das nun auch in der Gay-Community auftritt. Es handelt sich um Chemsex, den Konsum psychoaktiver Substanzen im Rahmen von Sexualkontakten mit grossen Risiken der psychischen Dekompensation und dann sogar des Todes durch Überdosis, insbesondere bei GHB, das in diesem Rahmen häufig konsumiert wird. Ansonsten gibt es viel Crystal Meth, Mephedrone, Cathinone, Ketamin, alles Drogen, die jetzt über das soziale Netzwerk Grindr in Umlauf gebracht werden. Und das ist etwas, das es in den grossen europäischen Ballungszentren, London, Paris und Madrid und dann Zürich, sehr viel gibt ... (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Der **Konsum von psychotropen Produkten** betrifft auch MSM mit Migrationshintergrund, wobei unbekannt ist, wie gross der Anteil ist. Von den befragten Personen wird Chemsex von einem Mann erwähnt, der sich als homosexuell und cis identifiziert, und von einer Frau, die sich als trans identifiziert

und angibt, sich zu Männern hingezogen zu fühlen. Die trans Frau verortet die Risikobereitschaft in einem Partykontext mit Drogen- und Alkoholkonsum:

> *Every time I had sex with someone, of course I always used a condom. But with him, I don't know what he has done, because I was so fucking drunk with the, with drugs. Even if we used the condom, the condom can be broken. Whatever we've done. Because I was out of my own... because I was so fucking drunk and I met this guy. (PM)*

Asymmetrische Machtverhältnisse

Beziehungen zwischen Personen, die durch eine starke Machtasymmetrie gekennzeichnet sind, begünstigen einen Kontext für Sexualkontakte ohne Kondom. Dies wird von mehreren AKT, die mit MSM in Kontakt stehen, sowie von zwei befragten PM erwähnt. In diesen Beziehungen ist der Partner häufig Schweizer oder in der Schweiz niedergelassen, hat eine höhere Ausbildung und einen gut bezahlten Job. Die PM ihrerseits hat einen unsicheren Rechtsstatus, eine Grundausbildung, sofern diese nicht unvollständig ist, keine Arbeit oder mehrere unsichere bzw. schlecht bezahlte Jobs. Hinzu kommt der Unterschied, dass der erste in der Schweiz, der zweite andernorts sozialisiert wurde. Dieser Unterschied führt zu weiteren Ungleichheiten in Bezug auf die Kenntnis der Landessprache, der eigenen Rechte und ganz allgemein der Funktionsweise der verschiedenen Systeme in der Schweiz (Wirtschaft, Recht, Gesundheit usw.).

> *Leute, bei denen zum Beispiel das Kondom ohne das Wissen der Person entfernt wurde. Das heisst, dass ... oder ich hatte vor Kurzem jemanden, der mich wegen einer solchen Situation angerufen hat und ich sagte ihm, dass das nicht legal ist und dass es in der Schweiz Leute gibt, die dafür verurteilt wurden. Und dass er theoretisch das Recht hätte, Anzeige zu erstatten. Es ist nicht sicher, dass es zu einer Verurteilung ... aber es ist auf jeden Fall etwas, es ist eine Form von sexueller Gewalt. Wir versuchen also, die Dinge zu benennen. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Je grösser die Ungleichheiten zwischen den beiden Sexualpartnern sind, desto schwieriger ist es für die unterlegene Person, die Verwendung von Kondomen auszuhandeln. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn ein Partner den anderen im Austausch für sexuelle Gefälligkeiten finanziell unterhält. Dies verweist auf die « Logik der Schuldigkeit» («logique de la redevabilité»), die bei bestimmten Erfahrungen sexueller Transaktionen wirkt (Carbajal et al., 2019).

> *Es gibt Personen, die mir von überhaupt nicht schönen, nicht respektvollen sexuellen Beziehungen mit Schweizer Personen oder Personen, die in der Schweiz sozialisiert wurden, berichtet haben, wo sie sich manchmal verachtet fühlen. [...] Manchmal gibt es nicht einvernehmliche sexuelle Beziehungen ... wo es sehr starke Machtbeziehungen zwischen Personen aus dem Asylbereich und Schweizer Personen gibt. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Von den PM, die wir getroffen haben, erzählt eine Frau, die sich als trans identifiziert und seit 2017 mit HIV lebt, dass sie im Rahmen von sexuellen Transaktionen Sexualkontakte ohne Kondom mit einem Mann hat im Austausch für eine Unterkunft. Sie erklärt uns, dass sie den Mann nicht über ihre HIV-Infektion informiert hat aus Angst, die von ihm zur Verfügung gestellte Unterkunft zu verlieren:

> *I'm afraid, of course. I'm afraid, because he's married you know. And even he said that he doesn't have sex anymore with his wife, I cannot explain or tell him the truth that I have this,*

this sick ... this HIV. I didn't tell him also because I'm afraid of course. Because if I discuss this with him, he kick me out and I don't have a place to stay. (PM)

4.2.3 Nichtverwendung von Kondomen bei Sexarbeiter*innen

Die Ansichten der AKT und der PM, die Sexarbeit ausüben, gehen in Bezug auf die Verwendung von Kondomen bei der Fellatio auseinander. Die AKT, die mit Sexarbeiter*innen zu tun haben, stellen übereinstimmend fest, dass **die Fellatio** meistens **ohne Schutz** (Latextuch oder Dental Dam) praktiziert wird. Dies sei zu einer gängigen Praxis geworden, die gemäss ihren Aussagen «*normalisiert*» sei.

Die meisten Frauen machen die Fellatio ohne Kondom. Es ist mittlerweile eine sehr gängige Forderung der Kunden, dass die Frauen das machen. Warum machen sie es? Weil die Kollegin ihr sagt, dass sie das schon seit 20 Jahren macht und noch nie etwas hatte. [...] Also wird die Fellatio heute sehr oft ungeschützt praktiziert, und das ist normal. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)

Die vier Sexarbeiterinnen (die sich als heterosexuell und cis identifizieren), die wir getroffen haben, sagen, dass sie sich beim Oralsex **systematisch** mit dem Latextuch **schützen** – trotz der eindringlichen Forderungen der Kundschaft:

Ich bekomme viele Anfragen für Sexualkontakt ohne Kondom. Und sie bestehen darauf: 'I give you more'. Oder sie fragen: 'Mach mir einen Blowjob ohne Kondom'. Aber was sind das für Leute ... und es gibt viele, viele von denen. Aber ich weiss nicht, was das für Leute sind ... sind das kranke Leute, die die Krankheit verbreiten wollen? Ich weiss nicht ... Wenn ich so eine Person sehe, die darauf besteht, dann höre ich schon auf, ich mache nichts mehr. Ich würde lieber verhungern. Ich gebe dir das Geld zurück und hau ab. Ich bin so, nur weil du mir das Geld gibst, heisst das nicht, dass ich alles machen muss ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)

Die Frauen geben an, viele Sexarbeiterinnen zu kennen, die keinen Schutz verwenden, was mit den Beobachtungen der befragten AKT übereinstimmt. Der befragte Sexarbeiter (der sich als homosexuell identifiziert) erzählt, dass er auf Wunsch der Kunden bei der **Fellatio kein Kondom** verwendet. Er prüft jedoch zuerst, ob «*der Penis trocken ist»,* was er als Zeichen für einen «*gesunden*» Penis interpretiert:

Ehrlichgesagt mir gefällt Oralsex mit Präservativ, das gefällt mir. Es gibt auch Kondome mit Fruchtaromen. Und wenn ich ein Kunde habe, dann öffne ich das Kondom sowieso, ohne zu fragen. Und wenn dann ein Kunde sagt: 'Nein, ich will nicht mit Kondom', dann werde ich nicht diese Gelegenheit Geld zu verdienen wegwerfen, sondern wirklich mal seinen Penis anschauen und solange der Penis trocken ist, geht das auch für mich. Wenn ich das Gefühl habe, er ist gesund, da ist nicht etwas Suspektes, eine Flüssigkeit oder so, geht es, aber sobald es dann eben Flüssigkeit gibt, dann muss er ein Präservativ anziehen. (PM)

Bei Sexualkontakten **mit Penetration** (vaginal oder anal), wird **in der Regel ein Kondom verwendet**, laut den Rückmeldungen der AKT, die mit Sexarbeiter*innen in Kontakt stehen. Die Sexarbeiter*innen verlangen zwingend ein Kondom, sofern es nicht entfernt wird, wie eine AKT berichtet: «*Sie haben immer noch Probleme mit Männern, die Kondome entfernen. [...] Ich habe Männer gehabt, die mir gesagt haben, dass sie das bei Prostituierten gemacht haben*».

Die Sexarbeiter*innen, mit denen wir gesprochen haben, betonen ebenfalls, dass sie bei ihren Leistungen konsequent auf die Verwendung von Kondomen bestehen.

> *Als ich dann angefangen habe zu arbeiten, war es klar, dass das sein muss, ganz klar ist das mit dem Kondom. Weil es geht dann nicht mehr nur drum mich selbst zu schützen, sondern auch die Kunden, die vielleicht noch verheiratet sind, eine Frau, Kinder, also dass es dann um viel mehr Leute geht. […] Es gibt aber auch schon Kunden, die haben vorgeschlagen mehr Geld zu geben, um es zu machen ohne Kondom. Aber für mich ist das keine Option, weil ich weiss, es ist auch für mich ein Problem. Also wenn ich dann krank bin, kann ich nicht weiterarbeiten. (PM)*

Die befragten Sexarbeiter*innen weisen jedoch darauf hin, dass andere Arbeitskolleginnen, insbesondere diejenigen, die sich in einer prekäreren wirtschaftlichen Situation befinden, Sexualkontakte ohne Kondom haben.

Auch Sexualkontakte unter Zwang führen zu einer Situation, in der das Risiko für eine HIV/STI-Infektion hoch ist, da bei Vergewaltigungen keine Kondome verwendet werden. Eine Frau, die auf der Strasse arbeitet, erzählt uns, dass sie Opfer einer Vergewaltigung geworden ist.

> *Ich kann mich noch gut an meine erste Gewalterfahrung erinnern. Ich erinnere mich an den Typen, er hatte einen Lieferwagen, hinten war er offen, du weisst schon, diese Lieferwagen, mit denen man Obst transportiert, er nahm mich da mit. Ich stieg in den Van und er begann wie ein Verrückter zu fahren, so schnell, dass ich schreckliche Angst hatte. Er parkte an einer sehr dunklen Stelle ... und wurde gewalttätig. Er hielt mich an den Haaren fest und forderte mich auf, Oralsex zu haben. Ich sagte ihm, dass ich ein Kondom benutzen würde, aber er wollte ohne. Zum Schluss hat er mich ohne Kondom gefickt, ohne meine Haare loszulassen [...] und da war ich am Boden zerstört. Ich weiss noch, dass ich total fertig war ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Laut den AKT, die mit Sexarbeiter*innen zu tun haben, entstehen Gewaltsituationen aufgrund mehrerer Dimensionen, die oft miteinander verflochten sind: die Schwierigkeit, Grenzen hinsichtlich der akzeptierten Praktiken zu setzen, die prekäre wirtschaftliche Lage und die Konkurrenz zwischen den Sexarbeiter*innen, die benachteiligte Frauen dazu bringt, bestimmte Praktiken zu akzeptieren. Gewalt in diesem Bereich wird als Tabu beschrieben. Von professionellen Sexarbeiter*innen wird erwartet, dass sie mit schwierigen Situationen umgehen können, wie eine AKT erklärt. Frauen, die ihr anvertrauen, Opfer von Gewalt geworden zu sein, bitten sie zudem, ihren Kolleg*innen·nicht von diesen Episoden zu erzählen.

> *Ich habe auch mehrere Situationen mit Sexarbeiterinnen, wo Gewalt sehr tabu ist [...] Es gibt eine Frau, sie kam mehrmals, und dann hat sie mir die blauen Flecken unter ihrem Make-up gezeigt. [...] Bei diesen Frauen geht es um die Frage der Grenzen, in Bezug darauf, was sie akzeptieren. [...] Ein Profi wird sagen: 'Nein, das kostet 100 CHF, und da berührst du nicht und dann basta'. Sie setzt die Rahmenbedingungen, denn von einer guten Fachperson wird erwartet, dass sie mit Gewalt umgehen kann ... (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Zur **grossen Prekarität**, in der manche Sexarbeiter*innen leben, kommt oft die Erwartung dazu, Geld an ihre Familien in der Heimat schicken zu müssen. Dies lässt ihnen keine andere Wahl, als den Wünschen nach ungeschützten Sexualkontakten nachzugeben. Ihr Spielraum zum Aushandeln der Verwendung von Kondomen ist begrenzt, insbesondere bei Personen mit Herkunft ausserhalb Europas/EFTA, die sich,

gemäss den Erfahrungen einer AKT, von der Kundschaft stärker abgewertet fühlen als Sexarbeiter*innen europäischer Herkunft.

> *Personen, die Sexarbeiterinnen sind, erzählen uns, dass sie in der Tat weniger Handlungsspielraum haben als europäische Sexarbeiterinnen oder solche, die hier sozialisiert wurden, in Bezug auf Praktiken, die verlangt werden, oder Fragen des Schutzes, Kondome, oder manchmal haben sie das Gefühl, dass sie weniger Handlungsspielraum haben, dass sie weniger beachtet werden. […] Sie haben den Eindruck, dass sie stärker ausgebeutet werden, weil sie weniger die Möglichkeit haben, nein zu sagen, weil sie sich in einer grösseren Notsituation befinden. [...] Und dann sind sie Infektionen, STI viel mehr ausgesetzt. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Bei vielen Sexarbeiter*innen erschweren ein **niedriges Bildungsniveau** oder sogar Analphabetismus in Verbindung mit **geringen Kenntnissen der Landessprachen** das Aushandeln der Verwendung von Kondomen. Diese Personen haben weniger Ressourcen, um die Rahmenbedingungen ihrer Dienstleistung abzustecken und ihrer Kundschaft die Bedingungen, unter denen diese stattfinden soll, klar zu erläutern.

Schliesslich resultieren die Forderungen nach ungeschützten Sexualkontakten, mit denen die Sexarbeiter*innen konfrontiert sind, auch aus dem, was einige AKT als eine von den (im Übrigen immer jünger werdenden) **Kund*innen geforderte Änderung der Praktiken** betrachten. Diese orientieren sich an der **Sadomaso-Szene** und an **pornografischen** Filmen. Das gilt für das «Fisting» (Eindringen mit der Faust), das zu Verletzungen führen kann, und für Gruppensex, der das Risiko einer HIV/STI-Infektion vervielfacht, noch dazu im Kontext von **Kokainkonsum**.

> *Die Praktiken haben sich verändert und auch die Kunden werden immer jünger. Das sagen die Frauen auf der Strasse. Und es gibt viele junge Leute, die in Gruppen in die Salons kommen. Früher war es ein Mann zwischen 30 und 40 Jahren, der allein kam und sich zurechtgemacht hat, jetzt gibt es junge Leute, die in Gruppen kommen [...] Sehr oft sind sie unter Drogen, wenn sie zu mehreren kommen. Um ein bisschen enthemmt zu sein, weil wenn sie einen anderen nackten Mann sehen, müssen sie andere Substanzen nehmen, damit sie nicht von einem nackten Mann gestört sind. Also oft gibt es unter Drogeneinfluss ein grösseres Risiko. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Abgesehen von den Anfragen der Kundschaft nach ungeschützten Sexualkontakten, berichten mehrere der befragten AKT von **Kondomrissen**, wie die Sexarbeiter*innen sagen. Von den befragten Sexarbeiter*innen erwähnen drei tatsächlich einige Kondomunfälle. Laut ihren Aussagen handelt es sich dabei um Einzelfälle: «*Das ist mir schon dreimal passiert*», «*Das ist mir schon einmal, zweimal passiert*». Ausserdem betonen alle, dass sie ihren Körper als Arbeitsinstrument schützen müssen. Dazu gehört auch, dass sie Strategien anwenden, mit denen sie das Risiko eines Kondomrisses verringern können.

> *Ich hatte noch nie einen Unfall. Ich benutze viel Gleitmittel, weil ich weiss, dass es zu Unfällen kommen kann, wenn es nicht genug Gleitmittel gibt. Wenn ich also sehe, dass die Person sehr abrupt und stark ist und nicht schnell zum Ende kommt, mache ich erotische Massagen ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Die Arbeitsbedingungen in einem Umfeld, in dem gemäss einigen AKT die Hygieneregeln nicht eingehalten werden, können auch zur Verbreitung von Infektionskrankheiten wie Tuberkulose beitragen. Dies wurde im Fall einiger Erotiksalons festgestellt.

> *Das ist noch schwierig, manchmal sind wir in so schwierigen Situationen, weil wir haben oft auch Leute, bei denen wir nicht so recht wissen, sind sie irgendwie in einer Form von Menschenhandel drin, oder. Also jetzt gerade die nigerianischen Prostituierten, die, wenn eine von ihnen mit Tuberkulose-Verdacht kommt, und die schlafen alle in einem Raum ... (AKT)*

Schliesslich können auch die Überzeugungen der Sexarbeiter*innen eine Rolle dabei spielen, welche präventiven Massnahmen sie ergreifen oder nicht ergreifen. Laut einer befragten AKT gibt es Überzeugungen, die auf **falschen Informationen** beruht, die **von «*alten Hasen*»**, insbesondere von Betreiberinnen von Erotiksalons, **weitergegeben werden**: Das Einspritzen bestimmter Produkte in die Vagina – «*Wasser, Wodka, Betadine, Bleichmittel oder Cola*» – würde nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr das Risiko einer HIV/STI-Infektion verhindern. In den Interviews mit den fünf befragten Sexarbeiter*innen wurden keine solchen Überzeugungen in dieser Richtung erwähnt.

4.3 Unterschiedliche Inanspruchnahme von Tests

Trotz der bereits erwähnten unterschiedlichen Kenntnisse der PM im Bereich HIV/STI, scheint sich auch in Bezug auf die Tests ein allgemeiner Trend abzuzeichnen: Die befragten AKT sind der Meinung, dass die PM **gut** über **HIV-Tests Bescheid wissen**, während die **Tests** für andere STI noch **weitgehend unbekannt** zu sein scheinen, da das Wissen über diese Infektionen sehr begrenzt ist. Ausnahmen bilden Personen mit minoritären geschlechtlichen und sexuellen Identitäten und Personen, die in der Sexarbeit tätig sind, die darüber fast genauso gut Bescheid wissen wie über HIV.

Im Rahmen eines Gesundheitschecks bekommen Personen, die über das Asylgesetz in die Schweiz einreisen, auf der Grundlage des VCT-Modells (beschrieben im nächsten Kapitel über die beruflichen Praktiken) ein Testangebot inklusive HIV- und Hepatitis-B-Tests. Diese Tests werden in medizinischen Einrichtungen durchgeführt, die auf die Betreuung der Migrationsbevölkerung spezialisiert sind. Manche Personen bitten später erneut darum, einen Test machen zu können, aber nach Ansicht mehrerer Interviewpartner*innen kommen solche **Anfragen nicht häufig** vor. Auch in anderen Einrichtungen, z. B. in niedrigschwelligen Einrichtungen, werden die Tests auf Wunsch durchgeführt.

> *Es gibt Leute, die uns danach fragen, die bereits wissen, dass sie einen Test auf Syphilis oder Chlamydien wollen. Es gibt Leute, die bereits wissen, was sie wollen. Wenn sie Symptome haben, wenn es brennt oder eitrig ist, fragen sie danach oder wir schlagen es vor und sie sind damit einverstanden, damit es schnell besser wird. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Von den befragten PM geben abgesehen von zwei Frauen alle an, dass sie in ihrem Leben mindestens einen HIV-Test gemacht haben. Die **Häufigkeit der Tests variiert jedoch** von Person zu Person und hängt von der sexuellen Geschichte sowie von der Geschlechtsidentität und der sexuellen Orientierung ab. Tests werden **selten**, **gelegentlich oder regelmässig** gemacht. Mehrere hetero-cis Personen, mit wenigen Sexualkontakten, die hauptsächlich im Rahmen von als exklusiv erachteten Paarbeziehungen stattfanden, geben an, vor dem Weglassen des Kondoms einen HIV-Test durchgeführt zu haben. In Paarbeziehungen wird der Wunsch, das Kondom wegzulassen, eher von den Männern geäussert, das Thema Test wird von den Frauen eingebracht, wie diese Befragte erzählt:

> *Also, er, das stimmt, am Anfang habe ich sofort verlangt, dass er sich schützt. Schütze dich selbst. Sich schützen ... Irgendwann sagte er mir, dass er es satthat, sich zu schützen. Ich sagte: 'Gut, du hast es satt, okay, wir gehen ins Spital, machen beide einen Test, und dann*

> *wissen wir, ob der andere eine Krankheit hat, mit der er den anderen anstecken kann und so weiter'. Er war einverstanden, wir haben den Test gemacht. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Andere heterosexuelle Personen, die angeben, häufiger und ausserhalb der Paarbeziehung Sexualkontakte zu haben, berichten von regelmässigeren Tests (etwa einmal pro Jahr):

> *Ich habe sexuelle Begegnungen und ich war ein bisschen sehr aktiv mit Frauen und manchmal kann das Kondom kaputt gehen ... [...] man macht die Tests, um beruhigt zu sein und zu wissen, dass es einem gut geht, dass man nichts zu verbergen hat ... Es ist nicht nur für uns, sondern für jeden ... es ist praktisch ... Ja, ich habe das oft gemacht. Jetzt mache ich das jedes Jahr ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Schliesslich gibt es einige unter den Personen, die sich als homosexuell, trans oder queer identifizieren und angeben, häufig Sexualkontakte zu haben und/oder in nicht exklusiven Paarbeziehungen zu leben, die sagen, dass sie sehr regelmässig HIV-Tests machen (alle 3-6 Monate).

> *What we [his partner and him] said, do you know what, if we want to try unprotected sex we would get tested. Always, always, because I knew that he was a womanizer, so we always got tested. (…) I got tested about several times in [his country of origin] and since I came here, I did it around 4 times. (PM)*

Die Sexarbeiter*innen, die wir getroffen haben, geben an, dass sie sich ebenfalls so oft testen lassen:

> *Ich habe den Zettel zu Hause, auf dem steht, wann ich zuletzt einen gemacht habe. Ich mache alle sechs Monate einen, die Mädchen sagen, es ist gut, das so zu machen. Seit 2018 habe ich dreimal einen gemacht. Normalerweise hätte ich einen nach dem Lockdown machen müssen, aber da ich nicht viel zu tun hatte, habe ich ihn noch nicht gemacht. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Die **Gründe**, die für die Durchführung eines HIV-Tests genannt werden, sind **vielfältig** und variieren je nachdem, ob die Person den Test selbst initiiert hat oder nicht: «*aus Neugierde*», «*um* zu *wissen*», «*um sicher zu sein», «um Sex ohne Kondom zu habe»,* «*weil ich darum gebeten wurde*». Denn auch wenn der Test in der Schweiz grundsätzlich nur auf freiwilliger Basis durchgeführt wird, kann er auch von einer anderen Person vorgeschlagen werden: vom Partner vor dem Weglassen des Kondoms, von Präventionsfachleuten an den Arbeitsorten von Sexarbeiter*innen, von Ärzt*innen oder Pflegefachpersonen, nach der Einreise in die Schweiz im Rahmen des Asylverfahrens, bei einer Schwangerschaft oder vor einer Hormonbehandlung einer trans Person: «*They just wanted to check if everything is ok to start hormonal therapy. So, I need to make this*».

Die befragten AKT gehen davon aus, dass **Selbsttests** von PM sehr **selten** verwendet werden. Eine der Befragten berichtet, dass es nur eine sehr geringe Nachfrage danach gibt, mit Ausnahme der Sexarbeit-Szene, wo Selbsttest ihrer Meinung nach allerdings auch noch immer wenig verwendet werden. Eine andere Befragte, die in einem Checkpoint arbeitet, ist der Meinung, dass Selbsttests unter MSM hingegen weit verbreitet sind. Noch ist unklar, inwieweit dies auch bei MSM mit Migrationshintergrund der Fall ist, da sie sehr selten solche Einrichtungen aufsuchen. Die gleiche Interviewpartnerin berichtet von einem MSM aus Lateinamerika, der ihr erzählte, dass er auf Initiative seines Schweizer Partners einen Selbsttest gemacht habe.

> *Ein junger Mann [lateinamerikanisches Land] wurde so positiv getestet. Aber nicht er hatte die Initiative für den Selbsttest ergriffen, sondern der Partner. Oft initiiert nicht der, der HIV-*

> *positiv ist, den Selbsttest, sondern der andere. Und so hat der Partner also einen Test gemacht und dabei herausgefunden, dass er HIV-positiv ist. Also das war auch eine etwas heikle Situation ... [...] Dann kommen sie, sie erklären, wir machen noch einen Test, und oft wird die Infektion bestätigt. Ich hatte einmal diesen Fall eines positiven Selbsttests. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Von den befragten PM hat nur eine Person die Verwendung eines Selbsttests erwähnt, ein Mann, der sich als homosexuell und cis identifizierte und den Selbsttest in seinem Heimatland durchgeführt hatte, während er auf das Ergebnis eines HIV-Labortests wartete.

> *Sie [eine Pflegefachperson] sagte zu mir: 'Warte, bis wir dich in einer Woche anrufen und dir sagen, dass du dein Ergebnis abholen kannst'. Okay. Aber das war eine schreckliche Sache, die über mich gekommen ist und ich habe gesagt: 'Mein Gott!' Eine schreckliche Woche für mich, ich hatte keinen Boden, ich hatte keine Luft, ich hatte nichts. Ich dachte an nichts anderes. Ich war so ängstlich, dass ich in eine Apotheke ging und einen Test kaufte und den Test machte und er war positiv. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Um zu verstehen, woher die Unterschiede bei der Inanspruchnahme von HIV/STI-Tests kommen, müssen mehrere Aspekte berücksichtigt werden, die miteinander verknüpft sind: die **Vorstellungen** und Überzeugungen rund um HIV/STI, das **Wissen** über die Übertragungswege von HIV sowie die **Lebensbedingungen** mancher PM. Wir konzentrieren uns hier auf die Vorstellungen und das Wissen, da die Lebensbedingungen in Kapitel 5 beschrieben werden, wo es um die Verflechtung von Vulnerabilitäten geht.

Während andere STI von Menschen, die sie kennen, im Allgemeinen als nicht schwerwiegend erachtet werden, wird **HIV** nach wie vor als eine **schwere**, **tödliche Krankheit gefürchtet**. Dies wird von einigen der befragten AKT angemerkt.

> *Was wir immer wieder erleben, ist, dass die Leute ganz grosse Ängste haben, wenn dann etwas ist oder sie etwas vermuten: '(aufgebrachtes Geräusch) Ist das jetzt Aids? Jösses Gott, was mache ich denn jetzt?' Oder und so hier fast nicht darüber sprechen können. [...] jetzt gerade in schwarzafrikanischen Ländern, ist gerade HIV ein Thema sondergleichen, das man einfach ausklammert, das wahnsinnig mit Angst behaftet ist, immer noch. [...] das ist so ein Schrecken, immer noch in vielen Teilen von afrikanischen Ländern, also das merken wir ganz fest. (AKT)*

Dies bestätigt sich teilweise in den Aussagen der befragten PM. Einige von ihnen nehmen HIV immer noch als tödliche Krankheit wahr, was auf ihr **mangelndes Wissen** über die **Wirksamkeit der Behandlung hinweist**, durch die das Virus im Blut nicht mehr nachweisbar ist und so die Übertragung von HIV bei ungeschützten Sexualkontakten verhindert wird. Mehrere AKT sind der Ansicht, dass viele Menschen aus diesen Bevölkerungsgruppen nicht wissen, dass bei korrekter Einhaltung der ART das **Virus im Blut nicht mehr nachweisbar** ist.

> *Ich finde, was meiner Meinung nach in der Aufklärung fehlt, ist vor allem die Sache, dass man mit einer Behandlung nicht mehr infektiös ist. [...] Und dann daran erinnern zu können, dass sie, wenn sie jemanden haben, der grosse Angst hat, diese Person zu einem Test ermutigen sollten, denn es gibt jetzt Behandlungen, die Menschen sterben nicht mehr, man kann normal leben, man kann eine Familie haben [...] Und das hilft dann auch in Bezug auf die Angst vor Diskriminierung. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Diese Feststellung wird von den befragten PM bestätigt. Die grosse Mehrheit weiss nicht, dass eine Person, die mit HIV lebt und eine ART erhält, das Virus nicht mehr überträgt– auch nicht auf sexuellem Weg –, sofern die Viruslast nicht mehr nachweisbar ist. Dies wird durch das Konzept «U=U» (undetectable = untransmissible) ausgedrückt, das seit mehreren Jahren im Präventionsbereich verwendet wird. Die befragten PM kennen das Konzept jedoch zumeist nicht, mit Ausnahme derjenigen, die sich als homosexuell oder queer identifizieren, und derjenigen, die mit HIV leben.

PM, die mit HIV leben, betonen die emanzipatorische Dimension dieser Information, die es ihnen ermöglicht, Sexualkontakte ohne Kondom zu haben, und sich von der moralischen und rechtlichen Last des Risikos, den*die Partner*in anzustecken, zu befreien.

> *Der Tag, an dem die Schweizer als erste gesagt haben, dass man sogar Sex haben kann ohne Kondom, ohne den anderen anzustecken, ohne es sagen zu müssen [...] an diesem Tag war ich so glücklich, ich habe gesagt: 'Das ist das erste Mal seit Jahren, dass wir eine gute Nachricht haben!' Dass man Sex ohne Kondom haben kann, ohne den anderen anzustecken, ohne die Last dort [zeigt auf das Herz] zu spüren ... jedes Mal ist es eine Last, da drin! [...] Selbst, wenn du ein Kondom benutzt, hast du viele Fragen: Wenn das Kondom reisst, werde ich ihn anstecken. Und das, diese Last, seit damals weisst du, dass du sie wegnehmen kannst! (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Die Angst vor einem positiven HIV-Test ist auch eine Folge der **Wissenslücken**, die die AKT bei einigen PM feststellen. Die meisten unserer Interviewpartner*innen stellen fest, dass die PM, die ihre Einrichtungen besuchen, sich nur dann beraten lassen, wenn sie Symptome haben. Das liegt zum einen an ihrer **mangelnden Sozialisierung in Bezug auf die Prävention** im Gesundheitsbereich, wie sie in der Schweiz verstanden und praktiziert wird, und zum anderen an der prekären Situation, in der sie leben, insbesondere in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht. Je grösser die prekäre Lage ist, desto eher suchen sie Hilfe nur im Notfall auf.

> *Grundsätzlich die Sans-Papiers kommen eigentlich nur quasi, wenn ihnen etwas weh tut oder wenn etwas dringend ist. Ansonsten sind sie eigentlich immer so mit Überleben beschäftigt, also entweder mit Arbeiten, immer irgendwie unter Druck. Mit anderen Worten, sie kommen immer, wenn schon etwas ist, oder sie Angst haben, schwanger zu sein […] Die kommen eigentlich immer aus einem Leidensdruck heraus, es kommt selten einmal jemand und sagt: 'Ich hätte mal gerne eine Sprechstunde, ich möchte Informationen', das ist ganz selten. […] die Mehrheit ist doch nicht ganz so. (AKT)*

Die Vorbehalte, sich testen zu lassen, rühren auch daher, dass HIV **mit Sexualpraktiken oder Formen der Sexualität in Verbindung gebracht wird, die als moralisch und sozial abweichend wahrgenommen werden**, z. B. ausserehelicheBeziehungen, Homosexualität oder Prostitution. Diese Praktiken stehen im Gegensatz zu den sexuellen Normen, die mit Paarbeziehungen, Treue, Heterosexualität und Cisnormativität verbunden sind.

> *Aber beim HIV-Test denken sie 'Okay er hat etwas gemacht ausserhalb der Norm, die wir haben'. Z. B. die sexuell übertragbaren Krankheiten sind ja nur wenn jemand etwas macht ausser Ehe z. B. oder der Partnerschaft usw. [...] Wenn er stigmatisiert wurde, ein Person, wenn er an ein Testzentrum geht und dann getestet wird, das spielt auch eine riesige Rolle. Also er ist jetzt vulnerabel, weil die Community stigmatisiert jemand, die an ein Testzentrum geht oder die HIV-positiv ist. (AKT)*

HIV wird nicht selten als «*Strafe Gottes*» für ein Verhalten angesehen, das nicht den sozialen und sexuellen Normen entspricht, mit denen die PM sozialisiert wurden, d. h. für ein inakzeptables Verhalten, das zu Stigmatisierung führt. Wenn man einen HIV-Test macht, wird dies folglich als ein Eingeständnis dafür angesehen, dass man sich einem solchen Verhalten hingegeben hat. Das führt zu einem Stigmatisierungsrisiko, insbesondere in den Herkunftsgemeinschaften.

Die göttliche Strafe, so eine AKT aus einem Land in Subsahara-Afrika, verweist auf das **mangelnde Einfühlungsvermögen** gegenüber HIV-positiven Menschen, wo doch die meisten anderen Krankheiten Solidarität und gegenseitige Hilfe gegenüber den Kranken erzeugten.

> *HIV macht Angst. Es ist 'Ah, was hast du getan?', 'Ah, das ist ein Bann. Ich werde mich dir nicht nähern'. Es ist vor allem Angst. Die Angst ... HIV ist der Tod. HIV ist 'Ich habe gesündigt, ich habe Angst, ich habe etwas Falsches getan'. Weil Krankheit immer auch mit einer spirituellen Sphäre verbunden ist, nun, also. [...] Es ist ein Tabu, denn, wenn ich ein Beispiel aus unserer Heimat nehme, da ist Krankheit eine Quelle grosser Solidarität. Wenn jemand krank ist, sind alle da. Bei allen möglichen Krankheiten; aber sobald es um HIV geht, ist niemand da. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Darüber hinaus erzählen vier von fünf der befragten PM, die mit HIV leben, dass sie die Krankheit als «*beschämend*» empfinden, auch in der Schweiz. Drei von ihnen (die 2000, 2005 und 2018 in der Schweiz oder anderswo in Europa diagnostiziert wurden) sagen, dass sie sich «*schmutzig*» fühlen, obwohl sie wissen, dass ihre Viruslast nicht nachweisbar ist. So sagt die trans Frau, die 2018 in der Schweiz diagnostiziert wurde:

> *I cannot accept at that time, because, it's really rude. My life becomes... for me it's finished. I'm not proud anymore to myself, I really feel down because… before, I was proud of myself, because I am healthy, I'm clean. But when I know this AIDS, I feel so dirty. I feel so dirty to myself, I really feel dirty, because I'm not healthy anymore. And I'm afraid, because if somebody knows I have this sickness, they don't like me anymore, because I'm dirty, because I feel really dirty of myself, even now I know I'm undetectable [crying]... (PM)*

Ausserdem berichten die PM, die mit HIV leben und die wir getroffen haben, von einer gemeinsamen Erfahrung ab dem Zeitpunkt der HIV-Diagnose: der symbolischen Konstruktion eines Sinns der Krankheit. Alle von ihnen konstruiert den Sinn ihrer Krankheit je nachdem, zu welchem Zeitpunkt und in welchem Beziehungskontext die HIV-Infektion in Bezug auf den emotionalen und sexuellen Werdegang stattgefunden hat[14], aber auch je nachdem, welche Vorstellungen über HIV und welche religiösen Überzeugungen vorherrschen. Ein Mann beispielsweise, der sich als cis und homosexuell identifiziert, aus einem lateinamerikanischen Land stammt und seinen Glauben praktiziert, interpretiert HIV als göttliche Strafe für sein ablehnendes Verhalten gegenüber HIV-positiven Menschen vor seiner eigenen Diagnose:

> *Er war die erste Person, von der ich wusste, dass sie sich mit HIV infiziert hatte. Er machte eine Party in seinem Haus und ich ging hin. Als er zu mir nach Hause kam und mir einen Drink gab, dachte ich: 'Mein Gott, was soll ich nur tun', ich ging auf die Toilette, wusch mir die Hände, spülte das Glas ... Und kurz darauf fand ich heraus, dass ich auch positiv war. Und das war also eine Katastrophe, weil ich gedacht habe: 'Mein Gott, ich glaube, das ist eine*

[14] Drei Personen geben an, sich bei einem Sexualkontakt infiziert zu haben, zwei Personen wissen es nicht.

> *Strafe, die Gott mir gegeben hat', weil ich viele Vorurteile hatte und jetzt muss ich das akzeptieren, ich muss das erleben, damit ich weiss, wie es ist ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Alle fünf PM, die mit HIV lebenden und wir getroffen haben, sind sehr vorsichtig im Umgang mit der Information über ihren HIV-Status. Sie vertrauen diese Informationen nur sehr wenigen nahestehenden Menschen an oder Personen, die ebenfalls mit HIV leben. Die drei Personen, die aus Subsahara-Afrika kommen, beschreiben sich selbst als besonders vorsichtig im Umgang mit der Information über ihren HIV-Status in ihren ethnischen Gemeinschaften, sei es im Herkunftsland oder in der Schweiz. Sie geben an, dass sie sich lieber «*W*eissen» anvertrauen, da sie glauben, von diesen mehr Unterstützung zu erhalten.

> *It is better to keep it for yourself, because if you tell them [Black people], you have only problems. I prefer to tell to White people. I told to some White people, because I know they have different minds, honestly. Like these Blacks living here [homeless hostel], I don't tell them, because I know them, they have the same mentality of those back home. […] I have lived in Europe from quite sometimes and I see differences between Black and White mentalities. So that's why I don't tell to Black people, just to White people. Like the guy here to whom I told, he never treated me bad. He even came more close to me. He always assisted me, he always helped me. He never rejected me. Even when I have bad hair day, I can't tell to Black here. (PM)*

Die **Stigmatisierung von HIV-positiven Menschen**, die bei LGBTQI+ und Sexarbeiter*innen zu einer doppelten Stigmatisierung führt, wirkt sich zweifellos negativ auf das Testen aus, da die Angst vor einem positiven Testergebnis noch grösser wird. MSM, die sich nicht mit der Gay-Community identifizieren, suchen tendenziell seltener Checkpoints auf, was sich in der Anzahl durchgeführter HIV-Tests niederschlägt.

Die Sexarbeiter*innen befürchten gemäss den befragten AKT, dass sich eine allfällige HIV-Infektion auf die **Ausübung ihres Berufs auswirkt**. Die AKT nennen das als Grund dafür, sich nicht testen zu lassen. Trans Sexarbeiter*innen werden als besonders zurückhaltend beschrieben in Bezug auf das Testen, weil sie Angst haben, ihre Kundschaft zu verlieren.

> *Trans Sexarbeiterinnen sind keineswegs ein homogenes Milieu. Manche kommen aus Südamerika, andere aus Rumänien. Sie sind überhaupt keine Gemeinschaft [...] es ist ein Geschäft, ein Business. Wenn sie positiv getestet werden, haben sie Angst, dass es aufkommt und sie dann alle ihre Kunden verlieren. Wir haben ein oder zwei getestet. Eine von ihnen war extrem ängstlich ... (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

4.4 Sehr geringe Inanspruchnahme von PEP und PrEP

Die befragten AKT gehen davon aus, dass PM nur selten PEP und PrEP in Anspruch nehmen. Nur wenige Menschen wenden sich an spezialisierte Stellen, um eine PEP zu beantragen. Laut unseren Interviewpartner*innen ist dies einerseits auf den **Mangel an Informationen** über diese Notfallbehandlung zurückzuführen und andererseits auf die Tatsache, dass es ein **langer** und **schwieriger** Prozess sein kann **sich bewusst zu werden**, dass man einen potenziell HIV-riskanten Sexualkontakt hatte. Es bedarf des Wissens um Risikosituationen, der Erkenntnis, dass die erlebte Situation dazu gehört, der Kenntnis der PEP, die Fähigkeit, spezialisierte Einrichtungen zu finden, die eine PEP anbieten, und des Muts, zu einer Beratung zu gehen. All diese Schritte brauchen Zeit, obwohl bekannt ist, dass die Wirksamkeit der PEP

davon abhängt, wie viel Zeit zwischen der Risikosituation und dem Beginn der Behandlung vergangen ist: Je früher sie beginnt, desto wirksamer ist sie.

Der Prozess, sich bewusst zu werden, dass man sich einem HIV-Infektionsrisiko ausgesetzt hat, ist für niemanden einfach, aber für manche PM ist es aus den bereits genannten Gründen (mangelnde medizinische Kenntnisse, sehr negative Vorstellungen über HIV, vielfältige Vulnerabilitätssituation) noch schwieriger. Die Angst, angezeigt zu werden, hält sie davon ab, Ärzt*innen aufzusuchen, und auch wenn die Kosten einer PEP von der Grundversicherung übernommen werden, muss man dafür einer Krankenkasse angeschlossen sein.

Von den PM, die wir getroffen haben, kennen nur wenige die **PEP**, und zwar diejenigen, die das U=U-Konzept kennen, sowie einigen Sexarbeiter*innen. So weiss beispielsweise ein homosexueller Sexarbeiter, der seit 2017 in der Schweiz lebt, dass es die Möglichkeit gibt, nach einer HIV-Exposition ein Medikament einzunehmen, aber er weiss nicht, wo er sich dafür hinwenden müsste:

> *In London gab es einmal eine Situation, wo ein guter Freund von mir eine Beziehung hatte mit einem anderen Mann […] sie hatten Sex gehabt und das Kondom ist kaputt gegangen. Und der andere hatte HIV und ich habe dann das Leiden gesehen von diesem Freund von mir. […] Und er hat dann so Tabletten bekommen, die man innerhalb von 24 Stunden nehmen muss, wenn man Kontakt hat mit Sperma, das infiziert ist. Und das war für mich eine Erfahrung. Aber ich weiss jetzt nicht, wenn mir jetzt hier so etwas passieren würde, wo ich hingehen könnte. Ich weiss nicht, wo ich diese Pastillen, also diese Tabletten, finden kann. Ich denke, dass ist nur in Spitälern. (PM)*

In der MSM-Szene wird die PEP häufig zur Risikominimierung eingenommen, doch das gilt nicht für **MSM mit Migrationshintergrund**. Wie bereits erwähnt, **gehen nicht viele PM in Einrichtungen** wie die Checkpoints, die speziell für MSM und trans Menschen eingerichtet wurden und in denen MSM alle Informationen zu HIV/STI finden und die notwendigen Behandlungen erhalten können. Von den sechs befragten Personen, die diese Einrichtungen aufsuchen könnten, hat dies nur eine getan. Dies hängt damit zusammen, dass die Personen, die die Checkpoints besuchen, als Personen beschrieben werden, die sich zu grossen Teilen mit der LGBTQI+ Community identifizieren, während das bei PM weniger der Fall zu sein scheint.

> *Wir haben auch festgestellt, dass es für die Leute zu viel ist, an Orte wie die Checkpoints zu gehen, sofern diese zu identitätsbezogen sind und wenn sie selbst ihre Identität infrage stellen. Es hängt also immer davon ab, wie die Person tatsächlich mit ihrer Homosexualität oder Bisexualität umgeht. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Die **Stigmatisierung** und **Diskriminierung von Homosexualität** in einigen Herkunftsländern der MSM mit Migrationshintergrund kann ihnen die Identifikation mit der LGBTQI+ Community erschweren. Dies kann durch die Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung durch die in der Schweiz lebenden Herkunftsgemeinschaften noch verstärkt werden. Es kann aber auch daran liegen, dass sich MSM mit Migrationshintergrund nicht in den Modellen der LGBTQI+ Community der westlichen Länder wiedererkennen.

Aus Sicht der befragten AKT nehmen auch **Sexarbeiter*innen** nur selten die PEP in Anspruch. Die oben genannten Gründe treffen auch auf sie zu, doch es kommt noch ein weiterer Grund hinzu: die **Stigmatisierung** des ausgeübten Berufs.

> *Ausserdem sagen mir Sexarbeiter*innen mit spanischem Pass: 'Aber wie soll ich erklären, welchen Beruf ich ausübe? Weil sie mir viele Fragen stellen werden, wenn ich die PEP nehme'. Die PEP ist in Spanien kostenlos, aber die meisten haben sie nicht eingenommen, weil sie nicht sagen wollen, welchen Beruf sie ausüben. Sie wollen also nicht zu viele Informationen preisgeben, was passiert ist, usw. Ich sage ihnen also, dass es hier kein Problem gibt. Es ist eine legale Arbeit, sie ist geregelt und sie ist legal. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Unsere Interviewpartner*innen berichten, dass auch die **PrEP** sehr selten **in Anspruch genommen wird.** Dies lässt sich unter anderem mit den Kosten dieser Behandlung erklären. Auch wenn seit 2019 in der Schweiz Generika des für diese Behandlung verwendeten Medikaments erhältlich sind, sind die **Kosten** der PrEP für Menschen in sehr prekären wirtschaftlichen Verhältnissen immer noch **zu hoch**. Denn es ist nicht gewährleistet, dass die Krankenkassen die mit der PrEP einhergehenden Leistungen (Beratungen, Tests und Laboruntersuchungen) erstatten. Einige Interviewpartner*innen erzählen, dass sie aufgrund der hohen Kosten dieser Präventionsmethode nicht für das Produkt werben. Das wirkt sich auf die Bekanntheit des Produkts aus.

> *Ich finde es heikel, etwas zu propagieren, wenn man ihnen das dann gar nicht anbieten kann. Man kann nicht ihnen sagen: 'Hey, es gibt das, aber eh es kostet, du kannst dir das gar nicht leisten'. Ich finde das eine frustrierende Geschichte, das ist wie mal die Diskussion, die wir vor Jahren hatten mit HIV-Tests bei Sans-Papiers: Bringt es etwas, einen Test zu machen, wenn je nachdem nach der Diagnose gar nichts angeboten werden kann. (AKT)*

Darüber hinaus zeigt sich laut einer Interviewpartnerin auch im laufenden Programm SwissPrEPared[15], dass MSM mit Migrationshintergrund in einer Vulnerabilitätssituation die PrEP nicht in Anspruch nehmen.

Von den befragten PM kennen nur diejenigen die PrEP, die sich als homosexuell oder queer identifizieren. Nur eine Person berichtet, dass sie die PrEP einnimmt.

> *Danach bin ich gegangen, weil ich eine Infektion hatte ... Ich bin ins Spital gegangen und da war eine Pflegefachfrau, die mir von der PrEP erzählt hat. Bis [Name der Stadt], in der Schweiz, wusste ich nichts davon, ich hatte noch nie davon gehört, ich kannte es nicht. Und sie hat mir vorgeschlagen: 'Wenn du Kondome nicht magst und Sex ohne Kondom haben willst, kannst du die PrEP einnehmen'. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

4.5 Schwierigkeiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und bei der Behandlungskontinuität infizierter Personen

Die Vulnerabilität für HIV/STI schlägt sich für infizierte Menschen als Schwierigkeiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung nieder oder in der fehlenden Kontinuität der Behandlung, die für die Heilung (bei bestimmten STI) oder die Aufrechterhaltung einer nicht nachweisbaren HIV-Viruslast erforderlich ist. Aus

[15] «Das Ziel [des Programms] SwissPrEPared ist, Menschen mit einem erhöhten HIV-Risiko möglichst gut zu betreuen und neue HIV-Infektionen zu verhindern. Ob schon PrEP-User oder nicht: alle sind angesprochen. Um das zu erreichen, besteht SwissPrEPared aus zwei sich ergänzenden Teilen: Zum einen handelt es sich um ein Programm, welches die Qualität bei der Beratung durch Ärzt*innen und andere Gesundheitsexpert*innen verbessern soll. Zum anderen handelt es sich um eine Studie mit dem Ziel, wichtige Fragen zur PrEP und weiteren relevanten Gesundheitsthemen wissenschaftlich zu beantworten. SwissPrEPared wird daher von Experten aus der Praxis, der Community und aus der Wissenschaft begleitet».
Weitere Informationen: https://www.swissprepared.ch/ [Link abgerufen am 15. September 2021].

Sicht der befragten AKT sind die Schwierigkeiten, mit denen PM konfrontiert sind, sowohl materieller als auch soziokultureller Art.

Probleme beim Beitritt zu einer Krankenversicherung

Einige der PM, mit denen die befragten AKT in Kontakt sind, haben **keine Krankenversicherung.** Das bedeutet, dass im Falle einer Krankheit oder eines Unfalls die medizinischen Leistungen nicht gedeckt sind. Dies gilt insbesondere für abgewiesene Asylsuchende, die untergetaucht sind, und für Sans-Papiers. Es betrifft aber auch Personen mit einer 90-Tage-Bewilligung, die in ihrem Herkunftsland eine Krankenversicherung haben müssten, aber manchmal keine haben.

> *In den letzten Jahren hatten wir auch sehr viele so eine Art europäische Wanderarbeiter. Also sprich z. B. Osteuropäer, Rumänien, Ungarn, die auf der Suche nach Arbeit durch ganz Europa wanderten. […] die kommen zwar aus EU-Länder, aber die haben kein Krankenkassen-Abkommen. In ihren Heimatländern sowieso schon nicht und dann können sie ja auch keines haben im Ausland, sprich hier in der Schweiz. Das ist eines der grossen Probleme. […] es betrifft eben viele. Weil in vielen EU-Ländern ist die Gesundheitsversorgung nicht garantiert, wie jetzt gerade in Rumänien. Dort ist es einfach: wer es sich leisten kann, kann das machen. Aber die Leute, die zu uns kommen, können das sehr oft nicht. (AKT)*

Je nach Art der Einrichtung, in der die AKT arbeiten, ist der Anteil der PM ohne Krankenversicherung mehr oder weniger hoch. In niederschwelligen Einrichtungen kann der Anteil der Personen in dieser Situation laut einer Interviewpartnerin bei bis zu 95 % liegen.

> *Das sind ja 95 % unserer Fälle. Weil in der Schweiz ist es so, dass eigentlich die Sans-Papiers könnten eine Krankenkasse haben grundsätzlich, aber sie können sich fast nicht selbst versichern, weil sie die Krankenkasse nicht wollen. […] in den letzten Jahren hat es sich gezeigt, dass es so verrückt teuer wurde, die Krankenkassenprämien, dass sie das einfach nicht mehr vermögen. Weil sie verdienen natürlich einen Bruchteil und dann geht die Hälfte des Lohnes für die Krankenkassenprämie. Oft können sie dann noch nicht einmal ein Einstiegsmodell nehmen, weil sie die Landessprache nicht können, weil sie kein Internet haben, was weiss ich, verschiedene Gründe. (AKT)*

Neben den **Kosten für die monatlichen Prämien**, die den Beitritt zu einer **Krankenversicherung** (obligatorische Krankenpflegeversicherung) für Menschen in prekären Verhältnissen erschweren, spielen auch andere Dimensionen eine Rolle, wie die **Angst** von Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus vor einer **Anzeige**, das **Fehlen eines festen Wohnsitzes für Menschen**, die umherziehen, sowie die **Komplexität des Systems**, die es für Menschen, die nicht in der Schweiz sozialisiert sind, schwer verständlich macht: «*Allein eine Versicherung verstehen… Prämien, Selbstbehalte. Das ist für alle kompliziert, aber für jemanden, der aus einer anderen Kultur kommt, der eine andere Sprache spricht, ist es noch viel komplizierter*» (AKT).

Wenn Personen eine Krankenversicherung abgeschlossen haben, aber finanziell nicht unabhängig sind und die monatlichen Prämien von ihren Partner*innen oder Ehepartner*innen bezahlt werden (wie von den befragten AKT berichtet), laufen sie Gefahr, in asymmetrische Machtverhältnisse zu geraten. Das Risiko der **Dominanz** oder sogar der Ausbeutung ist besonders gross in Beziehungen, in denen eine Person die andere im Gegenzug für sexuelle Gefälligkeiten unterhält.

Behandlungskosten

Die Kosten für die HIV/STI-Behandlungen werden für Personen, die einer Krankenkasse angeschlossen sind, von der Grundversicherung übernommen. Die **Jahresfranchise** und der **Selbstbehalt** müssen allerdings selbst bezahlt werden. Während der Selbstbehalt bei einer Behandlung wegen einer anderen STI als HIV eher gering ist, ist er bei einer HIV-Behandlung viel höher und kann das Budget von Menschen in prekären Verhältnissen stark belasten.

Ausserdem haben viele PM, die einer Krankenkasse angeschlossen sind, eine hohe Franchise. Dieses System führt dazu, dass Personen in prekären Verhältnissen **auf bestimmte Behandlungen verzichten**, da sie diese bis zur Höhe der Franchise selbst bezahlen müssten.

> *Wenn man 2500 Franken im Monat hat, sollte man besser nie zum Arzt müssen. Und manchmal ist man krank, ohne gehen zu wollen. Manchmal ist man krank, ohne in die Apotheke gehen zu wollen, weil das 20 Franken kosten würde, man schaut, aber man hat diese 20 Franken nicht. Und die Migranten sind sehr verschuldet, ja sehr verschuldet. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Menschen mit HIV erreichen den Selbstbehalt an den Behandlungskosten von 700 CHF pro Jahr (maximaler Selbstbehalt), der zusätzlich zu den monatlichen Prämienzahlungen und der Jahresfranchise bezahlt werden muss. Wenn diese Menschen wirtschaftlich von ihren Partner*innen abhängig sind, verschärfen die hohen Gesundheitskosten die Ungleichheiten in der Partnerschaft und führen zu Spannungen.

> *Das heisst, HIV führt in der Regel zu einer Krise in der Ehe. Und wenn die Person zusätzlich finanziell vollständig vom Ehemann abhängig ist und die Krankenversicherung bezahlen muss, die durch den Selbstbehalt teurer wird, wegen HIV … Also, die HIV-Pille zu schlucken ist schon schwer, und dazu kommt noch die Angst, sich selbst angesteckt zu haben; wenn die Person nicht infiziert ist, ist sie beruhigt. Aber wenn sie dann auch noch die Krankenversicherung und alles für die Person bezahlen muss, führt das zu einer Krise in der Partnerschaft, die noch grösser ist. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Da sie von ihren Partner*innen oder Ehepartner*innen abhängig sind, um gesund zu bleiben, sind diejenigen, die mit HIV leben, in asymmetrische Dominanzverhältnisse eingebunden und daher einem höheren Risiko ausgesetzt, misshandelt zu werden, als wirtschaftlich unabhängige Menschen. Dieses Risiko ist für Personen in Unterhaltsbeziehungen im Austausch für sexuelle Gefälligkeiten sogar noch grösser.

Spätdiagnosen

Viele AKT, die im medizinischen Bereich tätige sind, weisen darauf hin, dass ihre Patient*innen bei Krankheitssymptomen oftmals nicht sofort zu ihnen kommen. Sie warten so lange, bis es nicht mehr anders geht, d. h. «*bis es schon sehr schlimm ist*» – insbesondere bei Problemen im Zusammenhang mit der sexuellen Gesundheit, die als «*Tabu*» gilt.

> *Leider reden die Leute erst, wenn es schon schlimm ist. Leider müssen wir feststellen, dass das oft so ist. Auf jeden Fall sprechen die Leute über ihre gesundheitliche Situation, wenn es bereits ernst ist. Also in Situationen, in denen wirklich eine medizinische Intervention notwendig ist und die Situation kritisch ist. [...] In der afrikanischen Kultur spricht man nicht über Sex, nicht so offen. Das ist vielleicht überzeichnet, aber im Allgemeinen ist es kein Thema, über das man einfach offen sprechen würde. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Frauen, die in der Sexarbeit tätig sind, werden von den AKT als «*Kämpferinnen*» beschrieben. Da sie hauptsächlich mit dem Ziel migriert sind, Geld zu verdienen, harren sie bei der Arbeit aus und riskieren, allfällige erste Symptome einer Krankheit zu übergehen.

> *Die Frauen kommen zu uns freiwillig und das ist schön. Aber das heisst, nur die, die Beschwerden haben und die, die denken: 'Es ist für mich wichtig' kommen. Es gibt sicher eine Ziffer von denen, die nicht kommen würden, wirklich aus ihren fehlenden Gesundheitskompetenzen. […] sie kommen nur wenn der Druck, also Gesundheitsdruck, also Beschwerden stark sind, dass sie kommt. (AKT)*

Abgesehen von den Behandlungskosten und der Tatsache, dass Sexarbeiter*innen die ersten Symptome und Schmerzen absichtlich ignorieren, führt die Sozialisierung mit anderen als den westlichen Präventionsmodellen dazu, dass PM erst spät, wenn sich die Symptome summieren, zu einer Beratung gehen. Auch das Risiko, **in den Herkunftsgemeinschaften stigmatisiert zu werden**, wird von den befragten AKT als Hemmnis für eine ärztliche Beratung im Bereich Sexualität und den damit verbundenen Krankheiten angesehen.

Herausforderung der Adhärenz

Für PM stellt die Adhärenz, insbesondere bei der lebenslangen ART gegen HIV, eine grosse Herausforderung dar, wenn man die **Bedingungen**, unter denen sie leben, ihre **Wissenslücken** zu diesem Thema, ihre **Überzeugungen** von alternativen Heilmethoden und das **Stigma** gegenüber HIV-positiven Menschen, das vor allem in den Herkunftsgemeinschaften empfunden wird, berücksichtigt.

Viele der befragten PM leben in prekären oder sogar sehr prekären und rechtlich unsicheren Verhältnissen (unsichere oder fehlende Aufenthaltsbewilligung). Für diese Personen hat die Befriedigung der Grundbedürfnisse (eine Unterkunft und Lebensmittel zu haben) Vorrang vor der Durchführung einer medizinischen Behandlung. Dies führt aus Sicht der AKT, die in niedrigschwelligen Einrichtungen arbeiten, zu grosser Mobilität innerhalb der Schweiz.

> *Und dann gehen sie, sie wissen, wo sie hin können ... Es gibt Leute, die kommen und sagen: 'Diese Woche bin ich drei Tage in [Name einer Stadt in einem anderen Kanton], dann drei Tage in [Name einer Stadt in einem anderen Kanton], aber ich komme nächste Woche wieder zu euch.' Sie finden irgendwo ein Zimmer für drei Tage ... es gibt Leute, die kommen hierher und ihr Hab und Gut sind zwei Plastiktüten. Das ist alles, was sie haben. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Von den Personen, die mit HIV leben und die wir getroffen haben, trifft das auf eine Person ohne geregelten Aufenthaltsstatus zu. Sie erzählt uns, dass sie zwischen zwei Kantonen lebt, je nachdem, welche Optionen sie für medizinische Versorgung und eine Unterkunft hat. In einem derart **instabilen** und **mobilen** Kontext ist eine medizinische Behandlung eine grosse Herausforderung.

Die Nicht-Adhärenz bei medizinischen Behandlungen ist auch auf **mangelndes Wissen** (oder Bewusstsein) über die Auswirkungen einer Unterbrechung der ART auf die Viruslast zurückzuführen. Wenn die Behandlung unterbrochen wird, wird die Viruslast wieder nachweisbar («viraler Rebound» in der medizinischen Fachsprache). Das birgt das Risiko, Symptome einer Erstinfektion oder sogar HIV-bedingte Krankheiten zu entwickeln, und eine andere Person bei ungeschütztem Sexualkontakt anzustecken. PM, die vor diesem Hintergrund die Behandlung nicht einhalten, brechen die Behandlung ohne vorherige

ärztliche Konsultation vorübergehend ab und legen «*Therapiepausen*» ein, wie es ein befragter AKT beschreibt.

> *Es gibt Leute, die selber also Therapiepause machen, obwohl sie in Therapie sind, z. B. von HIV. […] Die nehmen also die Medikamente nicht ein. […] Manchmal denken sie: 'Ok, wenn ich ein paar Tage oder Wochen aufhöre, wird es nicht problematisch sein'. Aber doch, es hat also viel Konsequenz, also wenn man für zwei Wochen, sogar gibt es auch für ein Monat, aber Gründe sind also unterschiedlich. Es gibt die Dinge, die mit Adhärenz zu tun haben, also das nicht-gesehen werden möchten, also bei jemandem, also wenn sie in die Ferien gehen. Und dann gibt es auch noch Gründe, die mit Symptomen oder Beschwerden zu tun haben. (AKT)*

Von den fünf Menschen, die mit HIV leben und die wir getroffen haben, thematisiert ein Mann die Unterbrechung der ART. Er wurde 2005 in einem südeuropäischen Land diagnostiziert, wo er sich illegal aufhielt, nachdem er einige Jahre in Nachbarländern gelebt hatte. Dieser Mann berichtet, dass er die ART aufgrund der Nebenwirkungen mehrfach abgebrochen hatte. Als sich sein Gesundheitszustand verschlechterte, reiste er auf Anraten eines*einer Bekannten in die Schweiz. Seitdem wird er stationär betreut und nimmt seine Medikamente regelmässig ein. Sein Fall zeigt, dass **medizinische Behandlungen** in **transnationale Kontexte** eingebettet sind – eine Herausforderung für die an der medizinischen Betreuung dieser Personen beteiligten AKT, wie sich im nächsten Kapitel zeigen wird.

Der **Glaube an alternative Heilmethoden** (Spiritualität, alternative Medizin), an die Versprechen der Biomedizin, oder jede andere Form von Glauben erschwert die Einhaltung der Behandlung, wenn sie nicht sogar infrage gestellt wird. Von den befragten HIV-positiven PM äusserte niemand solche Glaubenssätze. Von den AKT merkte eine Person an, dass manche religiöse Menschen an die Heilung von HIV durch Gott und das Gebet glauben, während andere auf die traditionelle Medizin vertrauen.

> *Ein kolumbianischer Jugendlicher hatte mich gefragt, was ich von 'Kann Gott HIV heilen' halte, weil seine Mutter das dachte. Und ich konnte ihm ein bisschen was erklären ... [...] Um auf den Glauben zurückzukommen, denn vor allem in der Gemeinschaft aus Subsahara-Afrika und wahrscheinlich auch aus Südamerika, bei den Evangelikalen und in sehr religiösen Familien besteht die Gefahr, dass man glaubt, dass ... Ich habe kürzlich von jemandem gehört, der nach Indien gefahren ist, um etwas Ayurvedisches zu machen, und der jetzt seine Dreifach-Therapie abbrechen will, weil er von HIV geheilt ist. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Die Schwierigkeiten, die HIV-positive Menschen bei der Einhaltung der Behandlung haben, oder sogar die Ablehnung der Behandlung, können auch daher rühren, dass sie die Krankheit nicht akzeptieren, weil sie das **Stigma** aus den Herkunftsländern oder der Herkunftsgemeinschaften im Migrationskontext **verinnerlicht haben**. Zwar scheint dieses Stigma, wie bereits erwähnt, in Subsahara-Afrika und in Gemeinschaften aus diesen Ländern besonders stark zu sein, doch ist es weder auf diese Länder noch auf Menschen mit dieser Herkunft begrenzt. Die AKT berichten von Menschen aus dem Nahen Osten, aus Asien und, wie in diesem Fall, aus Südamerika:

> *Ich erinnere mich an eine brasilianische Patientin im Spital, die HIV mit jemandem mit einem schlechten Leben assoziierte ... Sie hat die Infektion nie akzeptiert. Sie konnte nie Medikamente nehmen. Sie muss gestorben sein, weil sie es nicht geschafft hat, die Tablette zu schlucken. Es war ihr nicht möglich, diese Infektion zu akzeptieren. Wahrscheinlich brachte sie sie mit einer Sexarbeiterin in Zusammenhang. Sie brachte sie mit etwas in*

> *Zusammenhang, dessen Existenz sie nicht akzeptieren konnte. Es war ein hyperstarkes Selbst-Stigma. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Darüber hinaus zwingt die von HIV-infizierten PM erlebte Stigmatisierung sie dazu, im **Umgang mit der Information** über ihren HIV-Status sehr **wachsam** zu sein, wie mehrere der befragten AKT feststellen. Da sie ihren HIV-Status geheim halten wollen, müssen sie Strategien, Taktiken oder «Tricks» anwenden, um zu verhindern, dass die Menschen in ihrer Umgebung von ihrem HIV-Status anhand von Hinweisen wie Arztterminen in Abteilungen für Infektionskrankheiten, der Art der eingenommenen Medikamente oder Terminen in HIV/STI-Einrichtungen erfahren.

Je nachdem, wie intim die Beziehung ist zwischen der Person, die mit HIV lebt, und derjenigen, die nichts von ihrem HIV-Status weiss, ist es mehr oder weniger belastend und mit Stress und Angst verbunden, diese Informationen geheim zu halten. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Person, vor der das Geheimnis verborgen wird, die Person ist, mit der man sein tägliches Leben verbringt. Und es hängt auch davon ab, ob es in der Beziehung um mehr als nur um Gefühle geht, beispielsweise wenn eine Person wirtschaftlich abhängig ist und/oder eine rechtliche Abhängigkeit besteht, z. B. bei Personen, die durch Heirat eine Aufenthaltsbewilligung erhalten haben oder auf eine hoffen.

Doch die Situation der PM, die ihren Partner*innen ihren HIV-Status mitgeteilt haben, ist nicht immer besser, gemäss Informationen, die einigen Interviewpartner*innen vorliegen. Eine Interviewpartnerin berichtet wiederholt von «*Belästigungen*», die HIV-positive Migrantinnen in Partnerschaften mit HIV-negativen Männern erlebten, sie weist aber darauf hin, dass diese Art von Missbrauch auch Schweizer Frauen betreffe. Dies liegt an der von ihren Partnern oder Ehegatten erwarteten Schuldigkeit.

> *Von dem Moment an, wo du HIV-positiv bist, wirst du in jeder Hinsicht vulnerabel. [...] 'Ich gebe dir etwas, da ich trotz deinem HIV als dein Partner Zeit mit dir verbringe, also schuldest du mir Dankbarkeit. Du schuldest mir ... du schuldest mir etwas, denn du bist es nicht wert, mich zu haben. Ich tue dir einen Gefallen und du musst alles tun, was ich von dir will'. [...] Es gibt eine Schuld, die ich auf die eine oder andere Weise begleichen muss. Sex, auch wenn ich keine Lust habe, denn ich schulde ihm etwas. Ich muss mich unterordnen. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Die Erwartung der Schuldigkeit und die Formen der Gewalt, denen HIV-positive Frauen ausgesetzt sind, nimmt bei Migrantinnen dennoch eine noch dramatischere Dimension an, da ihre Möglichkeit, in der Schweiz zu bleiben, von der **durch Heirat erworbenen** (oder noch zu erwerbenden) **Bewilligung** abhängt. Dies zeigt, dass **HIV** als Katalysator **für Dominanzverhältnisse in der Ehe** fungieren kann (sie schaffen oder verschärfen kann). Dies gilt z. B. für eine Frau, die wir getroffen haben und die seit 20 Jahren mit HIV lebt. Sie erzählt, dass ihr Mann mit der Information über ihre Diagnose in ihrer Herkunftsgemeinschaft in der Schweiz hausieren ging, was dazu führte, dass sie – wie sich später noch zeigen wird – von ihrer Gemeinschaft ausgegrenzt wurde:

> *Am Anfang hat er es gut aufgenommen, aber dann wussten alle Leute in der Gemeinschaft [Name der ethnischen Herkunftsgemeinschaft], dass ich ... Er hat mich verraten. Er ist zu den Leuten gegangen und hat es ihnen erzählt ... danach wussten es die anderen, aber du weisst nicht, woher sie es wussten ... und alle glauben, dass ... die Leute denken, dass sie die Entscheidungen für dich treffen können. Es ist, als ob sie sich dir überlegen fühlen, weil es mit dir vorbei ist, du dem Untergang geweiht bist. (PM, übersetzt auf dem Französischen)*

5 Verflechtung von Vulnerabilitäten und HIV/STI

Vulnerabilitäten, denen jeder Mensch grundsätzlich ausgesetzt ist, sind situationsbedingt und wandelbar. Sie können sich verschärfen oder abschwächen – je nachdem, welche Ereignisse im Verlauf des Lebens auftreten, in welchen Strukturen ein Mensch aufwächst, über welche Ressourcen er verfügt, und welche Fähigkeit er hat, diese zu mobilisieren. Vulnerabilitäten sind daher eher als Prozesse denn als unveränderliche Tatsachen zu verstehen, wie wir bereits in Bezug auf Migrantinnen aus Subsahara-Afrika, die mit HIV in der Schweiz leben, gezeigt haben (Mellini et al., 2020).

Für die meisten PM sind diese Vulnerabilitäten die Fortsetzung von Situationen, die sie bereits im Herkunftsland und auf dem Migrationsweg erlebt haben, nur in neuen Konstellationen. Während wirtschaftliche Prekarität im Herkunftsland eine geteilte Erfahrung vieler PM ist, so kommen bei der Ankunft in der Schweiz Diskriminierung und Gewalt hinzu im Zusammenhang mit ihrer ethnischen, ideologischen und religiösen Zugehörigkeit sowie, im Falle von LGBTQI+ Menschen, mit ihrer nicht hetero-cis SOGI.

Obwohl wir die PM nicht zu ihrem Migrationsweg befragt haben, thematisierten viele der befragten AKT die Schwierigkeiten und Herausforderungen, denen die PM, mit denen sie in ihrer Arbeit zu tun haben, ausgesetzt sind. Dazu gehört auch sexuelle Gewalt, die sie erlitten haben. Die AKT berichten hauptsächlich von sexueller Gewalt, die Mädchen/Frauen auf der Flucht erleben, wenn sie alleine unterwegs sind, aber sie erwähnen auch sexuelle Gewalt gegen Jungen/Männer und verschiedene andere Formen der Misshandlung, die vor allem von Schleppern verübt werden.

> *Sie erzählten von Gewalt während der Überfahrt, die Schlepper hätten Kerosin ins Wasser getan, damit sie das Wasser nicht verbrauchten. Es ist also auch körperliche Misshandlung, sie setzen so viele Leute in diese Boote, und sobald du anfängst, dich zu beschweren, ist es ... Das Boot ist manchmal so voll, wenn du vor all den Leuten im Sterben liegst, werfen sie dich ins Meer. Das sind wirklich Horrorfilme. [...] Sie erzählten auch von Vergewaltigungen, Vergewaltigungen von Jungen, Vergewaltigungen von Frauen. Die Frauen nehmen 3-Monats-Verhütungsmittel vor der Überfahrt, sie bereiten sich tatsächlich darauf vor, vergewaltigt zu werden. Sie sagen sich: 'Ich werde auf jeden Fall vergewaltigt, aber um nicht schwanger zu werden, verhüte ich'. Ich finde, das ist eine unerhörte Gewalt. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Die PM sind bereits durch die Gewalt im Herkunftsland und auf dem Migrationsweg geschwächt und sind nach ihrer Ankunft in der Schweiz weiterhin mit einer Kumulation von Vulnerabilitäten konfrontiert. Diese variieren von Person zu Person, je nach Motiven und Kontext, die der Migration zugrunde liegen (Wirtschaftsmigration, Familienzusammenführung, Migration von Einzelpersonen, Menschenhandel); dem rechtlichen Status in der Schweiz; den Merkmalen der einzelnen Personen (Alter, ethnische Herkunft, SOGI, Bildungsniveau, sozioökonomischer Status); ihren Kenntnissen des Schweizer Systems (Gesetze, Rechte, Institutionen usw.) sowie ihrer Fähigkeit, die verfügbaren Ressourcen zu mobilisieren.

Wir können hier also von einem «System der Vulnerabilitäten» in verschiedenen Konstellationen sprechen. In diesem System spielt die rechtliche Vulnerabilität für jede in der Schweiz lebende PM eine ganz besondere Rolle, da sie andere Vulnerabilitäten hervorruft, die tendenziell kaskadenartig damit einhergehen. So hängt von der Aufenthaltsbewilligung die Möglichkeit ab, eine angemeldete Arbeit auszuüben, die sowohl ein Einkommen als auch soziale Absicherung bietet, wodurch das Risiko verringert wird, in asymmetrische Unterhalts- und Ausbeutungsverhältnisse zu geraten. Fehlt hingegen eine Aufenthaltsbewilligung oder konnte eine solche durch Heirat erworben werden, erhöht sich das Risiko, in

ausbeuterische Beziehungen zu geraten. Die ungleichen Beziehungen, die sich in einem Kontext rechtlicher und wirtschaftlicher Abhängigkeit abspielen, können sich noch verschärfen, wenn eine der beiden Personen HIV-positiv ist.

Diese Spiralen der Vulnerabilitäten wirken sich stark auf die psychische Gesundheit der PM aus. «*Stress*», «*Ängste»,* «*Depressionen»,* «*Niedergeschlagenheit»*, *«(mentale) Erschöpfung»* tauchen sowohl in den Interviews mit den AKT als auch mit den PM selbst immer wieder auf. Auch «*Ritzen*», «*Selbstmordversuche*» und der Konsum psychoaktiver Substanzen (Alkohol, Cannabis, Kokain, synthetische Drogen) werden erwähnt. Zu den Personen, die von den befragten AKT als stärker psychisch belastet beschrieben werden, gehören UM, LGBTQI+ Personen und Sexarbeiter*innen. Dies ist auf ihre besonderen Merkmale zurückzuführen, die sich bei UM in Alter und Trennung von den Eltern, bei LGBTQI+ Personen in von der hetero-cis Norm abweichenden SOGI und bei Sexarbeiter*innen in der Ausübung eines als stigmatisierend empfundenen Berufs äussern. Abgesehen von diesen Besonderheiten sehen mehrere der befragten AKT den Grund für den schlechten psychischen Gesundheitszustand der PM in der Tatsache, dass sie als Personen mit Migrationshintergrund mit einem System konfrontiert sind, das ihnen aufgrund der fehlenden Sozialisierung fremd ist. Eine befragte AKT, die selbst über das Asylgesetz in die Schweiz gekommen ist, verwendet den Begriff «*administrative Gewalt»,* um dies zu bezeichnen.

> *Es ist eine administrative Gewalt, du sprichst kein Französisch und hast keinen Zugang zu deiner Sozialarbeiterin. Du siehst sie einmal alle drei Monate, alle vier Monate, in einem Land, in dem du die Sprache nicht sprichst, du hast keine Orientierung. Du kommst zum Empfang, bittest um einen Termin, wirst abgewiesen [...] Es gibt sogar Psychologen, die vom helvetischen Trauma sprechen, vom helvetischen System. [...] Es sind Jugendliche ohne Orientierung, und die Orientierung finden sie hier nicht. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

In Bezug auf HIV/STI werden in epidemiologischen Studien Bevölkerungsgruppen identifiziert, die stärker von den Infektionen betroffen sind, z. B. MSM oder Menschen aus Ländern mit hoher Prävalenz, insbesondere Bevölkerungsgruppen aus Subsahara-Afrika. Doch die hier vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass das Risiko, sich mit diesen Krankheiten anzustecken, und die Schwierigkeiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und der Kontinuität der Behandlung zunehmen, je mehr Vulnerabilitäts-situationen zusammenkommen. Eine AKT, die im Bereich Asyl und LGBTQI+ arbeitet, beschreibt diesen Prozess – bei dem auch Vorstellungen eine Rolle spielen – auf sehr aufschlussreiche Weise:

> *Bereits auf der Ebene des Asylgesetzes gibt es keine spezifische Anerkennung von Verfolgung aufgrund der sexuellen Orientierung, der Geschlechtsidentität oder des Geschlechtsausdrucks als Asylgrund. Auf der Ebene des Gesetzes gibt es also bereits eine besondere Vulnerabilität. Die Tatsache, dass es Menschen gibt, die sowohl rassisierte als auch LGBTQI+ Personen sind, birgt das Risiko, rassistischen Verhaltensweisen oder rassistischen Darstellungen seitens der LGBT Communities, und dann der Bevölkerung ausgesetzt zu sein, sowie die Tatsache, dass man als LGBT in einer hetero-cis Bevölkerung lebt. Es gibt also eine Kumulation von Unterdrückung und oft ist es unmöglich, die wahren Fluchtgründe zu thematisieren, was dazu führt, dass auch der Zugang zur Gesundheitsversorgung erschwert wird, weil es oft unmöglich ist, etwas zu sagen oder zu benennen ... (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Es bleibt zu verstehen, wie die oben beschriebenen Vulnerabilitäten zusammenwirken und zu Vulnerabilisierungsspiralen führen, die die Vulnerabilität für HIV/STI erklären. Ziel dieses Kapitels ist es

daher letztlich, die Auswirkungen der Vulnerabilitäten im Zusammenhang mit dem rechtlichen Status, dem sozioökonomischen Status, der sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität sowie der Sexarbeit auf die Vulnerabilität für HIV/STI zu erfassen. Wir tun dies anhand von Fallanalysen, die es uns ermöglichen, die Vulnerabilisierungsprozesse anhand des Werdegangs der betroffenen Personen in der Schweiz besser zu verorten und zu beschreiben.

5.1 Rechtliche Instabilität und sozioökonomische Unsicherheit

Wie wir gesehen haben, lebt eine beträchtliche Anzahl der befragten PM aufgrund ihrer prekären Aufenthaltsbewilligungen in der Schweiz in Rechtsunsicherheit und kann nur mit einem sehr geringen Einkommen rechnen. Um zu verstehen, wie die rechtlichen und sozioökonomischen Vulnerabilitäten ineinandergreifen, stellen wir Xenias[16] Werdegang in der Schweiz vor:

Kasten 1: Entweder Sozialhilfe oder Bewilligung

Xenia ist eine Frau in den 40ern aus einem lateinamerikanischen Land, die die Matura und eine dreijährige kaufmännische Ausbildung absolviert hat. Als ihre Tochter eine wichtige medizinische Behandlung benötigt, beschliesst sie, ihr Land zu verlassen, damit ihre Tochter in Europa behandelt werden kann. Sie lässt sich in einem südeuropäischen Land nieder, heiratet einen in diesem Land geborenen Mann und erwirbt einige Jahre später die Staatsbürgerschaft. Nachdem ihre Beziehung in die Brüche gegangen war und sie zwei Kinder zu versorgen hatte, wurden die Lebensbedingungen für Xenia und ihre Familie jedoch schwierig. Eine Freundin erzählt ihr von der Möglichkeit, in der Schweiz als Sexarbeiterin Geld zu verdienen. Was ihr auf den ersten Blick unvorstellbar erscheint, wird unumgänglich. Seit 2018 hält sie sich mit einer Aufenthaltsbewilligung B regelmässig in der Schweiz auf und ist als selbstständige Sexarbeiterin tätig.

Bis zur Gesundheitskrise im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie ging es Xenia finanziell gut. Da sie während des Lockdowns nicht arbeiten konnte, hatte sie keine andere Einkommensquelle als 50 CHF pro Monat an Zuschüssen sowie einige Einkaufsgutscheine und Lebensmittel, die sie von einem Verein erhielt, der im Bereich Sexarbeit tätig ist und den sie sehr schätzt.

> *Für das Gemüt ist es tödlich. Es ist ein Kreislauf ... In diesem Job ist es eh hart, aber wenn du arbeitest, verdienst du Geld, du wirst gut bezahlt, es geht dir gut. Aber wenn du weit weg von der Familie bist, ist es für das Gemüt schon hart, und wenn du dann nicht gut verdienst, häufen sich die Rechnungen, du stresst dich ... also, für das Gemüt ist es viel, viel, viel Druck. (Übersetzt aus dem Französischen)*

Sie möchte keine Sozialhilfe beziehen, da sie befürchtet, ihre Aufenthaltsbewilligung zu verlieren.

> *Ich bin zum Migrationsamt gegangen und dort hat man mir gesagt: 'Willst du Sozialhilfe bekommen? Das kannst du, aber wenn du deine Bewilligung erneuern lässt, wirst du sie verlieren. Wir werden sie nicht erneuern.' Und ich brauchte das Geld, aber ich wollte meine Bewilligung nicht verlieren ... [...] es waren 2000 Franken pro Monat, die sie mir während dem Lockdown gegeben hätten. Ich hätte 6000 Franken bekommen, aber ich hätte meine Bewilligung verloren. Ich brauchte das Geld, aber ich wollte weiterhin in der Schweiz legal*

[16] Alle in diesem Kapitel vorkommenden Vornamen sind fiktiv.

sein. Also habe ich Schulden bis dahin [zeigt über den Kopf] ... (Übersetzt aus dem Französischen)

Xenia vertraut sich einem ehemaligen Kunden an, den sie als «*Freund*» bezeichnet und der ihr hilft, ihre Rechnungen zu bezahlen. Zum Zeitpunkt des Gesprächs übt dieser Mann Druck auf sie aus, um das geliehene Geld zurückzubekommen.

Ich habe Schulden bei ihm ... und er schickt mir SMS, er fragt mich nach dem Geld. Schau [zeigt auf ihrem Smartphone], das ist die Versicherung, das ist die AHV, 135, das ist die Krankenkasse, 354. Und er hat mir eine Nachricht geschickt, schau, was er sagt [...] Es ist stressig, es ist furchtbar stressig, all diese Schulden! [...] Also hat er mir geholfen, damit ich nicht, du weisst schon, auf der Liste der Leute stehe, die Schulden beim Staat haben. Er hat mir die Rechnungen bezahlt und alles aufgeschrieben. Und ich habe ein Dokument unterschrieben, dass, wenn alles geklärt ist, dieses Problem, ich es ihm zurückzahlen werde ... aber ich habe es noch nicht geschafft. [...] Es ist sehr schwer. (Übersetzt aus dem Französischen)

Xenia ist als Sexarbeiterin tätig und dadurch von einer berufsspezifischen Vulnerabilität betroffen. So zeigt ihre im Kasten dargestellte Situation besonders die **Verflechtung** von **rechtlicher** und **sozioökonomischer Vulnerabilität**. Personen mit einer unsicheren Aufenthaltsbewilligung haben grössere Schwierigkeiten, eine Arbeit zu finden und befinden sich in prekären Beschäftigungsverhältnissen (befristete Verträge, Teilzeitarbeit, niedrige Löhne, schlechte Bedingungen für den Beitritt zu den Sozialversicherungen). Hinzu kommt die Erfahrung der Deklassierung. Zwar geben acht der befragten PM an, eine Ausbildung der Sekundarstufe (Lehre/Matura) und fünf der Tertiärstufe (BA, MA) zu haben. Doch aufgrund der prekären Aufenthaltsbewilligungen sowie der Schwierigkeiten bei der Anerkennung der in ihren Herkunftsländern absolvierten Ausbildungen befinden sie sich in einer Situation der sozioprofessionellen Deklassierung und sie haben beschränkte Zugangsmöglichkeiten zum Arbeitsmarkt.

Um zusätzliche Beispiele zu geben, werden hier kurz die Bildungs- und Berufswege von drei weiteren Personen nachgezeichnet:

- Camo ist ein Mann in den 30ern, der in einem Land in Subsahara-Afrika geboren wurde und einen MA im Gesundheitsbereich hat. Er ist vor acht Jahren über das Asylgesetz in die Schweiz gekommen und befindet sich derzeit in der Berufungsinstanz gegen einen negativen Asylentscheid. Er arbeitet als Freiwilliger bei Bauern;
- Daia ist eine Frau in den 30ern, die in einem Land in Subsahara-Afrika geboren wurde, die Matura und eine kaufmännische Ausbildung absolviert hat. Sie lebt seit etwa zehn Jahren in der Schweiz und hat eine B-Bewilligung. Sie arbeitet als Zimmermädchen;
- Jila ist eine Frau in den 40ern, die in einem Land des Nahen Ostens geboren wurde und einen MA in Geisteswissenschaften hat. Sie ist vor fünf Jahren in die Schweiz gekommen, hat eine B-Bewilligung und arbeitet als Freiwillige im Bereich Journalismus.

Andere Personen, die wir getroffen haben, insbesondere diejenigen, die sich illegal im Land aufhalten, leben von «*Gelegenheitsjobs»,* die nicht angemeldet sind. Personen ohne Aufenthaltsbewilligung sind diejenigen, die unter Bedingungen grösster sozioökonomischer Prekarität leben oder gelebt haben. Sie

verrichten Schwarzarbeit, sind schlecht bezahlt, haben keine soziale Absicherung und sind stärker dem Risiko der Ausbeutung ausgesetzt.

> *Einmal gab es einen Afrikaner wie mich [...] Ich hatte mit ihm gearbeitet, den ganzen Tag, 9-10 Stunden, und er hatte mir 50 Franken gezahlt. Aber für mich ist das normal, denn ich hatte keine Wahl, ich brauchte das Geld, und ich gehe lieber den ganzen Tag arbeiten und nehme 20 Franken als um Geld zu bitten. Für mich waren die 50 Franken wie 5000 Franken! (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Während einige der befragten Personen Sozialhilfe beziehen (Personen mit N-, F- und B-Bewilligung für Flüchtlinge), haben andere keinen Anspruch darauf (Personen, deren Asylantrag abgelehnt wurde, Sans-Papiers). Wieder andere nehmen die Sozialhilfe nicht in Anspruch, weil sie befürchten, ihre B-Bewilligung zu verlieren – wie der im Kasten dargestellten Fall zeigt – oder eine künftige Einbürgerung zu gefährden. All das verdeutlicht die enge Verflechtung der rechtlichen und sozioökonomischen Vulnerabilitäten.

Die Verflechtung der rechtlichen und sozioökonomischen Vulnerabilität schränkt für die Betroffenen den Zugang zu Wohnraum, Arbeit und Gesundheit ein. Personen, deren Asylantrag abgelehnt wurde, und Personen, die sich illegal in der Schweiz aufhalten, sind am stärksten von diesen Einschränkungen betroffen. Die Angst, angezeigt und in ihr Herkunftsland oder ein anderes europäisches Land zurückgeschickt zu werden, verbunden mit der Mittellosigkeit, in der sie leben, sind grosse Hindernisse für den Beitritt zu einer Krankenkasse und den Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Die Verflechtung der rechtlichen und sozioökonomischen Vulnerabilität setzt die betroffenen Personen auch dem Risiko aus, in missbräuchliche Paarbeziehungen oder Unterhaltsbeziehungen zu geraten. Tatsächlich sind Personen, die finanziell und rechtlich von ihren Ehepartner*innen abhängig sind (aufgrund des Erwerbs der Aufenthaltsbewilligung durch Heirat mit einer Person mit Schweizer Staatsangehörigkeit oder Niederlassungsbewilligung), besonders dem Risiko ehelicher Gewalt ausgesetzt. Diese kann sich in Form von verbalen, körperlichen oder sexuellen Übergriffen äussern.

Die **verbale**, **körperliche** und **sexuelle Gewalt**, die sich gegen diese Menschen richtet, wird durch eine HIV-Infektion noch weiter verschärft. Dies wurde von mehreren der befragten AKT berichtet:

> *Da ist zum einen die Kontrolle: 'Du bist HIV-positiv, du gehst nicht mehr aus dem Haus', 'Du siehst niemanden mehr'. Zum anderen ist da die Macht, dieser Einfluss, denn es gibt eine Macht über die Papiere, über das Geld, über ... Also sind diese Menschen tatsächlich abhängig und manchmal wird die Person, die in der Machtposition ist, misshandelnd und kontrollierend: Wenn sie die Kontrolle über das Geld hat, kann sie mit dem Geld erpressen. Sie kann alles entscheiden. Und die andere Person, die ist ihr ausgeliefert. [...] Diese psychologische Gewalt ist manchmal ziemlich stark und dann kann es sogar zu körperlicher Gewalt kommen. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Die Erfahrung einer Frau, die mit HIV lebt, geht in die gleiche Richtung:

> *Ich kannte ihn nicht, ich habe ihn hier kennengelernt. Ich habe angefangen, bei ihm zu wohnen, und er war gewalttätig und so. Und ich konnte die Kinder nicht bei ihm lassen. Er hat mich geschlagen ... Wenn ich etwas gemacht habe, hat er mich geohrfeigt, er hat mich geschlagen und so weiter. Ich bin zur Polizei gegangen und zu den Orten für misshandelte Frauen ... Ich hatte Erfahrungen damit, geschlagen zu werden, wirklich. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Auch zwei andere Frauen erzählten von der Gewalt, die sie in der Partnerschaft erlitten hatten. Ebenso erzählte uns ein Mann, der rechtlich und wirtschaftlich von seiner Frau abhängig ist (B-Bewilligung durch Heirat erworben) davon, nach Abstellen der Tonaufzeichnung.

Missbrauchsopfer, die sich illegal in der Schweiz aufhalten, glauben aus Angst vor einer Ausweisung aus der Schweiz, dass sie keine Strafanzeige gegen die missbrauchende Person einreichen können. Dies gilt auch für Personen, die in der Schweiz nicht angemeldeter Sexarbeit nachgehen (zwei Personen), und für eine Person, die in Ländern gearbeitet hat, in denen Sexarbeit nicht legal ist. Wenn die ausgeübte Tätigkeit illegal ist, setzen sich die Personen Formen von Ausbeutung aus, die nur schwer anzuzeigen sind.

> *Die Arbeitsbedingungen ... manchmal kam es vor, dass Klienten, dass ich gearbeitet habe, eine Arbeit geleistet habe und die Klienten dann nicht bezahlen wollten und ich konnte nichts machen, weil das war ja wie illegal. Ich konnte nicht die Polizei rufen und sagen: 'Er hat mich nicht bezahlt'. Und das ist wirklich immer wieder einmal passiert. (PM)*

Dies gilt auch für PM, die sich in **Paar- oder Unterhaltsbeziehungen in einer Unterwerfungssituation** befinden. Die Unterwerfung kann verschiedene Formen annehmen. Je mehr sich die PM in einer rechtlich irregulären und wirtschaftlich prekären Situation befinden, desto mehr sind sie mit Abhängigkeitssituationen konfrontiert, die zu Dominanz- oder sogar Ausbeutungsverhältnissen führen können. Dies ist der Fall bei verheirateten Frauen, die vom rechtlichen und wirtschaftlichen Status ihres Ehepartners abhängig sind, wodurch sie der Gefahr von Erpressung und anderen Formen verbaler, körperlicher oder sexueller Gewalt (Sexualkontakt unter Zwang) ausgesetzt sind. Es gilt auch für Frauen, die von Privatpersonen abhängig sind, die ihnen materielle Leistungen wie Unterkunft, Mahlzeiten oder die Bezahlung der Krankenkassenprämien im Austausch für sexuelle Gefälligkeiten anbieten (sexuelle Transaktionen).

Eine befragte AKT berichtet von mehreren Frauen aus der Mongolei, die einer Privatperson sexuelle Gefälligkeiten anbieten, um kostenlos bei dieser Person wohnen zu können: «*Jetzt gerade bei vielen Mongolinnen, eine hat mir erzählt, bei ihnen ist das Abkommen einfach Kost und Logis und immer Sex am Morgen um sechs Uhr. Und wenn sie sich nicht an das hält, dann kann sie wieder gehen*».

Gleiches gilt aber auch für junge heterosexuelle Männer, die mit – oftmals viel älteren – Frauen Unterhaltsbeziehungen haben und sexuelle Leistungen im Austausch für materielle Leistungen anbieten. Mehrere der befragten AKT berichten von jungen Männern aus Südostasien, die in solchen Situationen sind. Auch auf junge MSM trifft das zu, die von – oft älteren – Partnern oder Privatpersonen unterhalten werden und die ihnen im Gegenzug für sexuelle Leistungen die Krankenkassenprämien oder die Wohnung bezahlen.

Abschliessend, und um auf die Sexarbeiter*innen zurückzukommen: Es hat sich gezeigt, dass sich die rechtlichen und sozioökonomischen Vulnerabilitäten mit der Vulnerabilität im Zusammenhang mit der Ausübung ihrer Arbeit überschneiden und diese verschärfen. Je mehr diese Personen mit einer prekären oder gar fehlenden Aufenthaltsbewilligung und wirtschaftlicher Prekarität konfrontiert sind, desto mehr verstärken sich die Auswirkungen der sozialen Isolation, der Stigmatisierung, der Diskriminierung und der Gewalt, die sie im Zusammenhang mit der Ausübung ihres Berufs erleiden.

5.2 Gewalt und Ausbeutung

Wie sich gezeigt hat, erleben mehrere Personen, insbesondere Frauen, Gewaltsituationen. Die extremste Form davon ist Sexhandel. Einige der befragten AKT haben das thematisiert. Ihrer Ansicht nach betrifft der

Sexhandel in der Schweiz überwiegend Frauen, obwohl auch Männer Opfer werden, insbesondere MSM und trans Männer.

Im folgenden Kasten wird der biografische Werdegang einer Frau beschreiben, die Opfer von Sexhandel wurde.

Kasten 2: Kontrolle, Deprivation, Ausbeutung und «*Gehirnwäsche*»: Die Mechanismen des Menschenhandels

Rose ist eine Frau in den 30ern, die in einem Land in Subsahara-Afrika geboren wurde und aus einer Familie mit vielen Kindern stammt, die sie als «*arm*» bezeichnet. Mit 18 Jahren, kurz nachdem sie ihre Matura gemacht hatte, verliess sie ihr Land mit dem Versprechen, in Europa als Coiffeurin arbeiten und etwas zum Unterhalt ihrer Familie beitragen zu können. Nach ihrer Ankunft in einem südeuropäischen Land wird sie von einer Frau, der «*Mama*», empfangen, die ihr sofort den Pass wegnimmt und sie in wirtschaftliche Abhängigkeit bringt. Rose erfährt, dass sie der Frau Geld schuldet: 45.000 Euro für die Reisekosten, zusätzlich zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung vor Ort. Die *Mama* führt sie in die Sexarbeit ein und übt eine totalitäre Kontrolle über sie aus, bis die Schulden beglichen sind. Für Rose beginnt ein Leben voller Kontrolle, Deprivation, Ausbeutung und Drohungen.

Rose wird im Haus der *Mama* eingesperrt. Raus darf sie nur gehen, um zu arbeiten, um eine Tätigkeit auszuüben, zu der sie täglich gezwungen wird, auch wenn es ihr nicht gut geht. Sobald Rose zur Arbeit geht, kontrolliert die *Mama* über andere junge Frauen, die ebenfalls Opfer von Menschenhandel sind, ob sie arbeitet und Kunden empfängt. Während der Arbeitszeit ist es Rose verboten, nach Hause zu gehen. Der Arbeitsrhythmus ist so anstrengend, dass sie kaum schläft.

Zu Hause ruht sich Rose auf einer Matratze aus, die in der Küche auf dem Boden liegt. Sie darf keine persönlichen Sachen haben und bekommt kaum etwas zu essen: *«Das Einzige, was sie mir zu essen gab, war Reis. Sie wollte nicht, dass ich etwas anderes esse, weil sie nicht wollte, dass ich fett werde. Ich musste Reis essen, nur Reis! Es war schrecklich, schrecklich!»*

Sobald Rose von der Arbeit nach Hause kommt, muss sie sich systematisch vor der *Mama* ausziehen und Durchsuchungen über sich ergehen lassen, auch im Intimbereich, da die *Mama* sicherstellen will, dass sie kein Geld versteckt:

> *Ich kam nach der Arbeit nach Hause und sie sagte mir, ich solle noch draussen bleiben. Sie sagte, ich solle die Schuhe vor der Haustür abstellen. Und bevor ich dann ins Bad ging, musste ich alles vor ihr ausziehen. Sie machte einen auf schlau. Sie hatte Handschuhe an und schaute in allen meinen Sachen nach, ob ich Geld versteckt hatte. Sie schaute überall nach, sogar in meinen Intimbereich ... (Übersetzt aus dem Französischen)*

Doch weil die *Mama* befürchtet, Rose bringe ihr nicht das ganze Geld, das sie verdient, führt sie eines Tages ein Voodoo-Ritual durch, um Rose an ihre Verpflichtung ihr gegenüber zu erinnern. Kurz darauf findet Rose in ihren Sachen ein Juju, ein kleines Objekt, das aus ihrem Haar, Schamhaar und Blut besteht. Wenn sie ihre Verpflichtung bricht, wird das Juju der geschädigten *Mama* Gerechtigkeit widerfahren lassen, indem es Wahnsinn, Unglück, Krankheit und sogar Tod über Rose oder ihre Angehörigen bringt. Vor lauter Angst schliesst Rose die Möglichkeit aus, ihre *Mama* bei der Polizei anzuzeigen. Dies bezeichnet sie als «*Gehirnwäsche*»:

> *Ich wollte nicht zur Polizei gehen, um sie anzuzeigen, denn man hört, dass ein Mädchen zur Polizei gegangen ist, um die Mama anzuzeigen, und seit dem Besuch bei der Polizei ist ihr Leben ruiniert. [...] Ich kenne eine, die Anzeige erstattet hat, und wenn du sie jetzt sehen würdest, sie ist völlig verrückt, sie läuft nackt auf der Strasse herum ... Weisst du, wenn du solche Geschichten hörst, willst du keine Anzeige erstatten, weil du nicht so enden willst! [...] Das ist Gehirnwäsche, es ist wirklich eine Gehirnwäsche .... (Übersetzt aus dem Französischen)*

Erst einige Jahre später, nachdem Rose ihre Schulden bei der *Mama* vollständig zurückgezahlt hat, gelingt es Rose, sich dieser ausbeuterischen Beziehung zu befreien.

Einbehalten des Passes, wirtschaftliche Abhängigkeit und Unterwerfung unter die durch das *Juju* spirituell geweiht und gerechtfertigte *Mama*, prekäre Unterkunft, Nahrungsentzug, unmenschliche Arbeitsrhythmen, systematisches Einbehalten des verdienten Geldes, strenge Überwachung durch die *Mama* und ihr Umfeld und die Beschränkung der Aktivitäten auf Sexarbeit – das sind alles Dimensionen, die den Ausbeutungsprozess ausmachen, der diese Form des Menschenhandels kennzeichnet.

Um eine solche Ausbeutungsspirale zu unterbrechen, muss die missbrauchende Person angezeigt werden. Im Kontext rechtlicher und wirtschaftlicher Abhängigkeit ist es nie einfach, Missbrauchssituationen anzuzeigen, doch in einer Situation des Menschenhandels ist es noch viel schwieriger, da die Opfer dieser Form der Ausbeutung Vergeltungsmassnahmen der Ausbeuter*innen gegen ihre Familie befürchten. Wir haben dies gerade anhand von Roses Fall gesehen, und auch eine der befragten AKT spricht dieses Thema an:

> *Bei Menschenhandel ist das Problem, dass das sehr gut organisiert ist. Die haben viele Mittel, wie sie sich gegen die Frauen wehren können oder sie haben viele Informationen über Frauen. Und wenn einer kommt und sagt: 'Du, in deinem Dorf dort in Bulgarien werde ich deine …'. Sie wissen genau wo die Frauen verletzlich sind: Grossmutter oder eigenes Kind oder ich weiss nicht, was einem am teuersten ist, dort wird gezielt, das sind die Gründe, also dass die Frauen Angst bekommen und sich zurück, z. B. die Anzeige zurückziehen. (AKT)*

5.3 Vielfältige Vulnerabilitäten und intersektionale Diskriminierung

Für PM, die sich als homosexuell, queer oder trans identifizieren, überschneidet sich die **Vulnerabilität aufgrund der SOGI** mit der rechtlichen und sozioökonomischen Vulnerabilität, sodass die Menschen sowohl der Gefahr der Stigmatisierung und Diskriminierung als auch der Prekarisierung und Marginalisierung ausgesetzt sind.

Der folgende Kasten beschreibt den Werdegang eines Mannes, der sich selbst als trans identifiziert.

Kasten 3: Trans Identität, Asyl und erlittene Diskriminierung

Tonie wurde in einem Land an der Grenze zwischen Osteuropa und Westasien geboren. Bei seiner Geburt wurde ihm das weibliche Geschlecht zugewiesen, aber seit seiner Kindheit fühlt er sich damit nicht wohl: «*I don't feel good so. I'm not like the other girls*». In seinem Heimatland sind geschlechtliche Minderheiten der Gefahr von Gewalt ausgesetzt: «*For LGBT people life is not so good. And for trans people, it's difficult. A lot of times a lot of person was dead because of saying they were trans persons. And somebody kills these persons, or bit and nobody makes something for us*». Tonie lebt mit seinen Eltern und seinen Brünern zusammen, aber seine Geschlechtsidentität führt zu Konflikten innerhalb der Familie. Seine Eltern fordern ihn schliesslich auf, das Familienhaus zu verlassen: «*They say 'No you must go. We don't want to see you anymore'. And you must go*». Sie sollten sich nie wieder sehen. Für Tonie beginnt ein schwieriges Leben, das aus Unsicherheit und seelischem Leid besteht: «*In my country we can't find work when you're trans person. And we're living in the street. So sad...*».

Trotz dieser Schwierigkeiten gelingt es Tonie, ein Studium zu beginnen. Aber auch in diesem Kontext wird seine Geschlechtsidentität negativ aufgenommen. Die anderen Studierenden machen sich über ihn lustig: «*this is animal people*». An diesem Punkt in seinem Leben möchte Tonie die Transition beginnen. Als er seinen Namen auf dem Standesamt ändern will, stellt er fest, dass der Staat dies erst nach einem chirurgischen Eingriff erlaubt. Doch bevor er diesen durchführen kann, muss er eine Hormonbehandlung machen, die er als sehr teuer und nicht ungefährlich einschätzt: *«It's difficult because for not so good medication in my country*».

Tonie beschliesst daraufhin, das Land zu verlassen. 2018 kommt er in die Schweiz, wo er einen Asylantrag stellt und die Aufenthaltsbewilligung N erhält. Drei Monate später bekommt er entgegen seiner Hoffnung einen negativen Bescheid. Mit der Unterstützung eines Vereins, der sich für die Interessen von trans Menschen einsetzt, leitet er ein Beschwerdeverfahren gegen diesen Entscheid ein. Eineinhalb Jahre später hat er immer noch keine Antwort erhalten.

In Bezug auf intime Beziehungen berichtet Tonie von drei Erfahrungen, einer mit einer jungen Frau in seinem Herkunftsland und zweien im Migrationskontext mit Schweizer Männern. Diese reagieren unfreundlich, wenn er sie auf seine Geschlechtsidentität anspricht, und sagen: «*No, you are a girl!*». Seine Geschlechtsidentität führt in diesen Beziehungen zu Konflikten.

In der Asylunterkunft, in der er wohnt, ist Tonie ebenfalls mit Erfahrungen von Misgendering[17] konfrontiert, sowohl vonseiten der anderen Asylsuchenden als auch vom Betreuungspersonal. Ausserdem erzählt er, dass er über sechs Monate lang in einem Zimmer mit sechs Frauen war, was für ihn eine besonders schwierige Erfahrung war:

> *I was one year and six months in camp. All the time, I need a single room, I don't want to stay in one room with care or with another person they don't accept this, but they just don't listen me. And when I have some problem in the camp with chef, I tell them, they don't listen. They don't interest what's your problem, just. […] Last time, I was with six girls in one room. And it was also difficult for me… six girls, I was like six months maybe or seven months with six girls.*

[17] Misgendering bedeutet, dass einer Person (absichtlich oder unabsichtlich) ein Geschlecht zugeschrieben wird, in dem sie sich nicht wiedererkennt.

Wie Tonie heben auch die beiden anderen Personen, die sich mit nicht-cis Identitäten identifizieren, die Diskrepanz zwischen der vermeintlichen Offenheit der europäischen Länder gegenüber LGBTQI+ Personen und den Aufnahmebedingungen in den Unterkünften für Asylsuchende und Geflüchtete hervor. Eine Person, die sich als queer identifiziert, erzählte uns:

> *Ich war ein bisschen schockiert, weil bei uns ... wir denken, dass Europa ein Paradies für LGBTQ Menschen ist, aber das war es nicht. Ich war schockiert. Als ich nach [Name der Stadt] gebracht wurde und als ich bei der Sozialhilfe war, sagten sie mir: 'Hör zu, es gibt nicht viele Plätze, aber du kannst eine Woche, zwei Wochen, im Zivilschutzraum bleiben'. Es ist ein Bunker und ich sagte mir: 'Ich habe mein Land verlassen, um nicht ins Gefängnis zu kommen, und ich kann nicht in einen Bunker gehen, denn mit meiner Geschlechtsidentität und auch meiner sexuellen Orientierung kann ich mein Zimmer nicht mit anderen Leuten teilen, denn ich weiss, dass in einem Bunker 20 Leute im selben Raum sind', und es war wirklich ... ein offenes Gefängnis. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Diese Personen erzählen von Diskriminierungen in den Unterkünften, die sie sowohl durch andere Bewohner*innen als auch durch das Betreuungspersonal erlebt haben. Sie berichten, dass sie sich nicht sicher fühlen, da sie Beschimpfungen, Beleidigungen und sowohl verbalen als auch körperlichen Aggressionen seitens der anderen Bewohner*innen ausgesetzt sind. Im Bereich der Sexualität kann dies in Form von unerwünschten Annäherungsversuchen oder sogar sexuellen Übergriffen geschehen:

> *I'm telling you, life can be very difficult, very difficult here [in the refugees center]. You know what a guy did to me? Last year, in December, I was sitting right here and I don't know where he is from, maybe Afghanistan, he has his wife upstairs, that guy came and he put his thing out of his pants and he was trying to stick it in my mouth, here, in front of my friends… He was rude… I always have seen this guy watching at me and I said 'Why is this guy watching me like this?'. He's always been watching me, he had his eyes on me non-stop… (PM)*

Wie im Kasten dargelegt, behandelt das Betreuungspersonal der Unterkunft, in der Tonie untergebracht ist, ihn als Frau und nicht als Mann. Dies führt zu viel seelischem Leid für ihn:

> *It's also difficult because of, in this camp, they don't accept also who I am. They say 'Hi woman, blablabla' and I say them 'Don't'. All persons who work in the camp, they know that I'm a transgender person but they use 'Hey, woman, girl, blablabla'. And this is also difficult. I had a lot of stress… (PM)*

Nach Ansicht der AKT und PM, die diese Diskriminierungen thematisiert haben, liegt dies an der mangelnden Sensibilisierung des Betreuungspersonals für LGBTQI+ Themen (wie spricht man eine trans Person an, wie berücksichtigt man ihre Geschlechtsidentität usw.). Einige der in den Unterkünften durchgeführten Kontrollen werden allenfalls von den betroffenen Personen als missbräuchlich interpretiert. Dies ist zum Beispiel bei dieser queeren Person der Fall:

> *Es gab einen zweiten Angriff, aber diese Details kann ich nicht erzählen ... es ist das Gleiche, die Securitas kam: 'Ah, wir haben eine Frau gesehen, mit langen Haaren, mit Absätzen, sie war auf dem Balkon ...'. Und ich sagte 'Ja, das war ich'. Und es war seltsam ... Wenn man eine Frau im Männergebäude sieht, greift man dann direkt an? Und wenn man einen Mann im Frauengebäude sieht, greift man im Zimmer an? Ist das ein sexistisches Problem? (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Misgendering ist eine Erfahrung, mit der Menschen, die sich als nicht-cis identifizieren in verschiedenen Kontexten ihres täglichen Lebens konfrontiert sein können, darunter, wie im Kasten dargelegt, auch in intimen Beziehungen. Nachdem sie den Sexualpartner*innen von ihrer Geschlechtsidentität erzählt haben, werden sie von diesen allenfalls weiterhin misgendert.

Trans Personen können sich auch von anderen trans Personen diskriminiert fühlen, wenn ihre Sexualität nicht den Erwartungen dieser Personen entspricht. Tonie zum Beispiel erklärt, dass seine sexuelle Orientierung von einigen trans Personen nicht verstanden wird:

> *This person is like trans but I don't have contact with this persons also. Because of they think, if you are a trans-man, you must love women. Or you are trans-women, you must like men only. And when I talk about, you know, I don't like only women, I can like men: 'Oh you are not a trans-person, ok, ciao'. (PM)*

Solche Reaktionen stehen im Zusammenhang mit den Vorstellungen, die trans Personen von der Sexualität von trans Personen haben. Haben potenzielle Sexualpartner*innen bestimmte Vorstellungen, kann es zur Ablehnung intimer Beziehungen kommen.

Neben der Diskriminierung aufgrund der Geschlechtsidentität sind Menschen aus dem Asylbereich allenfalls auch mit Behandlungen konfrontiert, die sie als Formen der Diskriminierung aufgrund ihrer ethnischen Herkunft oder ihres religiösen Glaubens wahrnehmen. Dies stellt diese Person im Kontext der Asylunterkünfte fest:

> *They said 'You cannot work', but another person, they give them social working. But it's not for me because I'm from [name of her country of origin in Eastern Europe]. […] Life in camp is not so easy. Because of, first, people who is working in this camp, like chef, they don't make what they must do for refugees, they never help. If you are from [his country of origin] or from [another country in Eastern Europe], or from another country in Europe, but you really need help, they say 'No, you are from Europe. It's cool for you. You cannot'. […] there is discrimination about the country in all camp, there is discrimination for LGBT-person… and because of religion, also. Because here there are Muslims, for them they make nothing… (PM)*

Ausserhalb der Unterkünfte für Asylsuchende und Geflüchtete sind PM, die sich als nicht-hetero-cis identifizieren, dem Risiko der Diskriminierung sowohl durch heterosexuelle cis Personen als auch durch in der Schweiz sozialisierte LGBTQI+ Personen ausgesetzt. Die Diskriminierung durch Erstere zeigt sich in Form von verbaler Gewalt (Beleidigungen wie «*dreckige Schwuchtel*», «*dreckige Lesbe*») und körperlicher Gewalt («*Prügel*»). Die Diskriminierung durch Letztere kann in Form von psychischer Gewalt, aber auch in Form von Ausbeutung, insbesondere sexueller Ausbeutung, erfolgen. Wie eine AKT feststellt, die mit LGBTQI+ Personen mit Migrationshintergrund in Kontakt steht, kommt bei PM, die sichtbaren ethnischen Minderheiten angehören, noch die rassistische Diskriminierung hinzu:

> *Ich denke, eines der Dinge, das mich am meisten schockiert hat, war die rassistische und objektivierende Gewalt zu sehen durch Personen mit einer Aufenthaltsbewilligung für die Schweiz, die hier leben, die hier sozialisiert sind, gegenüber diesen LGBTQI+ Personen, die in extrem prekären Situationen hier ankommen und im privaten Bereich ausgebeutet werden. [...] sie sind gezwungen, [...] mit der Person zu schlafen, die sie beherbergt, ernährt, die sie unterhält. Das können Geschichten sein, wo es ein paar Monate lang einen Austausch über Facebook gibt, die Person, die hier wohnt, die Person dazu bringt, hierher zu kommen, und dann, sobald die Person hier angekommen ist, ist sie eigentlich eine Gefangene. Und*

manchmal gibt es sehr starken psychologischen Druck, der dazu führt, dass sie allen sexuellen Launen, den sexuellen Forderungen des anderen nachgeben müssen. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)

5.4 Auswirkungen sozialer Vulnerabilitäten auf die Vulnerabilität für HIV/STI

Die Kumulierung von Vulnerabilitäten setzt Vulnerabilisierungsspiralen in Gang, die die **Vulnerabilität für HIV/STI** erhöhen. Ein negativer Asylentscheid nimmt den betroffenen Personen die Möglichkeit, in der Schweiz zu arbeiten. Erwerbstätige Personen verlieren dadurch ihren Arbeitsplatz. Da sie kein Einkommen haben, wird der Zugang zu Wohnraum und die Befriedigung der Grundbedürfnisse erschwert. Wenn sie im Asylsystem bleiben, werden sie als «abgewiesene Asylsuchende» betrachtet. Sie erhalten Nothilfe (in Form von Gutscheinen oder Naturalien, seltener auch in Bar im Betrag von ca. 10 CHF pro Tag) und werden in Sammelunterkünften untergebracht, bis sie in ihr Herkunftsland rückgeführt werden. Wenn sogenannte abgewiesene Asylsuchende illegal in der Schweiz bleiben, können sie keiner angemeldeten Arbeit nachgehen, was ihre Lebensbedingungen (sehr) schwierig macht. In diesen Spiralen der Vulnerabilisierung gefangen, können PM leicht in Situationen geraten, in denen ein HIV/STI-Risiko besteht. Eine HIV-positive trans Person ohne Aufenthaltsbewilligung erklärt ihre Infektion beispielsweise damit, dass sie sich im Zuge ihrer Arbeitslosigkeit in einer sehr stressigen Situation befand – sie wusste nicht, wie sie über die Runden kommen sollte. Um ihren Stress zu lindern, ging sie aus und fing an, viel Alkohol zu trinken, wodurch sie bei Sexualkontakten weniger vorsichtig war:

I'm a sans-papiers, I don't have permit here and I'm a trans. This is also difficult for me to find a job here, like housecleaner, or personal staff because of the situation sans-papiers. I was always looking for permits. So this problem is so stressful… I was going out, to the bars, because I know places that you can find people LGBT. I was so fucking drunk because he buys me drinks and I drank of course, I wanted to get drunk, to forget everything. I wanted to forget the time. So he brings me to his place, and so drunk, so we had sex. And I didn't know, but I have a feeling that this man, this guy was hanging this, this virus. (PM)

Risikobereitschaft in Beziehungskontexten

Personen, die aufgrund ihres rechtlichen und sozioökonomischen Status in der Schweiz in Vulnerabilisierungsspiralen geraten, sind einem höheren Risiko für **missbräuchliche Paarbeziehungen** ausgesetzt. Denn das Aushandeln der Verwendung von Kondomen ist für die rechtlich und/oder wirtschaftlich von der anderen Person abhängige Person schwieriger. Besonders betroffen sind PM mit einer nicht-cis Identität – da sie beim Zugang zur Arbeit auf grössere Schwierigkeiten stossen als cis Personen – und Frauen – da sie weniger gut ausgebildet sind als Männer und in prekären Beschäftigungsverhältnissen arbeiten. Für Menschen mit illegalem Aufenthaltsstatus ist es schwierig, einen Missbrauch anzuzeigen. Sie glauben, dass sie keine Strafanzeige gegen die missbrauchende Person einreichen können aus Angst, aus der Schweiz ausgewiesen zu werden.

Personen, die aufgrund ihres rechtlichen und sozioökonomischen Status in der Schweiz in Vulnerabilisierungsspiralen geraten, sind auch stärker gefährdet für **Unterhaltsbeziehungen**, die durch die Praxis von **sexuellen Transaktionen** charakterisiert sind. In einem solchen Beziehungskontext, wie auch im vorherigen, ist das Aushandeln der Verwendung von Kondomen schwieriger. Beispielsweise hat eine HIV-positive trans Frau, die wir getroffen haben, mit einem verheirateten Mann Sexualkontakte ohne Kondom

im Austausch für eine Wohnung. Sie hat dem Mann aus Angst, die Wohnung zu verlieren, nicht von ihrer HIV-Infektion erzählt. Der Mann sagt, dass er ausschliesslich mit ihr und seiner Frau Sexualkontakt hat. Die trans Frau vertraut ihm, was sie dem Risiko aussetzt, sich mit weiteren sexuell übertragbaren Krankheiten anzustecken. Der Mann zwingt sie ausserdem zu Sexualkontakten, die sie nicht will.

> *To be honest, I tell you honestly. This man, he's married. I met him in [name of a city]. and discuss with him my situation […] So I pay… I have no choice, I have no place to stay, I pay with my body. […] Even if I don't want anymore, because I don't love him, I don't have the choice, because I must grab the situation. I have nothing, so I need this place, I need to live, I need to stay. I don't want him anymore that he uses my body because I don't love him. But he's kind, because he gives this place to me. (PM)*

Ein letzter Beziehungskontext, in dem das Aushandeln der Verwendung von Kondomen schwierig ist, betrifft den Bereich der Sexarbeit. Mehrere der befragten Sexarbeiter*innen erwähnen, das Kolleg*innen, die in einer sehr prekären sozioökonomischen und rechtlichen Situation sind (Sans-Papiers, Menschen ohne Arbeitsbewilligung, ohne Wohnung und ohne wirtschaftliche Ressourcen), **Sexualkontakte** ohne Kondom **gegen Bezahlung** akzeptieren.

Verzicht und Schwierigkeiten: Zugang zu Prävention und Gesundheitsversorgung

Rechtliche und sozioökonomische Vulnerabilitäten können dazu führen, dass PM **auf Prävention und Gesundheitsversorgung verzichten**. Tendenziell suchen Menschen mit illegalem Aufenthaltsstatus kaum Gesundheitseinrichtungen auf, abgesehen von speziell auf sie ausgerichtete Gesundheitszentren, da sie befürchten, entdeckt und angezeigt zu werden. Personen, deren Leben in der Schweiz durch das AsylG geregelt ist, können auch beim Zugang zu medizinischen Konsultationen eingeschränkt sein. Dies gilt insbesondere für PM, die in Asylunterkünften untergebracht sind und sich, auch in medizinischer Hinsicht, an die in diesen Einrichtungen festgelegten Verfahren halten müssen. Ein Jugendlicher berichtet, dass er wegen einer STI in die Notaufnahme ging, die Leiter*innen seiner Unterkunft damit aber nicht einverstanden waren:

> *Sie haben eine Pflegefachfrau, die einmal pro Woche in die Unterkünfte kommt. Aber ich konnte nicht noch eine Woche warten, um herauszufinden, was ich habe. [...] und deshalb bin ich in die Notaufnahme gegangen, aber dann haben sie mir gesagt: 'Warum bist du nicht hierher gekommen, du musst erst hierher kommen, weil ihr wisst gar nicht, wie teuer das ist? Wir können euch direkt mit einem Arzt in Verbindung setzen'. Aber ich bin in die Notaufnahme gegangen. Und in der Notaufnahme haben sie mir noch die Adresse eines Arztes gegeben, um noch weitere Tests zu machen, das hat Sinn gemacht, weil die Ärztin dort befürchtete, dass ich Syphilis oder so etwas habe. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

In wirtschaftlicher Hinsicht sprechen mehrere Interviewpartner*innen über den «*Stress»,* den die Arztrechnungen bei ihnen verursachen. So lassen sich z. B. Personen, die regelmässig in ihr Herkunftsland zurückkehren, dort testen, da die Kosten wesentlich niedriger sind. Auch die sehr hohen Kosten der PrEP werden von der Person angesprochen, die sie einnimmt.

Konkret bedeutet dies, dass die Entscheidung, sich auf HIV/STI testen zu lassen, in einem Kontext rechtlicher Instabilität und wirtschaftlicher Prekarität erheblich schwieriger ist. Es gibt verschiedene Dimensionen, die eine Rolle spielen und die geringe Inanspruchnahme der verschiedenen Testmöglichkeiten erklären können: Personen mit illegalem Aufenthaltsstatus befürchten angezeigt zu werden; Person, die in Unterhaltsbeziehungen geraten sind, befürchten zurückgewiesen zu werden von

der Person, die sie als Gegenleistung für sexuelle Gefälligkeiten unterhält; und Personen, denen es an wirtschaftlichen Ressourcen mangelt, können die (Selbst-)Tests nicht bezahlen (die von der gesetzlichen Krankenversicherung nur auf ärztliche Verschreibung erstattet werden).

Für Menschen, die Opfer von Menschenhandel sind, ist der Zugang zu Prävention und Gesundheitsversorgung noch eingeschränkter, da die Ausbeuter*innen eine totalitäre Kontrolle ausüben, um eine Aufdeckung des Ausbeutungsnetzwerks zu verhindern. Im Fall der befragten Frau wurde ihr aufgrund der totalitären Kontrolle der Zugang zu medizinischer Versorgung verwehrt, selbst in grösster Not, nachdem sie Opfer sexueller Gewalt wurde.

> *Ich war nicht im Spital ... Wie sollte ich dahin gehen? Ich konnte nicht ins Spital, weil die Mama alles kontrolliert hat. Ich wusste, dass man ins Spital gehen kann, auch wenn man keine Papiere hat, aber die Mama hat alles kontrolliert. Sie hatte mir gesagt, dass ich nicht ins Spital gehen kann, weil sie dich nach den Papieren, der Adresse usw. fragen. 'Du gehst nicht hin!'. Das ist alles Gehirnwäsche, wirklich. Weisst du, sie hatte Angst, dass ich erzählen würde, wie ich hierher gekommen bin, wo ich wohne, was ich mache. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Schliesslicht wirkt sich der prekäre Rechtsstatus für Menschen, die mit HIV in der Schweiz leben, auch auf den Zugang zur ART aus. Im folgenden Kasten wird die Situation von drei betroffenen Personen dargelegt.

Kasten 4: Rechtsunsicherheit und Hindernisse bei der medizinischen Behandlung

Obi identifiziert sich als hetero-cis Mann. Er ist in seinen 40ern und kommt aus einem Land in Subsahara-Afrika. Da er wegen seines Aktivismus gegen die Regierung Todesdrohungen erhält, muss er 2008 sein Land verlassen. Er kommt in einem südeuropäischen Land an, wo er einen Asylantrag stellt und sich niederlässt. Im selben Jahr wird bei ihm HIV diagnostiziert und er erhält eine humanitäre Aufenthaltsbewilligung. 2018 kommt Obi in die Schweiz, wo er illegal lebt und arbeitet. Um seine Behandlung fortzusetzen, pendelt er häufig zwischen dem Land, in dem eine Aufenthaltsbewilligung erhalten hat, und der Schweiz hin und her. Diese Lebensbedingungen sind für ihn sehr belastend.

Ulisses identifiziert sich als homosexueller cis Mann. Er ist in seinen 20ern und kommt aus einem lateinamerikanischen Land, wo er 2018 die HIV-Diagnose erhält. 2019 kommt er in die Schweiz und befindet sich zum Zeitpunkt des Interviews in der Berufungsinstanz, nachdem ihm die Aufenthaltsbewilligung zu Studienzwecken verweigert wurde. Er äussert seine Angst, die diese medizinische Unsicherheit bei ihm auslöst. Er hat einen Medikamentenvorrat für sechs Monate mit in die Schweiz genommen und seine Angst wird immer grösser, je leerer seine Medikamentenschachtel wird.

Adira identifiziert sich als trans Frau, die sich zu Männern hingezogen fühlt. Sie ist in ihren 50ern und kommt aus einem asiatischen Land. 2010 reist sie mit einem Touristenvisum in die Schweiz ein und hat in Aussicht, als Reinigungskraft bei einer Privatperson angestellt zu werden. Zwei Jahre später verliert sie ihre Arbeit und muss eine Reihe von Schicksalsschlägen verkraften, darunter auch die Diagnose HIV im Jahr 2017. Da sie weder Papiere noch Arbeit hat, lebt sie in der Angst, ausgewiesen zu werden und sich nicht weiter behandeln lassen zu können.

Mit HIV und gleichzeitig illegal in der Schweiz zu leben, bedeutet für die drei Betroffenen viel **Stress** und **Ängste**.

> *Ich bin sehr ängstlich, weiss du. Mit diesem Problem muss ich immer ... manchmal bin ich ein bisschen ... ich störe, ich glaube, ich störe die Leute hier [Name der Einrichtung] ein bisschen ... [...] aber ich fühle mich unsicher. Jetzt gerade muss ich mir keine Sorgen machen, aber weisst du, ich wollte die Versicherung schon organisiert haben, um meine Behandlung schon organisiert zu haben und das verunsichert mich. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Die Angst vor einer Ausweisung in das Herkunftsland ist umso grösser, je mehr die Menschen den Zugang zur ART dort als schwierig erachten.

> *I'm ok, but because of my worries... this sickness of mind, that the government from here, in Switzerland, will kick me out to my country and that I'm so worried of my situation because how can I provide myself when I go back in my own country because medication and everything is expansive. […] My own country is poor. They don't manage to give medication, especially with this kind of virus that I have. (PM)*

Zu dieser Angst kommt die Sorge um die Bezahlung der **Krankenversicherung** hinzu, um weiterhin die ART in Anspruch nehmen zu können. Das ist nicht einfach für Menschen, die sich in multiplen Vulnerabilitätssituationen befinden, so wie die trans Frau ohne Aufenthaltsbewilligung, ohne Arbeit und ohne festen Wohnsitz:

> *I am always looking for a job. I'm trans, they discriminate me at that. Only like that, because I am trans, they ask me my permit, if I'm legal here in Switzerland. And you know, I am illegal, I am sans-papiers. At least, if I have a job, I can pay my assurance, because they only pay the treatment for one year. So this, again, makes me crazy, makes me crazy… because how I'm gonna pay my assurance? How I gonna... I cannot pay my assurance, because I'm not working that time. And if I find a job, a person, a patron, they ask my situation if I'm legal here, what is my permit. And even if I'm trans is ok for them, at least I'm not legally… (PM)*

Die fünf Personen, die mit HIV leben, erzählen zwar von einigen Ablehnungserfahrungen, aber vor allem berichten sie davon, dass sie aufgrund von **Selbststigmatisierung** in ihrem Umfeld kaum über ihre Infektion sprechen – aus Angst vor Diskriminierung. Sie wenden daher Strategien des «geheimen Handelns» («agir secret») (Mellini et al., 2016) an, um Diskriminierungen zu entgehen. Doch das kann sie weiter schwächen. Eine Frau erzählt von der Belastung des Geheimhaltens, von den Misshandlungen, die ihr der Mann, mit dem sie zum Zeitpunkt der Diagnose verheiratet war, zufügte, und von ihrer Angst, dass er ihren ungeregelten Status in der Schweiz den Behörden melden und sie damit der Gefahr einer Rückführung in ihr Herkunftsland aussetzen könnte. Dies zeigt einmal mehr die Verflechtung der Vulnerabilitäten:

> *Am Anfang war er [ihr Mann] nett, wir werden das Geheimnis wahren. Für zwei, drei Tage war es okay, wir behalten das Geheimnis für uns, aber nach und nach wurde es zu einem Albtraum ... Und weil ich naiv war, habe ich alles akzeptiert. Wenn er mich schlagen muss, akzeptiere ich das. Wenn er mich ... Die Gewalt ging weiter. Ich musste kochen, er brachte Frauen mit nach Hause, aber ich, es war so, als würde ich nicht existieren. [...] Und er trank, er trank viel in dieser Zeit ... [...] Vor allem aber wusste er von mir und ich dachte, wenn er es den Behörden sagen würde, würde ich nach Afrika zurückgeschickt werden und ich würde sterben, vor meiner Mutter, meinen Eltern ... Und dann weisst du, dass du die Krankheit*

> *geheim halten wirst ... Das ist hart, weil es niemanden gibt, der von dir wissen darf. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Die Strategie, HIV geheim zu halten, steht im Widerspruch zu den aktuellen Empfehlungen der Aids-Politik, gemäss derer es wichtig ist, über den Serostatus zu sprechen, um HIV-Infektionsketten zu unterbrechen.

Die empfundene Diskriminierung kann auch von Mitgliedern der **LGBTQI+ Community** gegenüber Personen, die die regionalen Fachstellen der AHS besuchen, ausgehen. Dies wird von einer Person erwähnt, die sich als queer identifiziert:

> *Aber wenn du dorthin gehst, ist das Problem, dass die Leute denken, dass du Aids hast. Es gibt viele Vorurteile in der LGBTQ Community. Wenn du sagst, dass du zur [Name einer regionalen Fachstelle der AHS] gehst, denken sie, dass du Aids hast ... auch in der LGBTQ Community. Wenn du sagst, dass du dort warst, denken sie, dass du Aids hast. Ich denke, dass es auch in der LGBTQ Community HIV-Phobie gibt. Es gibt ein Vorurteil, ja, es gibt HIV-Phobie in der LGBTQ Community, überall, nicht nur in der Schweiz. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Die Haltung der anderen PM, die HIV-negativen sind, überschneidet sich in Bezug auf HIV in zwei Punkten: Sie können sich zwar vorstellen, eine empathische Haltung gegenüber einer befreundeten Person mit HIV einzunehmen und sie in ihrem Alltag zu unterstützen, aber sie können sich nicht vorstellen, mit einer Person zusammen zu sein, die HIV hat, und mit ihr Sexualkontakte zu haben (mit oder ohne Kondom). Im Falle einer Verletzung hätten sie zu viel Angst, sich selbst oder andere Familienmitglieder, z. B. ihre Kinder, zu infizieren.

Auch wenn die **Religion** für die befragten PM eher eine Ressource darstellt – darauf gehen wir im nächsten Punkt ein –, zeigt die Erfahrung einer Frau, dass sie auch den Zugang zu Unterstützung für Menschen mit HIV erschweren kann. Diese Frau, die sich selbst als praktizierende Muslimin identifiziert und den Niqab trägt, berichtet, dass sie im Alltag und auch in der **HIV-Selbsthilfegruppe** Beleidigungen und **Ablehnung** erfahren hat:

> *Für den Schleier beschimpfen dich die Leute sogar, sie sagen zu dir: 'Geh nach Hause'. Sie sagen zu dir: 'Es ist heiss, warum bist du so angezogen?'. Sie sagen keine netten Worte zu dir ... sondern fiese Sachen. Wir waren zum Beispiel in einem Geschäft, ich und mein Sohn, und da waren Leute, die zu mir sagten: 'Sie haben uns Angst gemacht ... so, wie Sie angezogen sind!'. Als ich mich entschied, mich zu verschleiern, habe ich viele Freundinnen verloren, die ich vorher hatte ... sogar hier (regionale Fachstelle der AHS). Ich kenne eine Frau, sie war hier und sie hat mir gesagt: 'Ich mag nicht, wie du angezogen bist, ich mag es nicht und deshalb mag ich dich nicht'. [...] Ich komme hierher, um mich auszutauschen, und sie sagt das zu mir! Die Ablehnung habe ich nicht für die HIV-Infektion bekommen, aber dafür, wie ich angezogen bin, ja. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die im Rahmen dieser Studie befragten PM mit vielfältigen, wandelbaren und situativen Vulnerabilitäten konfrontiert sind. Diese sind intersektional, d. h. ineinander verwoben und fügen sich zu Vulnerabilisierungsspiralen zusammen, die die PM verschiedenen sozialen Risiken aussetzen: Stigmatisierung, Diskriminierung, Disqualifizierung, Dominanz, Marginalisierung, Prekarisierung und Ausbeutung.

Diese **Spiralen der Vulnerabilisierung** zeigen die sozialen Ungleichheiten auf, von denen die PM in verschiedenen Bereichen wie beim Zugang zu Bildung, Arbeit, Wohnraum und Gesundheit aufgrund ihres

rechtlichen und sozioökonomischen Status in der Schweiz, aber auch aufgrund ihrer ethnischen Herkunft und ihrer sexuellen und geschlechtlichen Identität betroffen sind.

Unter den verschiedenen Formen von Vulnerabilität wiegt die rechtliche Vulnerabilität (die im Zusammenhang steht mit dem rechtlichen Status in der Schweiz) am schwersten. Sie führt dazu, dass die PM ihre Gesundheit nicht als Priorität betrachten, obwohl sie allenfalls über Kenntnisse in diesem Bereich einschliesslich HIV/STI verfügen und Ressourcen haben, die sie mobilisieren können. Tendenziell bewirkt das eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der PM und erschwert, wie im nächsten Kapitel erläutert wird, die Intervention der AKT.

> *[...] egal ob man krank ist oder nicht, die Gesundheit ist nicht das Wichtigste. Die Gesundheit ist nicht die oberste Priorität. Sie kommt zuletzt. Das Erste: Habe ich zu essen? Kann ich mich bewegen? Wie komme ich schnell ans Geld? Wie kann ich eine Aufenthaltsgenehmigung haben, damit ich mich frei fühle? Erst dann kommt die Gesundheit. (AKT)*

Letztendlich geht es für die PM in prekären Verhältnissen in erster Linie um die Befriedigung der Grundbedürfnisse (Unterkunft und Lebensmittel) und den Erwerb einer Aufenthaltsbewilligung, von der die Möglichkeit abhängt, in der Schweiz zu bleiben und hier eine Erwerbstätigkeit auszuüben.

5.5 Ressourcen der Personen mit Migrationshintergrund

Bisher haben wir die verschiedenen Formen der Vulnerabilitäten von PM aufgezeigt. Es muss jedoch betont werden, dass die PM über Ressourcen verfügen, die sie in schwierigen Situationen mobilisieren können, wie die folgenden Analysen zeigen.

Einfallsreichtum

Eine der wichtigsten Ressourcen der PM ist die Fähigkeit, sich bestimmte Situationen zunutze zu machen und Einfallsreichtum zu zeigen, was auch von den befragten AKT häufig herausgestellt wird. Der Einfallsreichtum beruht auf den Fähigkeiten, die die PM im Laufe der Zeit erworben haben und die sich in verschiedenen **persönlichen Kompetenzen**, **Strategien** und **Taktiken niederschlagen:**

> *Die Migranten, die ich sehe, sind Menschen, die intellektuelle und psychologische Ressourcen zu haben scheinen. Die meisten sind ziemlich schlaue Leute. Ich weiss nicht, wie ich es sagen soll, ja, einfallsreich, und klug. Das sind Leute, die vielleicht nicht viel in der Schule waren und die sich sagen: 'Ich werde trotzdem ein bisschen mehr für die Schule machen. Ich werde trotzdem versuchen, mehr zu machen als die anderen'. Ich habe den Eindruck, dass sie Ressourcen haben ... Ich weiss nicht, ob familiäre, soziale, bildungstechnische, schulische. Aber sie haben Ressourcen, finde ich. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Bei der **Organisation des Alltags** werden ganz konkret persönliche Ressourcen mobilisiert. Es handelt sich um Fähigkeiten wie: nützliche Adressen zu finden, um z. B. kostenlos Mahlzeiten bekommen zu können, von einer Stadt zur anderen zu reisen, bei Bekannten von Bekannten zu übernachten, ein Bankkonto zu eröffnen, trotz fehlender sicherer Aufenthaltsbewilligung einen Handyvertrag abzuschliessen, Geld zu verdienen, Geld an einem sicheren Ort zu deponieren oder sich Post schicken zu lassen, ohne eine feste Adresse zu haben, wie in diesem Fall:

> *Ich habe momentan einen Patienten, wir kennen uns seit Jahren. Er ist ein ganz Verängstigter, er kommt und geht, er ist auch der, der mir zum Beispiel damals den Zettel*

> *gegeben hat, was man bei ihm alles testen solle, habe ihm jemand gesagt oder… Das ist ursprünglich ein Algerier, der sich einfach als Marokkaner ausgibt, weil das hier so ein bisschen besser im Ansehen ist, ja. Und dann kam vor 14 Tagen ein Brief von [Absendername]. Und der Brief war an uns adressiert. Und irgendwie ist er nun aufgeflogen und er hat unsere Adresse angegeben, weil eine eigene hat er ja nicht. (AKT)*

Das Zitat zeigt noch eine weitere Strategie auf, die darin besteht, sich als jemand auszugeben, der aus einem anderen Land als dem eigentlichen Herkunftsland kommt, da die betroffene Person davon ausgeht, dieses andere Land habe bei den Personen im Aufnahmeland ein besseres Ansehen.

Sprachen

Der Grossteil der Menschen, die wir getroffen haben, ist bereits vor der Migration **mehrsprachig**. Diese Personen sprechen mehrere der Sprachen, die in ihrem Herkunftsland und/oder in den Nachbarländern gesprochen werden. Bei Personen, die auf dem Landweg migriert sind, kommen noch die Sprachen hinzu, die sie während der Migration erlernt haben. Personen, die in anderen europäischen Ländern gelebt haben (oder noch leben), sprechen ebenfalls mehrere Sprachen (Spanisch, Portugiesisch, Italienisch, Griechisch). Und Personen, die über das AsylG in die Schweiz eingereist sind, haben allenfalls Grundkenntnisse in einer zweiten Landessprache, wenn sie Kantonen zugewiesen wurden, in denen eine andere Sprache gesprochen wird als in dem Kanton, in dem ihr Asylantrag eingereicht worden ist und in dem sie sich die ersten Monate aufgehalten hatten. Dasselbe gilt für Personen, die illegal in der Schweiz leben und sich von einem Kanton zum anderen bewegen, je nachdem, welche Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten sich ihnen bieten.

Die Sprachkenntnisse, über die diese PM verfügen, sind für die Sozialisierung mit anderen Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz hilfreich. Sie können ihnen auch den Zugang zu Informationen im Gesundheitsbereich erleichtern, vorausgesetzt, ihre Sprachen werden auch vom Gesundheitspersonal gesprochen. Dasselbe gilt für den Arbeitsbereich, auch wenn bekanntlich in der Schweiz (wie auch anderswo in Europa) nicht allen Sprachen derselbe Wert beigemessen wird und manche Mehrsprachigkeiten mehr zählen als andere.

Religiöse Überzeugungen

Drei der befragten PM bezeichnen sich selbst als Atheisten, alle anderen betrachten sich als religiös gläubig und eine grosse Mehrheit gibt an, ihren Glauben zu praktizieren. Unabhängig davon, ob sie gläubig oder gläubig und praktizierend sind und welcher Art von Religion sie sich zugehörig fühlen, drücken die Befragten ihre Dankbarkeit gegenüber Gott für die Erfahrungen und Chancen aus, die sie in ihrem Leben hatten. Dazu gehört die Erfahrung der Migration und, bei Personen, die auf dem Landweg in die Schweiz gekommen sind, die Tatsache, dass sie den Migrationsweg überlebt haben. Die Dankbarkeit gegenüber Gott bezieht sich auch auf die Gesundheit: «*Ich bin kerngesund und dafür danke ich dem guten Gott*» oder «*Ich sage mir, dass ich in meinem Leben dem Heiligen Geist begegnet bin*». Für gläubige Menschen ist Gott eine wichtige Hilfe: «*Ich glaube an Gott und bete. Gott macht alles. Er reicht dir die Hand und du musst dich hingeben*». Er gibt **Kraft, um weiterzumachen** und sehr schwierige Situationen zu bewältigen – Situationen wie die der Frau, die Opfer von Menschenhandel wurde und mehrere Jahre unter der Kontrolle einer Menschenhändlerin gelebt hat.

> *Was hilft mir, um weiterzumachen? Es ist Gott, der mir die Kraft gibt, weiterzumachen. Es ist Gott, ja, der mir die Kraft gibt. Ich bin eine Christin. Ich bete und gehe zur Messe. Wenn ich nicht zur Messe gehe, schaue ich mir die Messe auf dem Handy an. Sie machen es live. So wie heute Morgen, da habe ich es gemacht, von 7 bis 8 Uhr. Und das gibt mir Kraft. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Von den fünf **Menschen, die mit HIV leben** und die wir getroffen haben, messen vier Personen der Religion einen sehr wichtigen Platz in ihrem Umgang mit der Krankheit bei. Sie geben an, dass der religiöse Glaube ab dem Zeitpunkt der Diagnose eine wertvolle Unterstützung war. Aus dem Glauben an Gott schöpfen diese Menschen die Kraft, um nach der HIV-Diagnose, die als «*Schock*» beschrieben wird, weiterzumachen. Eine der befragten Personen schreibt Gott sowohl menschliche als auch fachliche Qualitäten und Fähigkeiten zu und vergleicht ihn mit einem Psychologen:

> *Ich bin nicht zu einem Psychologen gegangen, weil ich gesagt habe: 'Nein, ich will es selbst versuchen, weil ich nicht davon abhängig sein will, zu gehen ...'. Ich wollte nicht davon abhängig sein, weisst du, das zu akzeptieren. Und ich glaube an Gott, ich habe einen sehr grossen Glauben an Gott und so habe ich viel von ihm gelernt, sodass ich gesagt habe: 'Nein, das geht vorbei'. Und deshalb war es für mich sehr wichtig, dass ich gesagt habe: 'Nein ich muss ... kämpfen, und dann wird es bald besser', und das hat mir sehr geholfen. [...] ich hänge so sehr an Gott. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Während des gesamten Verlaufs ihrer Krankheit war der religiöse Glaube – unabhängig davon, welcher – für die Menschen, die mit HIV leben, wichtig. Gott wird als eine konstante, vertrauenswürdige Präsenz beschrieben, die sie unterstützt und ihnen hilft, schwierige Zeiten zu bewältigen, und dank derer sich die betroffenen Personen nach eigenen Angaben besser fühlen.

> *Mir hat die Religion sehr geholfen, weil du dir trotz allem sagst, dass Gott da ist ... Gott hilft uns, durchzuhalten ... Ohne das, nein, hätte ich es nicht geschafft. Wenn jemand Christ ist, hält er sich daran fest, wenn jemand Muslim ist, hält er sich daran fest, weil man es sonst nicht schafft. Bei der Krankheit, bei allem, bei jeder Erfahrung, die man macht, kommt noch etwas dazu. Wenn du diese Ressource nicht hast, wenn du nichts hast, woran du dich festhalten kannst ... Religion ist das, man hält sich an der Religion fest, weil es einem sonst nicht gut geht. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Der religiöse Glaube hilft dabei, weiterzumachen, aber auch, um zuversichtlich in die Zukunft zu blicken. Ein religiöser Mensch vertraut sich beispielsweise Gott an, damit er behandelt und vielleicht eines Tages geheilt wird: *«I pray God to always have medication, I pray that one day the scientists will find the cure. I pray to God that they will find a solution, one day, that there will be a cure for that*».

Soziale Netzwerke

Die sozialen Netzwerke der Befragten sind in ihrer **Zusammensetzung variabel**. Sie unterscheiden sich von Person zu Person sowohl in der Dichte (Anzahl der Beziehungen) als auch in der Vielfalt (homogene oder heterogene Netzwerke im Hinblick auf den rechtlichen Status und die ethnische Herkunft der Personen im Netzwerk). Diese Unterschiede hängen von mehreren Dimensionen ab, wie dem Alter der Person, dem Weg der Einreise in die Schweiz und dem Rechtsstatus, dem Wohnort (Grossstädte, Städte oder Dörfer), der Aufenthaltsdauer in der Schweiz, den Tätigkeiten, den wirtschaftlichen Ressourcen (zum Ausgehen,

für Freizeitaktivitäten usw.) sowie dem Erwerb bestimmter sozialer Kompetenzen und Ressourcen, darunter die Kenntnis einer Landessprache.

> *Wissen Sie, wenn man mehrere Jahre in einem Land verbringt und höflich zu den Menschen ist, schliesst man Freundschaften mit einigen Menschen, die ... die gastfreundlich sind, die wohlwollend sind, die versuchen, ich meine, zu helfen. So habe ich also Leute kennengelernt, die mir die Tür geöffnet haben, die wissen, dass ich jemand bin, der – ehrlich – seinen Lebensunterhalt verdienen will, ohne Lügen, und die mir erlauben, bei ihnen zu sein, zwei, drei Sachen zu machen und so weiter. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Da die meisten der Befragten allein migriert sind und keine vorherigen Kontakte in der Schweiz hatten, besteht ihr soziales Netzwerk eher aus Kontakten zu anderen PM und in der Schweiz lebenden Personen als zur Herkunftsfamilie. Zu ihrer Familie, von der häufig einige Mitglieder im Herkunftsland geblieben sind und andere andernorts (in Europa oder anderswo) leben, halten die Befragten nach eigenen Angaben Kontakt, verschweigen ihnen aber die im Migrationskontext erlittenen Schwierigkeiten. Die Familienmitglieder sind für sie in dieser Hinsicht keine Unterstützung.

Die am häufigsten von den befragten PM genannten sozialen Netzwerke sind die **Partner*innen**, die sie in der Schweiz kennengelernt haben, allfällige **Kinder**, **Freund*innen sowie Bekannte**, die den **ethnischen** und **religiösen Gemeinschaften** angehören oder auch nicht. Die Partner*innen können eine moralische, wirtschaftliche und sogar rechtliche Ressource darstellen (Erwerb der Aufenthaltsbewilligung durch Heirat), aber wie wir gesehen haben, können sie die PM auch einer zusätzlichen Vulnerabilität aussetzen, wenn die Machtverhältnisse zwischen den beiden Partner*innen ungleich sind.

Kinder hingegen werden ausschliesslich als Ressource beschreiben, um die Schwierigkeiten des Alltags zu bewältigen: «*Die Tatsache, dass man ein Kind hat, bedeutet, dass man sich zusammenreisst, dass man sich nicht gehen lassen kann ... Wenn meine Tochter nicht hier wäre, dann weiss ich nicht, wo ich wäre. Ich weiss nicht, wo ich wäre. Ich wäre ... in diesem Moment vielleicht nicht hier, um mit Ihnen zu reden ...*»

Freund*innen und Bekannte bilden eher heterogene soziale Netzwerke. Die Kontakte werden auf informelle Weise je nach Gelegenheit geknüpft, bei Treffen im öffentlichen Raum, an Sozialisationsorten wie Cafés oder bei Aktivitäten im Rahmen der Nachbarschaft oder anderer Gemeinschaften. Die Personen, mit denen die befragten PM in Kontakt kommen, gehören verschiedenen Nationalitäten an. Ein Teil dieser Personen hat ebenfalls eine Migrationsgeschichte. Dass sie die Migrationserfahrung miteinander teilen, trägt zum Beziehungsaufbau über ethnische Unterschiede hinweg bei. Ein anderer Teil wird von den befragten PM über die Schweizer Staatsangehörigkeit, den Aufenthaltsstatus (in der Schweiz niedergelassene Personen) oder über die Hautfarbe («*die Weissen*») identifiziert. Je unsicherer der rechtliche Status der PM ist (Sans-Papiers, Aufenthaltsbewilligung N, F), desto eher bevorzugen sie Kontakte zu «*den Schweizern*», von denen sie sich sowohl moralisch als auch materiell stärker unterstützt fühlen.

> *Ich habe Glück, ehrlich, dass ich so, so viele Leute kenne ... weil es gibt Afrikaner, die seit 30 Jahren hier sind und niemanden kennen. Ich kenne viele Leute in [Name der Stadt]. Ich kenne viele Schweizer, nur Schweizer, Schweizer, Schweizer ... [...] Aber ich denke, ehrlich, die Unterstützung, die ich in der Schweiz bekommen habe, kam zu 98 % von Schweizern, nicht von meiner Gemeinschaft, weil ich nie, nie, nie, nie jemanden um einen Franken gebeten habe. Ich habe darum gebeten, mir Arbeit zu besorgen. Und das funktioniert bei den Schweizern: 'Ah, da ist der, der braucht jemanden für einen Tag, für zwei, drei Stunden'. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Die Kontakte entstehen nach und nach auf informelle Weise und werden oft bei «*Gelegenheitsarbeiten*» oder «*Gelegenheitsjobs»* geknüpft: «*Stell dir vor, es gibt eine Person, die ich kenne, die mir sagt: 'Ich habe einen Gelegenheitsjob', und dann gehe ich los und helfe ihr. Und wenn er einen Freund hat, der eine Gelegenheitsarbeit hat, dann werde ich ihm auch helfen. Er kontaktiert mich und so läuft das.»*

Zwar berichten mehrere Befragte, dass sie Kontakt mit «*der Gemeinschaft*» haben, aber niemand spricht von einem starken Gefühl der ethnischen Identifikation, sondern eher von dem Versuch, die Identifikation beispielsweise durch Kontakte mit Landsleuten aufrechtzuerhalten, die in der Nachbarschaft leben und in einem kleinen ethnischen Unternehmen arbeiten. Überdies sind die **Erfahrungen** mit den **Herkunftsgemeinschaften**, von denen die befragten PM berichten, **uneinheitlich**. Wie bereits erwähnt, berichten sie von **negativen Erfahrungen mit Ablehnung und Diskriminierung** innerhalb ihrer ethnischen Gemeinschaften. Jüngere Personen, die allein in die Schweiz gekommen sind, nehmen die Gemeinschaft als die Organisation wahr, die ihr Leben und insbesondere ihr Sexualleben kontrolliert. So wird es besonders von jungen Frauen empfunden:

> *Ich habe ein bisschen versucht, mich von der Gemeinschaft zu distanzieren, weil es schwierig ist. Ich bin wütend auf die Gemeinschaft, weil sie Kontrolle ausüben. Es gibt viele junge Leute, auch Freundinnen, die nicht in diese Gruppen von [Menschen ihrer Herkunft] kommen. Sie heiraten Weisse und treten aus der Gemeinschaft aus, weil sie sich verurteilt fühlen. Früher habe ich das nicht akzeptiert ... Warum ist sie ausgetreten? Warum ist sie gegangen? Jetzt verstehe ich es, es liegt daran, dass es so viel Bewertung gibt. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

So entsteht der Wunsch, sich von der Herkunftsgemeinschaft zu distanzieren, eine Distanzierung, die nach und nach erfolgt. Die Beziehungen zur Gemeinschaft werden mit der Zeit in der Schweiz tendenziell weniger häufig und weniger wichtig:

> *Ich habe am Anfang alles gesucht, was mir ähnlich war [...] Weil ich meine Sprache gesprochen habe, war ich nicht verlegen, denn wenn man sich nicht so gut auskennt, wenn man sich sogar auf der Strasse nicht so gut auskennt, fühlte ich mich am Anfang nicht wohl. Man ist also ein bisschen verloren. Auch die Menschen sind sehr, sehr kalt. Aber dann habe ich nach und nach verstanden, dass man manchmal reden muss, hallo sagen muss und dann bekommt man eine Antwort ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Einige der befragten PM betonen die **Solidarität** unter Landsleuten, die sich z. B. in Form von Angeboten für Gelegenheitsarbeiten äussert, und sie erwähnen die guten Beziehungen, die sich bei Freizeit- und Festaktivitäten wie Grillfesten oder Aperitifs nach der Arbeit zeigen.

> *Ich habe zuerst einen italienischen Maler kennengelernt, also hat er mich mitgenommen, ich war die ganze Zeit bei ihm, ich habe keine Ausbildung als Maler, aber wenn es darum ging, die Wände abzureissen, dann habe ich das gemacht [...] Dann habe ich Afrikaner kennengelernt, die Container für Afrika gemacht haben und Arbeitskräfte brauchten. Also habe ich auch mit diesen Leuten gearbeitet, bis ich die Person kennengelernt habe, mit der ich die Umzüge mache, der ist auch ein Afrikaner. [...] Es gibt Afrikaner, die unter Landsleuten überhaupt nicht nett sind, aber die zwei, mit denen ich seit einiger Zeit zu tun habe, sind gute Leute. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Diese Solidarität erstreckt sich auch über transnationale Netzwerke, da die PM Geld in ihre Herkunftsländer schicken (Rimessen). Spezifisch in Bezug auf das vorliegende Thema ist interessant, dass

die Netzwerke auch als Medium für den Transfer von im Migrationskontext erworbenem Wissen über HIV/STI fungieren. Die PM werden so ihrerseits zu Ressourcen:

> *Der Vorteil daran ist, in diesen Lokalen, wo wir die Leute sensibilisieren, die nehmen die Informationen, aber sensibilisieren nicht hier in der Schweiz, sondern zurück in ihrer Heimat und ihren Familienkreisen. Und wir bekommen immer wieder ein Feedback, wenn jemand nach Hause gegangen ist und dann kommt sie und sagt 'Ja wisst ihr, dort sind sie auch, sie kommen schon langsam mit diesen Themen, sie können schon langsam darüber sprechen'. Und dann für uns ist das schon mal ein Erfolg. (AKT)*

Die PM betreiben also transnationale Prävention: «*Ein Typ, der schon seit zwanzig Jahren in der Schweiz lebt und gut Französisch spricht und der ... der zum Checkpoint gegangen ist, seinen Kumpel auf der Durchreise aus Nigeria zum Checkpoint mitnimmt, um sich testen zu lassen und die PrEP zu machen. Also das soziale Netzwerk, Freunde*» (AKT, übersetzt aus dem Französischen).

6 Interventionsmassnahmen im Bereich HIV/STI und Migration

Die beruflichen Praktiken, die die Gesundheit im Zusammenhang mit HIV/STI von PM betreffen, finden hauptsächlich in zwei Interventionsbereichen statt: im Bereich HIV/STI und im Bereich der sexuellen Gesundheit.

Unsere Analyse hat gezeigt, dass es viele verschiedene Arten von Interventionen und beruflichen Praktiken gibt, die sich je nach den Aufgaben der jeweiligen Einrichtungen, ihrer Rechtsform (öffentlicher Dienst oder Verein), ihrer lokalen und nationalen institutionellen Verankerung, den Zielgruppen[18], die sie erreichen, und der Bandbreite der angebotenen Dienstleistungen (medizinische, psychologische, soziale, rechtliche, spirituelle usw.) unterscheiden. Die intra- und interinstitutionelle Kooperationen, die die Akteur*innen mit den Mitgliedern ihres Netzwerks von Akteur*innen (das mehr oder weniger breit sein kann) pflegen, spielt ebenfalls eine Rolle im Alltag der AKT.

Auch wenn sich die tägliche Arbeit unterscheidet, berichten die AKT, die im Bereich HIV/STI und Migration tätig sind, von den gleichen strukturellen und institutionellen Zwängen und sie stützen sich auf ähnliche Ansätze und Prinzipien.

In diesem Kapitel stellen wir die beruflichen Praktiken der AKT vor, die wir getroffen haben:

- die Interventionen in den Bereichen HIV/STI und sexuelle Gesundheit/Sexualität;
- die von den AKT gewählten Ansätze, Prinzipien und verwendeten Instrumente;
- die intra- und interinstitutionellen Kooperationen;
- die strukturellen und institutionellen Zwänge, die die Rahmenbedingungen für die beruflichen Praktiken bilden.

6.1 Interventionen im Bereich HIV/STI und sexuelle Gesundheit/Sexualität

Die beruflichen Praktiken und Angebote, die von den befragten AKT erwähnt werden, beinhalten je nach Bandbreite des Betreuungsangebots **differenzierte Interventionsskalen.** Diese Skalen sind hauptsächlich in drei Interventionsbereichen angesiedelt:

1) Die erste und spezifischste Ebene beschränkt den Aktionsradius der Interventionen auf den **Bereich HIV/STI**. Formal ist diese Interventionsebene für Strukturen wie die regionalen Fachstellen der AHS typisch.

2) Die zweite Ebene ist weniger spezifisch und dehnt die Interventionen generell auf den Bereich der **Sexualität** und der **sexuellen Gesundheit** aus. Der Bereich HIV/STI ist auf dieser Ebene nur ein Aspekt unter vielen. Auf dieser Interventionsebene sind Strukturen wie die Zentren für sexuelle Gesundheit und die Familienplanungsstellen tätig.

3) Die dritte und umfassendste Ebene umfasst Interventionen, bei denen die **Gesundheit im Allgemeinen** berücksichtigt wird. Diese Interventionsebene kennzeichnet typischerweise die beruflichen Praktiken der AKT, die Strukturen wie der Nationalen Plattform Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers angeschlossen sind. Wie sich zeigen wird, sind jedoch auch andere Strukturen wie die regionalen Fachstellen der AHS oder NGOs, die im Bereich der

[18] Je nach Art und Bereich der Einrichtung werden die Personen, die sie besuchen, von den befragten AKT als «Begünstigte», «Kund*innen»", «Patient*innen» oder «Mitglieder» bezeichnet. Um zu vermeiden, dass hier eine Kategorie auf Kosten der anderen verwendet wird, bezeichnen wir sie als Personen, die die Einrichtungen aufsuchen, oder als PM.

Sexarbeit tätig sind, auf dieser Interventionsebene einzuordnen, da sie ein umfassendes Gesundheitsverständnis zugrunde legen.

Unabhängig von der Bandbreite des Betreuungsangebots der Institutionen, denen die befragten AKT angehören, gibt es in der Schweiz zahlreiche spezifische Programme und Angebote, die sich an die Migrationsbevölkerungen in der Schweiz richten. Aus ethischen Gründen vermeiden die Verantwortlichen für die Förderung dieser Programme zwar eine offizielle Erwähnung der Kategorien von PM, auf die ihre Interventionen vor Ort abzielen, doch in den meisten Fällen entsprechen die von den Akteur*innen angesprochenen Gruppen den Bevölkerungsgruppen, die aus epidemiologischer Sicht aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz kommen, z. B. Bevölkerungsgruppen aus Subsahara-Afrika.

6.1.1 Intervention im Bereich HIV/IST

In Bezug auf die beruflichen Praktiken, die speziell den Bereich HIV/STI betreffen, wurden von den befragten AKT die folgenden fünf Interventionsformen thematisiert: **Sensibilisierung**, **Testung**, **Behandlung, Begleitung** und **Weitervermittlung**.

Sensibilisierung: Beratung, Informationsvermittlung und Aufklärung

Die meisten der befragten AKT leisten in mehr oder weniger grossem Umfang Sensibilisierungsarbeit. Diese besteht hauptsächlich darin, die professionellen Tätigkeiten zu **Beratung**, **Informationsvermittlung** und **Aufklärung** voranzutreiben. Diese Arbeit wird wiederum entweder in den Einrichtungen durchgeführt, denen die befragten AKT angehören (oder in den Strukturen der institutionellen oder zivilgesellschaftlichen Kooperationspartner) oder ausserhalb der Institutionsräume, im Rahmen von aufsuchender Arbeit an Orten, an denen die Zielgruppe direkt erreicht und sensibilisiert werden kann (Strasse, Gemeinschaftseinrichtungen, Fest- und Sportveranstaltungen, Asylunterkünfte usw.). Diese Interventionsform zielt sowohl auf die Sensibilisierung als auch auf die Überprüfung des Wissens über HIV/STI in der Zielgruppe ab.

Die Sensibilisierungsthemen, die im Rahmen der von den AKT geleisteten Beratungs- und Informationsarbeit angesprochen werden, sind vielfältig:

- Information und Beratung zu HIV/STI (Übertragungswege, Behandlungen, Nichtnachweisbarkeit usw.);
- Information und Beratung zu Tests;
- Information und Beratung zur Risikominderung durch Schutzmöglichkeiten (Kondome, Latextuch); Verteilung und Bereitstellung von Schutzmaterial;
- Information und Beratung zur Risikominderung durch PEP und PrEP;
- Information und Beratung über die Rechte als Mensch, der mit HIV lebt.

Auf praktischer Ebene kann diese Informations- und Beratungsarbeit die Verteilung von Broschüren und Präventionszubehör wie Kondomen umfassen:

> *Wir arbeiten mit Läden für afrikanische Produkte in der Schweiz zusammen. Mit Friseursalons arbeiten wir immer weniger, aber wir haben noch einige Kontakte zu Friseursalons für Männer, gemischte Gruppen usw., wo wir oft Präventionszubehör hinterlegen. Die Geschäftsführer rufen uns an und sagen: 'Ich habe keine Kondome mehr'. Also bringen wir ein paar vorbei. Wenn wir Leute treffen, können wir reden, dann haben wir die Möglichkeit zu reden. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Eine PM berichtet, wie die Prävention in der Asylunterkunft, in der sie lebt, durchgeführt wird. Sie schätzt die Interventionen einer regionalen Fachstelle der AHS, hat aber Vorbehalte gegen den Zugang zu Kondomen in der Unterkunft:

> *Sie kommen in die Unterkunft und machen Präventionsarbeit ... ich weiss nicht mehr, wie die Organisation heisst ... Es gibt ein Blatt, sie erklären es dir, sie geben es dir zu lesen, sogar in unserer eigenen Sprache, in der Sprache, in der wir uns wohler fühlen. Und dann sagen sie dir auch, dass Kondome zur Verfügung stehen, aber man muss hingehen und einen Antrag stellen [er lacht]. [...] Die Leute könnten sie sich holen, aber die Sache ist, dass es in der Unterkunft auch Kameras gibt ... Wenn du in diese Ecke gehst, weiss jeder, was du vor hast ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Es gibt auch Sensibilisierungsintervention im Rahmen von **Kursen**, bestehend aus einem theoretischen und einem praktischen Teil. Um über die Verwendung von Kondomen zu sprechen, verwenden die betreffenden AKT bei dieser Interventionsform beispielsweise einen künstlichen Penis und fordern die Teilnehmer*innen auf, zu zeigen, wie sie ein Kondom überziehen oder überziehen würden (falls sie noch keine praktischen Erfahrungen damit haben).

Diese Informations- und Beratungsarbeit beinhaltet ergänzend auch **Aufklärung,** die von den befragten AKT auf verschiedenen Ebenen durchgeführt wird:

- Inerfahrungbringung, was die Menschen bereits über STI und Schutzmöglichkeiten wissen, wobei ethnozentrische Werturteile vermieden werden sollten;
- Aufklärung über Sexualpraktiken und Beratung zu HIV-Tests.

Die befragten AKT, die diese Themen angesprochen haben, betonen, wie wichtig diese Arbeit ist, um die Diskussion zu eröffnen und den Übergang von Information und Beratung zu spezifischen Themen zu erleichtern. Vom Vorwissen der PM auszugehen, sei Teil einer sehr effektiven Einstiegsstrategie, die darauf abzielt, die Verhaltensweisen in Bezug auf das Sexualleben der PM im Herkunftsland besser zu verstehen (Paarbeziehung, Verhältnis zur Sexualität usw.):

> *Also für mich ist es eine gute Praxis, mit der Person zu schauen, was sie eigentlich macht. Und dann kann man Fragen stellen. Ich trete absichtlich in ein Fettnäpfchen. Ich sage: 'Wie ist das bei euch?' Im Grunde darf man so etwas fragen, man kann ja schliesslich nicht Experte für alle Kulturen sein ... (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Eine weitere Strategie, die sich als sehr wirksam erwiesen hat, ist das Ansprechen des tatsächlichen Wissens der PM über Tests, Kondome und Behandlungen, um sensible Themen wie Gewalt in die Diskussion einzubringen. Je nachdem, welche Erfahrungen auf diesem Weg aufkommen, geht es dann darum, die Personen an geeignete Betreuungsstellen zu verweisen:

> *Wenn man diese Fragen stellt, sagt jemand: 'Ich bin müde, aber er will ständig Sex haben. Aber wir haben drei Kinder und ich kümmere mich zu Hause um alles'. Oder es gibt solche Fragen: 'Mein Mann hat Erektionsprobleme, aber ich bin froh, weil er mich misshandelt, also habe ich ... '. Das kommt also alles raus. Und dann sagen wir: 'Aber wissen Sie, dass man in der Schweiz niemanden schlagen darf?'. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

In Bezug auf den spezifischeren Bereich der **Sexarbeit** erwähnt eine Interviewpartnerin, dass in dem Kanton, in dem sie arbeitet, **allgemeine Informationsveranstaltungen** besucht werden müssen, bevor jemand eine Bewilligung für die Ausübung von Sexarbeit erhält.

> *Es gibt eine Powerpoint und sie folgen jeder Folie, ob es nun um Rechte, Pflichten, Versicherungen, AHV geht oder die Finessen des Berufs, Safer Sex, alles im Zusammenhang mit den Mieten, wie es normalerweise in den Salons läuft, die Prozentsätze, die Preisangleichung an die Konkurrenz [...]. In Bezug auf die Gesundheit, was passiert, wenn eine Frau angegriffen wird, wie die Polizei vorgeht, rechtlich usw. [...] Die Informationsveranstaltung dauert etwa eineinhalb Stunden und am Ende wird ein schriftlicher Leitfaden, der in alle Sprachen übersetzt ist, verteilt. Also können sie danach noch einmal nachlesen. Sie sind aber trotzdem verpflichtet, die Veranstaltung zu besuchen, um die Bewilligung zu erhalten. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Dieselbe Befragte ist der Meinung, dass solche Veranstaltungen in allen Kantonen der Schweiz stattfinden sollten.

HIV/STI-Tests

In den Einrichtungen, denen die befragten AKT angehören, werden am häufigsten Tests auf HIV, Chlamydien, Gonorrhö und Syphilis durchgeführt.

In der Schweiz gibt es verschiedene HIV-Testtypen: «Schnelltests», «Labortests», «mobile Tests» und «Selbsttests». Im Allgemeinen wird der **Schnelltest** aus technischen Gründen vor allem in den regionalen Fachstellen der AHS, den Zentren für sexuelle Gesundheit, in Einrichtungen, die im Bereich Sexarbeit tätig sind, und in anderen niederschwelligen Einrichtungen durchgeführt. Er hat den Vorteil, dass er schnell (nach 20 Minuten) und zuverlässig ein Ergebnis liefert und bei einem positiven Ergebnis sofort eine anonyme und vertrauliche Einzelberatung möglich ist. Bei einem **Labortest** liegt das Ergebnis erst relativ spät vor, da der Verwaltungsprozess umfangreicher ist (das Ergebnis liegt frühestens nach drei Tagen vor). Der **mobile Test**, ebenfalls ein Schnelltest, hat den grossen Vorteil, dass er von spezialisierten AKT zu Einsätzen vor Ort mitgenommen werden kann und der Test nicht in einem Zentrum oder Labor durchgeführt werden muss. Der **Selbsttest**, der seit 2018 auf dem Markt leicht erhältlich ist (in Apotheken und online), ermöglicht die individuelle Anwendung zu Hause.

Mehrere der Einrichtungen, denen die befragten AKT angehören, bieten HIV/STI-Tests als Teil ihres Angebots an. In den meisten Fällen handelt es sich bei den Tests, die die Interviewpartner*innen verwenden, um den ersten oder den zweiten Typ. Der erste Typ wird verwendet, wenn ihre Einrichtung selbst über die Kompetenzen und Infrastruktur für die Durchführung der Tests verfügt. Ist das nicht der Fall, greift die Einrichtung auf den zweiten Typ zurück, bei dem die Blutproben von einer kompetenten Zwischenstelle analysiert werden müssen. Beim zweiten Verfahren braucht es daher bis zum Vorliegen der Ergebnisse eine gewisse Zeit.

Die dritte und vierte Testmöglichkeit (**mobiler Test** und **Selbsttest**) sind unter den befragten **AKT**, die viel Zeit vor Ort verbringen, **umstritten.** Die praktischen Vorteile der mobilen Tests werden zwar nicht infrage gestellt, aber diejenigen, die diese Tests kritisieren, weisen darauf hin, dass in gewissen Interventionskontexten der Aufbau des Vertrauens seitens der Zielgruppe gefährdet werden kann:

> *Die meisten Tests finden vor Ort bei uns in der Geschäftsstelle statt. Ich denke, das ist gegeben durch die Infrastruktur, die es halt braucht, um so einen Test zu machen, Vertraulichkeit, und wir sind echt zentral unser Büro und ich denke, dass sind Punkte, wo wir dahinterstehen können und sagen: 'Ok, wir machen es jetzt vor Ort'. Wenn wir auswärts testen gehen, ist die Problematik immer sehr schnell mit der Vertraulichkeit, mit den*

> *entsprechenden Räumen und jetzt in einem Heim z. B. finde ich, ist es suboptimal, weil die Leute dann doch auch zu viel kommen. (AKT)*

Eine auf Sexarbeit spezialisierte AKT, die genauso kritisch ist wie der Autor des vorherigen Zitats, weist insbesondere auf den unpassenden und kontraproduktiven Charakter dieses Testtypen hin, der dazu beitragen könnte, dass es zu einem Klima allgemeinen Verdachts am Arbeitsplatz von Sexarbeiter*innen kommen könnte:

> *Wir machen keinen Schnelltest, weil man ist in einem Bordell, sind andere Frauen da, klar ich nehme die Frau separat in ein Zimmer, es gibt Aufklärung, es gibt das Ganze, was man machen sollte. Aber hätte ich jetzt einen Schnelltest und würde es z. B. etwas positiv erscheinen, wäre eine totale Katastrophe. Weil, das würden alle anderen mitbekommen und das könnte einfach für die Frau, sie könnte zusammenbrechen, was ist passiert und dann gibt es einfach ein Desaster. (AKT)*

Von den befragten **PM** hingegen wurden die Schnelltests am Arbeitsplatz **nicht infrage gestellt**. Im Gegenteil, eine Person sagt, dass sie diese sehr schätzt:

> *Für mich ist es praktisch, weil ich arbeite; wenn ich ins Labor gehen muss, ist es weniger praktisch. Ich habe zum Beispiel vor Kurzem einen für COVID-19 gemacht, ich bin ins Labor gegangen und man hat mir Blut abgenommen. Ich bin nicht geblieben und die Ergebnisse wurden mir per E-Mail zugeschickt. Aber ansonsten sind die HIV-Tests vor Ort, das ist praktisch. [Vorname einer AKT] sagt mir Bescheid, wenn sie vorbeikommen, um die Tests zu machen, wenn es eine Präventionskampagne gibt, und die, die wollen, machen einen. Ich habe immer einen gemacht, alle sechs Monate. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Einer der befragten AKT verweist kritisch darauf, dass dieser Testtyp z. B. für Interventionen im Rahmen von kulturellen Veranstaltungen, zu denen die Menschen hauptsächlich wegen der Unterhaltung gehen, unangebracht ist. In diesem Kontext ist der mobile Test genauso problematisch wie im vorherigen Fall. Ein solcher Test würde nicht nur zu einem Stressfaktor werden, der die festliche Stimmung der Veranstaltung trüben könnte, sondern könnte auch zu **zusätzlicher Stigmatisierung** führen, wenn er beispielsweise bei Weltmusikfestivals wie dem Swiss African Festival eingesetzt würde, die einem bereits stigmatisierten Kontinent gewidmet sind:

> *An Partys testen ist schon immer so die Frage: Ist das der Ort, das Setting dafür überhaupt? Also wir merken es schon nur bei aufsuchender Arbeit, wie es schwierig sein kann über unsere Themen überhaupt zu sprechen an so Partys, wo man vielleicht nicht gerade Lust hat über HIV, über STI zu sprechen, sondern eigentlich für die Party dorthin geht. Und dann noch Tests anbieten, das ist nicht unbedingt das Setting, das es braucht. […] wir sind auch schon an einem SwissAfricanFestival gewesen, um HIV-Tests anzubieten, probeweise, es war ein Test, um zu schauen, wird das überhaupt angenommen? (AKT)*

In Bezug auf den vierten frei erhältlichen Testtypen (**Selbsttest**) kritisieren einige AKT, dass dieses individuelle Testverfahren zwar relativ billig ist, aber keine **Beratung** zur Anwendung und **keine Unterstützung** im Falle eines HIV-positiven Testergebnisses beinhaltet. Dies kann sich als psychologisch äusserst problematisch erweisen, je nachdem, wie die betroffenen Personen auf ein solches Ergebnis reagieren.

Was die finanzielle Ebene betrifft, so sind HIV/STI-Tests kostenpflichtig (der offizielle Preis variiert je nach Einrichtung), ausser bei Präventionskampagnen, die von bestimmten Einrichtungen wie den regionalen

Fachstellen der AHS organisiert werden. Ihm Rahmen solcher Kampagnen wird das Zielpublikum zu **kostenlosen HIV-Tests** eingeladen.

> *Unser Ziel ist ihnen zu sagen, es gibt eine Anlaufstelle, wo man sich testen lassen kann, um seinen Status zu wissen. Und wir räumen ihnen auch die Möglichkeit ein, im November kann man sich sogar gratis testen lassen. Also ja, diese GET TESTED-Kampagne, die wir jedes Jahr machen, dort kann jeder seinen Status wissen und das ist wichtig. […] Weil HIV-Test ist kostenpflichtig. Und jemand in einer prekären Situation kann sich die 60 Franken nicht leisten. Und genau das versuchen wir möglichst zu sensibilisieren und ihnen zu sagen: 'Passen Sie auf, im November gibt es eine Möglichkeit, sich gratis zu testen'. (AKT)*

In der Praxis kann in einigen niederschwelligen Einrichtungen oder regionalen Fachstellen der AHS über eine **Vergünstigung** der **Preise** für die Tests je nach den finanziellen Möglichkeiten der Betroffenen gesprochen werden. Können sie die Tests nicht bezahlen, wie es bei Sans-Papiers häufig der Fall ist, erhalten sie die Tests kostenlos. Diese Dimension der **Unentgeltlichkeit** und des Zugangs zur Primärprävention für alle Personen, unabhängig von ihrem rechtlichen Status und ihren wirtschaftlichen Ressourcen, wird von den befragten **PM sehr geschätzt:**

> *[Name einer regionalen Fachstelle der AHS] ist sehr wichtig, weil es dort viele Leute gibt, die sich kennen. Wenn du Kondome willst, kannst du dorthin gehen, wenn du eine Risikosituation hattest, wenn du ein Sans-Papiers bist und keine Versicherung hast, machen sie die Tests. Und es ist eine Gruppe von Leuten ... du fühlst dich wie zu Hause, denn ja, wenn du dorthin gehst, aber kein Geld hast, sagen sie dir: 'Mach dir keine Sorgen, wir können den Test machen.' (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Die Möglichkeit, die Tests **jederzeit** durchführen zu können und die **Ergebnisse schnell** zu erhalten, wird ebenfalls **sehr geschätzt**. Diese Aspekte können die PM dazu bringen, Strategien zu verfolgen, um von den Vorteilen zu profitieren, darunter auch der Wechsel von einem Kanton zum anderen.

> *Eigentlich möchte ich diesen Test alle 6 Monate machen. In [Name einer Stadt] ist es einfacher, weil es tatsächlich einen Arzt gibt, der ein bisschen Spanisch und Portugiesisch spricht und es ist gratis. Hier in [Name der Stadt, wo er lebt] weiss ich eben nicht genau, ob es gratis ist oder nicht und es ist nur jeden Montag. In [erste Stadtname] kann ich jederzeit gehen. Gleichzeitig muss ich überlegen, wenn ich dort gehe, muss ich das Ticket kaufen, aber hier kenne ich es eben noch gar nicht. […] Aber eben, dass es nur Montag ist, finde ich etwas kompliziert, weil dann muss ich eine Woche warten, bis das Resultat kommt. (PM)*

Gewisse soziale Merkmale mit dem medizinischen Personal gemeinsam zu haben, wird ebenfalls **geschätzt** und trägt dazu bei, dass sich die Menschen bei der Betreuung verstanden und wohlfühlen. Dabei kann es sich beispielsweise um die Sprache und/oder das Geschlecht handeln. Diese Merkmale werden insbesondere von nicht-hetero-cis Personen angesprochen.

> *Sie haben mich immer sehr, sehr gut behandelt. Ich habe mich immer sehr gut verstanden gefühlt. Und dann ganz besonders, weil die Ärztin war auch Brasilianerin und bei ihr war es besonders gut. (PM)*

> *She's a female doctor. And I felt comfortable with her. I never had a problem with her. (PM)*

Die **institutionellen Kontexte**, in denen die befragten PM angeben, Tests – insbesondere für HIV (weniger für andere STI) – durchgeführt zu haben, sind sowohl in geografischer als auch in zeitlicher Hinsicht **unterschiedlich**. So geben mehrere PM an, dass sie sich in ihrem Herkunftsland, vor der Migration oder

bei einer (oder mehreren) Reise(n) ins Heimatland getestet haben. Zum Teil haben sie die Tests auch in anderen europäischen Ländern durchführen lassen, in denen einige einen Asylantrag gestellt oder eine Aufenthaltsbewilligung erhalten haben. Die Personen, die häufiger umherziehen, berichten, dass sie sich in verschiedenen Ländern, in denen sie gelebt haben, haben testen lassen, insbesondere wenn sich die Möglichkeit kostenloser Tests ergab, z. B. in England oder Deutschland.

> *Im August war ich in Deutschland und da gibt es so ein Verein für Sexarbeiter und dort habe ich die Gelegenheit genutzt, mich testen zu lassen, weil alles gratis war. Ich habe alle möglichen Tests gemacht und alle waren negativ. Und ich habe mir vorgenommen, oder, ich mach das alle 6 Monate. Aber wenn ich einen Verdacht habe oder irgendeine vielleicht eine riskante Situation hatte, dann sogar jeden 3 Monat. (PM)*

Die **institutionellen Kontexte**, in denen die befragten PM in der **Schweiz** Tests durchgeführt haben, variieren:

- Unterkünfte für Asylsuchende und Geflüchtete;
- regionale Fachstellen der Aids-Hilfe Schweiz (AHS);
- Arbeitsorte für Sexarbeit (Schnelltests, die von den regionalen Fachstellen der AHS oder von Vereinen, die im Bereich Sexarbeit tätig sind, organisiert werden);
- Spitäler (Abteilungen für Infektionskrankheiten oder Gesundheitsfürsorge für Personen mit Migrationshintergrund);
- Arztpraxen von Hausärzt*innen oder Gynäkolog*innen.

Je nach institutionellem Kontext, in dem die Tests durchgeführt werden, fühlen sich die betroffenen Personen allenfalls mehr oder weniger gezwungen, diese Tests zu machen. Dies ist insbesondere bei Tests der Fall, die in Asylunterkünften angeboten werden: «*Wenn du in die Schweiz kommst, machen sie die Impfungen, alles. Und sie haben auch den HIV-Test gemacht. Wenn du in die Schweiz kommst, musst du diesen Test machen*» (PM).

Alle befragten Personen, die **über das Asylgesetz in die Schweiz eingereist sind**, haben den HIV-Test als eine **Vorgabe** wahrgenommen, der sie sich nicht entziehen konnten. In diesem Zusammenhang erwähnte keine Person die Möglichkeit, das Angebot des HIV-Tests abzulehnen.

> *[Bei der Ankunft] wurde ich getestet, aber auf Tuberkulose. Danach hatte ich einige Impfungen und wurde auch auf HIV getestet. Man hat uns gesagt, dass es medizinische Tests gibt, ich wusste, was das für Tests waren. [...] Bei der Ankunft war das Pflicht. Und dann zeigen sie es dir, sie sagen dir das Ergebnis. Und es war negativ. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Ein Teil der befragten PM, insbesondere diejenigen, die sich als heterosexuell identifizieren, geben an, sich lieber von **Hausärzt*innen** oder als Frau von **Gynäkolog*innen** testen zu lassen, um nicht in Einrichtungen wie die regionalen Fachstellen der AHS oder Ambulatorien für Infektionskrankheiten in Spitälern, die auf die Erkennung und Behandlung von STI spezialisiert sind, gehen zu müssen und dort allenfalls aufzufallen.

Schliesslich ist noch anzumerken, dass die befragten PM manchmal **annehmen**, dass sie im Rahmen von medizinischen Routineuntersuchungen **getestet wurden**:

> *Also, ich mache eigentlich alle zwei Monate oder drei Monate einen ... weil ich einen Hausarzt habe. Er untersucht mich und dann nimmt er Blut und so. Er macht die Tests, ob du Diabetiker bist und so weiter. Wenn du HIV-positiv bist, wird das die Maschine feststellen, ja, weil das*

Blut, das man dir abnimmt, für die Tests gebraucht wird. Und wenn man eine Krankheit im Blut hat, dann sieht man das, dann weiss man das. (PM, übersetzt aus dem Französischen)

Mitteilung der Diagnose

Alle fünf PM, die mit HIV leben und die wir getroffen haben, beschreiben die **Diagnose, dass sie HIV-positiv sind**, als eine unerwartete Neuigkeit, einschliesslich der drei Personen, die körperliche Symptome hatten und die Diagnose im Rahmen eines Spitalaufenthalts erhielten. Die erste Person erfuhr 2009 in einem südeuropäischen Land von ihrem positiven HIV-Status, als sie aufgrund starker Schmerzen in den Beinen, die jede Bewegung unmöglich machten, ins Spital eingeliefert wurde. Die zweite Person erfuhr 2009 in einem südeuropäischen Land von ihrem positiven HIV-Status, als sie aufgrund von starkem Durchfall und starkem Gewichtsverlust ins Spital eingeliefert wurde. Die dritte Person erfuhr 2018 in der Schweiz von ihrem positiven HIV-Status, als sie aufgrund von Atembeschwerden notfallmässig ins Spital eingeliefert wurde. Nach ein paar Tagen auf der Intensivstation teilte ihr nach eigenen Angaben ein Arzt mit, dass sie HIV-positiv ist, obwohl sie sich nicht daran erinnern konnte, ihre Zustimmung zum HIV-Test gegeben zu haben.

The doctor came and said 'I have to tell you something. We check your test and we have the result. You are... positive at AIDS'. I was shocked. 'What? Positive? How do you know that?'. 'Because you let them do this.' 'No, I never let them to do this.' […] I'm so angry, I'm so fucking angry, because he do this without my agree. […] And then the doctor said 'No, because they were there, they ask you.' 'Yeah, they ask me, but at this time I'm not in a good situation, I'm sick. I don't know what happens in there, because I'm sick yeah, I'm in ICU'. (PM)

Die Mitteilung über die HIV-Infektion wird von allen fünf Personen als «***Schock***» beschrieben, unabhängig vom Jahr der Diagnose (2000-2018) und vom geografischen Kontext (Herkunftsland, Schweiz oder anderes europäisches Land). Der Schock lässt sich an den negativen Vorstellungen messen, die diese Personen über HIV haben: sie interpretieren die Infektion als Todesurteil. Das bereits erwähnte Bild eines «*schmutzigen*» Körpers verfolgt sie ebenso wie die Vorstellung, dass HIV eine Strafe für sozial und moralisch nicht konformes Verhalten ist.

Bei den drei Personen aus Afrika kommt hinzu, dass sie auf die Gesundheitssituation zum Zeitpunkt der Diagnose in ihrem Herkunftsland verweisen, um zum Ausdruck zu bringen, wie schwer die Mitteilung wiegt.

Ich habe den Test gemacht und bin zum Arzt gegangen und nach ein paar Tagen noch mal für die Ergebnisse. Ich bin alleine hingegangen und war mir sicher, dass ich nichts hatte, weil zu der Zeit für uns in Afrika Kranke lebende Tote waren ... und ich dachte mir, was hast du getan, um das zu verdienen? Es bedeutet, dass die Kranken verflucht sind, du bist verflucht, du hast etwas getan, du bekommst eine Strafe. Du hast etwas getan, um das zu verdienen. Aber ich, jemand, der verheiratet war, jung ... wie kann ich diese verfluchte Krankheit haben? [...] Es war hart ... Ich weinte. Ich bin zu Fuss nach Hause gegangen, ich bin gelaufen, es war lang, ich bin gelaufen und habe die ganze Zeit auf der Strasse geweint. [...] Für mich war es brutal ... und ich kannte niemanden ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)

Der «*Schock*» der Diagnose kann noch dadurch verstärkt werden, dass man nicht weiss, durch wen und in welchem Zusammenhang die Infektion stattgefunden hat (zwei Personen), oder dass man sich selbst als jemanden erachtet, der bis auf wenige Ausnahmen immer darauf geachtet hat, Sexualkontakte mit

Kondom zu haben. Dies gilt insbesondere für eine trans Frau, die ihre starken negativen Gefühle gegenüber der Person zum Ausdruck bringt, von der sie annimmt, dass sie für ihre Infektion verantwortlich ist. Ihre sehr prekäre rechtliche und sozioökonomische Situation in der Schweiz verschärft diese Gefühle noch zusätzlich.

> *I met him once, because I wanted to see him. I said 'Why did you do this to me?' Because it kills me. I feel so down, so fucking down... I feel really down, because I know myself, I am clean, I thought I had a good health. Then, I know I have this kind of sickness and that I'm gonna die. I'm already illegal, I have nothing, no place, no job, no more everything. And then I know I have this virus… I met the guy who have given me this. I saw him, on the other side of the street, and I want to slap his face. At that moment, I was really so fucking angry, and watch his face, I want to grapple him, you know... [crying] […] I lost everything and you know, living In this country without anything, without any guarantee… (PM)*

Angesichts der Reaktionen, die die Diagnose der HIV-Infektion hervorruft, erweisen sich der **Kontext** und die **Art und Weise der Mitteilung** als **sehr wichtig.** Wie eine befragte PM betont, muss die Diagnose in einer Sprache gestellt werden, die die betroffene Person gut versteht. Ausserdem sollte darauf geachtet werden, dass die Person in einem physischen und psychischen Zustand ist, der es ihr ermöglicht, die Information zu erhalten. Die gute Nachricht, dass Menschen mit HIV dank der ART die gleiche Lebenserwartung haben wie Menschen ohne HIV, hilft ebenfalls, den Schock der Nachricht zu mildern.

> *So the doctors came, maybe in 4 or 5 doctors inside the room where I was hospitalized, they came and talked to me. So the head of the team met me and said 'We have something to tell you', like this. And, again, he said 'This is not a problem. I know that you are going to be down, but this is not a problem, is not a death sentence. Before it was a death sentence. You have medication to take'… (PM)*

Diese Nachricht ist zwar aus gesundheitlicher Sicht beruhigend, aber stark prekarisierte Menschen brauchen auch gute Lebensbedingungen in der Schweiz. Aus diesem Grund werden Angebote, die eine umfassende Betreuung (Aufenthaltsbewilligung, Arbeitsbewilligung usw.) ermöglichen, besonders geschätzt.

> *The doctor that went to me, speak to me, discuss to me and promises me 'We will help you and give you medication because here, in the hospital, we have support for medication that can help you. And then maybe we can help you, that you can do one check to have a permit, to find a job here again, and you have a permit that you can be legal here. We can do that, we can help you for everything'. And then, of course, with these promises, because... I cannot accept at that time. I cannot accept. Because, it's really rude. My life becomes... for me it's finish. (PM)*

Medizinische Betreuung

Im Allgemeinen werden die Behandlungen gegen HIV/STI (ART bei HIV, Antibiotikabehandlungen bei Chlamydien, Gonorrhö und Syphilis) und die Prophylaxen der sogenannten biomedizinischen Prävention (PEP und PrEP) in einem medizinischen Umfeld durchgeführt, sei es in einem Spital oder ambulant in öffentlichen oder gemeinnützigen Einrichtungen (Spitäler, Fach- und Hausärzt*innen, regionalen Fachstellen der AHS, Checkpoints, Einrichtungen für Sexarbeiter*innen, Sans-Papiers usw.). Alle diese Medikamente sind verschreibungspflichtig.

Die Behandlung gegen Chlamydien, Gonorrhö und Syphilis muss nur kurz-/mittelfristig angewendet werden, die ART hingegen ist ein «lebenslanges Projekt»[19]. Ihre Wirksamkeit hängt von der regelmässigen Einnahme der Medikamente ab. Die Standardbehandlung besteht aus einer Kombination von mindestens drei antiviralen Medikamenten. Alle unsere Befragten geben übereinstimmend an, dass eine Begleitung während der Behandlung für den Therapieerfolg unerlässlich ist. Tatsächlich besteht die Gefahr, dass die Medikamente falsch eingenommen werden, wenn die Betroffenen nicht begleitet werden, wie sich z. B. bei den «Therapiepausen» auf Initiative der Patient*innen gezeigt hat. Die Grundversicherung deckt alle Kosten, die für die Behandlung von HIV unerlässlich sind.

In Bezug auf die **Sekundärprävention** haben die befragten PM in fünf Fällen mit HIV, in vier Fällen mit Chlamydien und in zwei Fällen mit Syphilis Erfahrungen gemacht. Bei **HIV** ist es wichtig, die Betreuung der Menschen, die mit HIV leben, im Zeitpunkt ihrer Lebensläufe und die HIV/Aids-Geschichte (Jahr der Diagnose in Bezug auf das Alter der Person und die ART) sowie in den Kontext der Diagnose (Herkunftsland, Schweiz, anderes europäisches Land) einzuordnen. Die fünf **Menschen, die mit HIV leben** und die wir getroffen haben, sind **mit der medizinischen Betreuung nach der Diagnose zufrieden** und haben keine Verbesserungsvorschläge. Sowohl in der Schweiz als auch in anderen Ländern fühlen sie sich vom medizinischen Personal, aber auch von den Mitarbeiter*innen, die sich um die administrative und psychosoziale Betreuung kümmern, unterstützt. Die «*Sozialarbeiter*innen*» werden häufig als eine sehr geschätzte Ressource im Spitalumfeld genannt. Wie wir im Kapitel über die Verflechtung der Vulnerabilitäten gesehen haben, verursachen die Ungewissheit, ob sie in der Schweiz bleiben und die ART erhalten können, sowie die Rechnungen für die medizinische Behandlung bei den Menschen, die in besonders prekären rechtlichen und sozioökonomischen Verhältnissen leben, viel Stress und Ängste.

Drei Menschen, die mit HIV leben, besuchen auch eine **regionale Fachstelle der AHS**. Sie schätzen dort vor allem die **umfassende Betreuung** (in Form von juristischer Unterstützung für die Aufenthaltsbewilligung oder bei anderen intimeren Fragen wie allfälliger Gewalt in der Ehe), die medizinische Betreuung und die psychosoziale Unterstützung durch Selbsthilfegruppen. Andererseits kann die Tatsache, dass mehrere Regionalstellen das Wort «Aids» noch in ihre Bezeichnung haben, problematisch sein. Eine der befragten Frauen berichtet von ihrer Angst, als Aidskranke identifiziert zu werden und Menschen anzutreffen, die sie kennen.

> *Weil es diesen Namen gab, Aids, dachte ich, wenn ich hingehe, werde ich dort Leute treffen und sie werden mich sehen ... Ich habe mir viele Gedanken darüber gemacht, was die Leute denken, bis 2010, als ich anfing, Menschen mit HIV zu treffen. Ich dachte, nein diese Krankheit ... [...] du fragst dich: Warum haben ich es bekommen und die anderen nicht? Jeder Mensch stellt sich die gleiche Frage. Und wenn man das tut, gibt es Self Stigma, man stigmatisiert sich selbst. Self-Stigma gibt es sehr oft. Warum? Warum? Warum? Und damit kommt man nirgends hin ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Die Behandlung der **anderen STI**, über die die PM sprachen, erfolgte in Spitälern und es gab keine Anmerkungen zur Art der Betreuung. Zwei der befragten PM erzählten allerdings von einem schwierigen Moment, den sie bei der Mitteilung über die Diagnose erlebt hatten. Sie berichteten von zwei Ärzt*innen im Spital (in der Notaufnahme und in einer auf die Behandlung von PM spezialisierten Abteilung), die

[19] Vgl. die Broschüre der AHS (auf Französisch, S. 15), die online zugänglich ist und unter folgender Adresse heruntergeladen werden kann:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjyjPeEv8fpAhXK26QKHbNxDM0QFjAJegQIBRAB&url=https%3A%2F%2Fwww.gsj.ch%2FHtdocs%2FFiles%2Fv%2F5881.pdf%2FQuejedeWissenswertesüberMedikamente.pdf%3Fdownload%3D1&usg=AOvVaw3xOoJuQUGA45gecgW5pcTb, [Link abgerufen am 30. September 2021].

wegen ihres Gesundheitszustands sehr «*gestresst*» und «*besorgt*» waren. Die PM waren aufgrund von Symptomen im Genitalbereich ins Spital gegangen und eine Person erhielt eine Chlamydien-Diagnose, die andere eine Syphilis-Diagnose.

> *Und in der Notaufnahme haben sie mir noch die Adresse eines Arztes gegeben, um noch weitere Tests durchzuführen, das machte Sinn, weil das Mädchen, sie hatte Angst ... die Ärztin, eine afrikanische Frau ... sie musste mich ansehen, und sie sah mich, sie war so besorgt, dass sie meine Situation sogar noch schlimmer machte ... und als ich zum Facharzt kam, sagte er zu mir: 'Ah, ich hatte grosse Sorge, als ich das sah, ein junger Mann wie du, ich dachte, ich mache einen Abstrich, dabei ist es das nicht. Es ist nur eine Infektion.' (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Die **PEP** wird nach einer sorgfältigen Risikobewertung der Person, die sie in Anspruch nehmen würde, angeboten. Gemäss den Erfahrungen der befragten AKT wird sie **MSM** viel häufiger angeboten als heterosexuellen Personen, wie diese Befragte erläutert:

> *Es ist klar, wenn es ein Mann ist, verweise ich darauf, dass es in [Name einer Grossstadt] sehr viele Infektionen bei homosexuellen Sexualkontakten gibt, weil sie es mir vielleicht nicht sagen, und ich verweise auf die Situationen, in denen eine PEP wirklich wichtig wäre. [...] Aber ich finde es nicht gesund, wenn es so ein Abend ist, in der Disco, und wenn es dann keine Frau ist, die aus einem Land mit hoher Prävalenz stammt. Es hängt wieder vom Stress der Person ab, aber es stimmt, dass man ihr die PEP nicht unbedingt einfach so geben wird. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Laut einer anderen Befragten, die als Sexarbeiterin tätig ist, ist die PEP Teil der in diesem Bereich durchgeführten Interventionen, aber sie sei nicht häufig.

Noch seltener seien Interventionen, bei denen die **PrEP** angeboten und die Personen, die sie in Anspruch nehmen, medizinisch und psychosozial begleitet werden. Sie sind begrenz auf die Gay-Community und ihre Anwendung ist Personen vorbehalten, die die Kosten dafür tragen können, da sie nicht von der Grundversicherung übernommen wird. Und selbst wenn sie übernommen würden, bliebe die PrEP für Menschen unzugänglich, die nicht über die finanziellen Mittel zur Bezahlung der Monatsprämien und des Selbstbehalts der Krankenversicherung verfügen

Viele Einrichtungen bevorzugen die begleitende Arbeit, die viele **verschiedene Formen** annehmen kann, darunter auch die Unterstützung und Leitung von «*Selbsthilfegruppen*» für Menschen, die mit HIV leben:

> *Wenn ich sage, dass ich im «damit leben» tätig bin, dann organisiere ich ein Essen für HIV-positive Frauen. Es handelt sich um eine Selbsthilfegruppe, die einmal im Monat stattfindet. Man isst gemeinsam, die Frauen bereiten das Essen vor, kochen es. Das gibt ihnen auch ein Gefühl der Wertschätzung. Die Selbsthilfegruppen dienen nichts anderem, als ihnen einen Raum zu bieten, in dem sie willkommen sind. Man gibt sich Mühe: Man legt eine Tischdecke auf, stellt schöne Teller hin ... Das ist wie ein Festessen einmal im Monat. Und sie sind da, sie reden miteinander. Sie geben sich gegenseitig Ratschläge. Und eine von ihnen kocht und wir applaudieren ... (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Manchmal können die Einrichtungen, denen die befragten AKT angehören, die Nachfrage aus verschiedenen Gründen nicht selbst erfüllen: nicht verfügbares Angebot, fehlende infrastrukturelle Kapazitäten, fehlende finanzielle Mittel, rechtliche Hindernisse, zu grosse Nachfrage usw. Die meisten AKT sind nicht in der Lage, die Nachfrage zu decken. In solchen Situationen kann die Weiterbetreuung oder

Verbesserung der Betreuungsqualität ermöglicht werden, indem die Menschen **an eine andere**, oftmals kompetentere und spezialisiertere **Einrichtung weitervermittelt** werden**.**

> *Wir hatten positive [HIV-]Tests bei jemandem, der mehr oder weniger wusste, dass er es hatte. Aber es stimmt, dadurch kann man ihn schnell medizinisch behandeln lassen. Und ansonsten weiss ich, dass eine Kollegin einen positiven HIV-Fall hatte. Aber in diesem Fall, das stimmt, überweisen wir sie sofort an einen Arzt. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

In manchen Fällen kann die Weitervermittlung zu einer Betreuungs- und Begleitungsarbeit führen. In besonders heiklen und dringlichen Situationen von Menschen, die in unsicheren Lebensverhältnissen leben, z. B. Sans-Papiers, kann die Weitervermittlung an eine oder mehrere andere spezialisierte Einrichtungen mit einer mehr oder weniger dauerhaften persönlichen Begleitung und Betreuung einhergehen.

6.1.2 Prävention und Betreuung im Bereich der sexuellen Gesundheit/Sexualität

In Bezug auf die beruflichen Praktiken im Bereich der sexuellen Gesundheit/Sexualität wurden von den AKT zwei Interventionsschwerpunkte genannt: **Prävention** und **Betreuung**.

Die erste Interventionsform bezieht sich auf die **Prävention im Zusammenhang mit verschiedenen Themen der sexuellen Gesundheit und der Sexualität.** Die folgende Aufzählung zeigt die Bandbreite der Diskussionsthemen, die im Laufe dieser Interventionsform angesprochen werden: Pubertät, Geschlechtsorgane, Verhütung, ungewollte Schwangerschaften, Schwangerschaftsabbruch, sexuelle Orientierung, Homosexualität, Masturbation, nächtliche Ejakulationen, Sexualkontakte, Erektionsstörungen, Geschlechterverhältnisse, Einwilligung, Genitalverstümmelung, Gewalt, sexuelle Rechte, Paarbeziehungen, Kinderwunsch in prekären Verhältnissen, Flirt- und Verführungscodes.

Eine der befragten AKT verweist auf die Notwendigkeit, dass sich auch die Eltern zum Thema sexuelle Gesundheit und Sexualität weiterbilden können. Denn obwohl die Kinder die Informationen meist im schulischen Kontext erhalten, sind die Eltern in manchen Familien in der Sexualerziehung nicht ganz kompetent. Dies betreffe Kinder, die mit ihren Familien migriert sind, aber auch Kinder, die in der Schweiz geboren wurden und deren Eltern einen Migrationshintergrund haben.

> *Ich denke, dass die Kinder, die hier sind, eine Schule besuchen werden, sie werden eine Sexualerziehung haben wie die Leute hier, auch wenn es für sie viel komplizierter sein wird ... Aber ich finde, es gibt ein fehlendes Angebot für diese Personen, diese Jugendlichen, um ihnen zu helfen, ich denke, dass es mehr Mittel für die Eltern geben sollte. Ich denke, es gibt wirklich einen riesigen, riesigen Mangel in Bezug auf die Eltern .... (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Im **Bereich der Sexarbeit** zielt ein wichtiger Teil der Bemühungen darauf ab, dass **Konfliktsituationen mit der Kundschaft verhindert werden**, die Sexarbeiter*innen sexueller oder anderer Gewalt aussetzen könnten.

> *Es gibt bestimmte Kundenwünsche, die sie nicht verstehen. Ich sage ihnen oft: 'Wenn ihr eine Leistung auf Französisch nicht verstehen, soll er sie euch noch einmal erklären, aber nehmt sie nicht an, wenn ihr sie nicht verstanden haben' [...] Oder ich nenne das Gewalt, wenn ein Kunde für drei Orgasmen bezahlt hat und einen bekommt, und sein Geld zurückfordert, weil*

> *er nicht so oft gekommen ist, wie er wollte. Wir sagen den Frauen: 'Gebt das Geld nie zurück. Es gibt keine 'Geld-zurück-Garantie''. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Die zweite Interventionsform, die dem Bereich sexuelle Gesundheit und Sexualität zuzuordnen ist, bezieht sich auf **Begleitungen**, die in **besonders schwierigen Situationen** wie bei Schwangerschaften in prekären Situationen, ungewollten Schwangerschaften, Schwangerschaftsabbrüchen, sexueller Gewalt, Genitalverstümmelung und Fragen im Zusammenhang mit der SOGI durchgeführt werden. Eine AKT erzählte uns beispielsweise von der Begleitung eines jungen Mädchens bei mehreren Abtreibungen und dem Prozess, den sie durchlaufen musste, um die Gründe für diese Operationen zu verstehen:

> *Ich hatte eine junge Frau, die innerhalb von zwei Jahren bis zu vier Abtreibungen hatte. Jedes Mal sprachen wir über die Pille und sie ging zur Familienplanung, ich erinnere mich, dass ich sie sogar begleitet habe. Und dann wurde sie aus Neue schwanger. Dann habe ich mir einmal gesagt: 'Da muss noch etwas anderes sein, was uns entgangen ist' [...] 'Unser Körper ist dafür gemacht, Kinder zu bekommen'. Also, man sah diese Angst [...] Für mich drehte sich viel darum: Wir werden nicht verhindern, dass man Kinder bekommt, denn Kinder sind das Erste, was sich jemand wünschen kann, der sagt, er hat die Migration geschafft. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

6.2 Ansätze, Prinzipien und Interventionsinstrumente

Im Folgenden werden die von den AKT präferierten Interventionsansätze, die Prinzipien, auf denen ihre Handlungen beruhen, und die im Berufsalltag verwendeten Instrumente beschrieben. Die Interventionen basieren im Allgemeinen auf den Ansätzen. Diese können Ideologien, Theorien und kognitive Interpretationen der Wirklichkeit umfassen (Parazelli & Bourbonnais, 2017), die den AKT helfen, ihre Arbeit zu machen. Die Prinzipien beziehen sich auf Werte und deontologische Grundlagen, die sie in der Praxis leiten (Pouchadon, 2017). Die Instrumente schliesslich sind konkreter und werden in der täglichen Arbeit mobilisiert.

6.2.1 Ansätze

Die befragten AKT geben an, sich auf verschiedene Ansätze zu beziehen, die es ihnen ermöglichen, ihrer Arbeit einen Sinn zu geben und ihre Interventionen auf moralische Rahmen und globale Werte zu stützen, in denen sie sich wiedererkennen:

- umfassendes Gesundheitsverständnis
- vulnerabilitätsbasierter Ansatz
- personenzentrierter Ansatz
- Ansatz der aufsuchenden Arbeit
- gemeinschaftsbasierter und partizipativer Ansatz

Die Ansätze schliessen sich nicht aus; die AKT können sich je nach Kontext, Interventionsform oder Zielgruppe auf mehrere von ihnen beziehen.

Umfassendes Gesundheitsverständnis

Viele der Befragten sind sich einig, dass die Betreuung – soweit möglich – eine umfassende Gesundheitsperspektive beinhalten sollte. Dies gilt selbst dann, wenn sie in einem spezifischeren Bereich

wie HIV/STI oder sexuelle Gesundheit und Sexualität tätig sind. Die befragten AKT, die nach eigener Einschätzung nach diesem Ansatz arbeiten, beschreiben Interventionen, die die **Gesundheit** (körperlich, geistig, sexuell, relational), den **Wohnraum**, den **Rechtsstatus** und die **Versicherungen** umfassen. Hinzu kommen **Besonderheiten** für die Bereiche **Sexarbeit** (in Verbindung mit dem Arbeitsrecht, den Arbeitsbedingungen usw.) und **LGBTQI+** (in Verbindung mit der SOGI). Im Einklang mit der Ottawa-Charta (1986) bedeutet dies, dass sowohl der Gesundheitszustand der Menschen als auch die materiellen Bedingungen, unter denen sie leben (Bewilligung, Arbeit, Wohnen, Ernährung), berücksichtigt werden.

> *Wir suchen immer einen Zugang, um über HIV/STI zu sprechen, und das ist das umfassende Gesundheitsverständnis. Wir sprechen von umfassendem Gesundheitsverständnis, weil wir den Menschen auch als Orientierungshilfe zur Verfügung stehen. Und danach zielen wir auf HIV, zielen wir auf STI. Wir schauen uns die Leute wegen anderer Sorgen an, wir haben ein offenes Ohr. Es geht in erster Linie darum, zuzuhören, Orientierung zu bieten, wo man essen kann, wenn man nicht ... Wo man sich in [Name einer Grossstadt] waschen gehen kann. Das ist also eine umfassende Prävention im Rahmen eines umfassenden Gesundheits-verständnisses. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Aus dieser Perspektive ist HIV/STI nur eine der Dimensionen, die beim Empfang und der Betreuung der Menschen berücksichtigt werden. Dies widerspiegelt sich in den Interventionen. Beispielsweise bietet eine regionale Fachstelle der AHS mehrere Module zur Prävention und Gesundheitsförderung an. Diese Interventionsform, die zu grossen Teilen aus Zuhören und Orientierung bieten besteht, wird tendenziell zu einem immer wichtigeren Thema in den Organisationen, die im Bereich Migration und HIV/STI tätig sind.

Die Bemühungen der AKT gehen weit über den Umgang mit der Vulnerabilität von PM für HIV/STI hinaus, insbesondere wenn diese einen prekären oder gar keinen rechtlichen Status haben. Die Unterstützung, die sei anbieten, besteht beispielsweise darin, über das Asylverfahren zu informieren, den PM bei den Verwaltungsverfahren zur Erlangung einer Aufenthaltsbewilligung zu helfen und sie über ihre Rechte aufzuklären.

Wenn PM, die in Behandlung sind, ihre provisorische Aufenthaltsbewilligung verlieren, recherchieren einige AKT, ob sie in ihrem Herkunftsland die Behandlung fortsetzen können oder nicht. Ist dies nicht der Fall, unterstützen sie die Personen darin, eine neue Aufenthaltsbewilligung zu erhalten gemäss den Weisungen des SEM. Diese Unterstützung wird jedoch nicht systematisch angeboten, sondern hängt vom Willen der einzelnen AKT und ihren Möglichkeiten ab.

> *Wir haben recht viel mit Leuten zu tun, die in Ausschaffungshaft sind oder die einen negativen Entscheid haben und die wir noch um irgendwelche Statements gebeten werden bezüglich ihrem Gesundheitszustand. […] wir versuchen zu begründen, dass die HIV-Versorgung im Heimatland weniger gut ist […] Und wenn es dann klar ist, dass wir nichts mehr tun können, dort ist dann mit den Anwälten zu schauen, ob noch irgendetwas schreiben könntest. Also die von uns, die sagen wir mal so politischen Willen haben, das zu tun, das sind nicht alle meine Kollegen, mit dem Anwalt zu schauen, ob sie noch ein Schreiben brauchen, das helfen könnte. (AKT)*

Vulnerabilitätsbasierter Ansatz

Unter den Strukturen, die wir untersucht haben und die einen Grossteil der institutionellen Landschaft ausmachen, verfolgen mehrere Institutionen einen Ansatz, der sich auf die **«vulnerablen**

Bevölkerungsgruppen» bezieht, wie sie in dem vom BAG (2016a) erstellten Rahmenkonzept definiert werden. Sie stützen ihre Interventionsstrategien auf «Vulnerabilitätsfaktoren» und «Risikominderung», wie sie vom BAG definiert werden:

> *Wir haben auch die gleiche Ansicht oder den gleichen Gedanken, gleich also wie Bundesamt für Gesundheit oder die Nationalstrategie. Vulnerabel heisst es, sei es wegen der finanziellen Situation von einer Person, sei es wegen Aufenthaltsbewilligung von einer Person, Religion… verschiedene also soziale Sachen. Z. B. intra Community, wenn eine Person stigmatisiert wurde, wenn sie an einem Testzentrum geht und dann getestet wird, das spielt auch eine riesige Rolle. Also sie ist jetzt vulnerabel, weil die Community stigmatisiert jemand die an einen Testzentrum geht oder die HIV-positiv ist. Das heisst, im Vergleich also mit den anderen Communities oder mit dem anderen Teil von Bevölkerung ist sie vulnerabel und braucht Unterstützung. (AKT)*

Wie dieser AKT feststellt, können mehrere «Vulnerabilitätsfaktoren» Menschen verletzlich machen, wie etwa ihre finanzielle Situation, ihr rechtlicher Status in der Schweiz oder ihre Religion. Selbst der Besuch von medizinischen Einrichtungen oder Vereinen, die «Aids» in ihrer Bezeichnung haben, kann ihre Vulnerabilität erhöhen. Denn die Stigmatisierung von HIV/Aids in einigen ethnischen Gemeinschaften führt dazu, dass Personen, die diese Einrichtungen besuchen, sich dem Risiko der Ausgrenzung aus ihren Gemeinschaften aussetzen. Eine «Vulnerabilität durch Bezeichnung» (vulnérabilité par désignation) (Bresson, 2013) könnte also ihre soziale Situation erschweren.

Personenzentrierter Ansatz

Dieser Ansatz besteht darin, auf **die Menschen zuzugehen** und zu versuchen zu verstehen, wo sie mit ihren Erfahrungen, Ideen und Vorstellungen stehen, anstatt ihnen von Anfang an Informationen und Diskussionen über Sexualität und sexuelle Gesundheit aufzuzwingen. Laut den Befragten, die diesen Ansatz erwähnten, könnte dies in Anbetracht des Profils ihrer Zielgruppe als zu schockierend empfunden werden. Dieser Logik folgend können die AKT erst nach Klärung dieser Informationen eine angemessene Betreuung anbieten. In diesem Zusammenhang spricht eine Befragte in Bezug auf die Beziehung zwischen den Akteur*innen und den jeweiligen Personen im personenzentrierten Rahmen von «*Partnerschaft*» im Gegensatz zu einem paternalistischen Ansatz:

> *Aber ich habe gesehen, dass der beste Weg, den es geben kann, darin besteht, sich auch die Möglichkeit offen zu lassen, zu erfahren, was die Person über das Thema denkt. Das ist etwas, das mich anspricht. Es geht wirklich darum, sich zu sagen: 'Was hat die Person, okay, sie kommt hierher, aber was hat sie? Was denkt sie?'. Und dann kann ich von da aus meine Ansprache, meine Handlung, alles anpassen, weil ich weiss, wo sie steht. Und das ist das Beste, was man tun kann: die Person als Partnerin anzusehen. Nur weil sie Migrantin ist, heisst das nicht, dass sie nicht weiss, was sie braucht. Es ist ein Austausch, eine Partnerschaft. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Ansatz der aufsuchenden Arbeit

Für viele Befragte ist die aufsuchende Arbeit «**ausserhalb der Mauern**» ein Ansatz, auf den sie ihre beruflichen Praktiken stützen[20]. Es geht darum, «**auf die Menschen zuzugehen**», um sie dort zu erreichen,

[20] Es gibt verschiedene Kategorien der aufsuchenden Sozialarbeit, wie Streetwork, Milieuarbeit und Outreach (Fontaine, 2014).

wo sie sich aufhalten (ethnische Läden, Friseursalons, Geldtransferagenturen usw.), um das Risiko zu verringern, dass man sie «*verliert*», wenn man sie einmal erreicht hat. Dieses Vorgehen ermöglicht es, die verschiedenen Angebote (Beratung, Test, Verteilung von Kondomen usw.) vor Ort anzubieten.

Die aufsuchende Arbeit wird in der Regel bei Interventionen an strategischen Orten eingesetzt, aber einige AKT wenden sie auch bei Veranstaltungen an, die im Rahmen kollektiver und gemeinschaftlicher Aktionen stattfinden. Das können ethnische Musikfestivals, gemeinschaftsübergreifende Fussballturniere, Schönheitswettbewerbe mit Gesundheitsbezug und viele andere Arten von Veranstaltungen sein, bei denen Menschen zusammenkommen, die dem Profil des Zielpublikums der jeweiligen Einrichtungen entsprechen könnten. Die befragten AKT, die diesen Interventionskontext bevorzugen, betonen nachdrücklich die Bedeutung dieses Instruments, um ihre Zielgruppe zu erreichen und Vertrauen zu den am schlechtesten erreichbaren und am stärksten isolierten Personen aufzubauen.

> *Unsere Zielgruppe ist einfach Afrikaner aus Subsahara-Afrika. Und manchmal kommt es vor, dass wir an verschiedene Orte gehen, zum Beispiel in Asylheime, Internetcafé, Friseursalon, dort gehen wir unsere Zielgruppen aufsuchen. […] Unser Ziel ist einfach diese Leute zu informieren und zu unterstützen, damit sie um ihren Status wissen, ob sie an HIV infiziert sind, welche Krankheiten haben sie. […] Regelmässig, einmal im Monat, besuchen wir Afroshops, bringen Info-Material, zum Teil sogar Kondome legen wir auf, auch wenn sie sich manchmal schämen. (AKT)*

Eine Interviewpartnerin spricht über die wesentliche methodische Herausforderung der aufsuchenden Arbeit beim Zugang zum Feld. Sie betont, wie wichtig es sei, mit ***Gatekeepern*** zu arbeiten, um den Zugang zu bestimmten Gemeinschaften zu erleichtern, was sie mit dem Ausdruck «*arbeiten mit einem Pyramiden-System*» ausdrückt.

> *Wir arbeiten mit einem Pyramiden-System. Wir versuchen eine Person zu sensibilisieren, die unser Türöffner ist. Und genauso weit sind wir jetzt, nach so vielen Jahren, dass wir haben die Leute z. B. vom Friseursalon sensibilisiert, vom Kosmetikstudio, von der Geldüberweisungs-Agentur, von Afroshops, somit sind diese Leute für uns die Türöffner. Meistens sensibilisieren wir eine Person, dann wissen wir, diese Person wird diese Information weitergeben. Z. B. ich gehe in einen Friseursalon, dann treffe ich dort auf eine Dame, die hier ein ganz normales Leben führt und dann sagt mir: 'Weisst du, dass du dort auch noch eine Schwester hast, die diese Information braucht'. So kommen wir in einen Ort, wo junge Frauen sich prostituieren müssen, um etwas zu essen zu haben. (AKT)*

Ein weiteres Beispiel für aufsuchende Arbeit im **Bereich der Sexarbeit** sind die **«Indoor-Besuche»**, die in Massagesalons stattfinden, und die **«Outdoor-Besuche»** (Rundgänge), bei denen die AKT zu Sexarbeiter*innen gehen, die auf der Strasse arbeiten.

> *Das ist einmal pro Woche, wir wählen, je nachdem, 5-10 Salons aus, die wir besuchen werden, wir wissen schon, wie lange das dauert und wir machen einen Rundgang. [...] Wir schauen uns an, was es alles für Risikofaktoren geben könnte, also in Bezug auf die Sauberkeit, die Kundschaft, den Drogenkonsum, wie es mit den Betreiberinnen läuft, die Anzahl der Sexarbeiterinnen, die in einem Salon arbeiten, weil wenn es plötzlich nur zwei Zimmer für 20 Frauen gibt, ist das nicht in Ordnung. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Diese Art der Intervention erfordert Kenntnisse und Fähigkeiten, die durch Erfahrung im Laufe der Berufspraxis erworben werden. Diese Kompetenzen sind schwer zu erklären und führen oft zu

Massnahmen, die bei der Einführung von Interventionsprogrammen zunächst nicht vorgesehen waren, sich aber dann aus den entstandenen Kontakten und der Arbeit vor Ort ergeben.

Eine Möglichkeit, um **MSM mit Migrationshintergrund** besser zu erreichen, könnte laut einer Befragten darin bestehen **Gay-Dating-Apps** (z. B. Grindr) zu nutzen. Diese Praxis sei in anderen Ländern bereits getestet worden.

> *Ich denke, die effektivste Methode besteht darin, auf Gay-Dating-Apps wie Grindr zu gehen, denn dort sind die Leute, die gefährdet sind, aber das ist ziemlich schwierig, es ist sehr teuer. Ich weiss, dass man das in einigen Ländern getestet hat, direkte Kontakte über Dating-Apps, und es funktioniert. Wahrscheinlich ist das einer der besten Wege dahin zu kommen, denn da werden Menschen angesprochen, die ein Sexualleben haben, das nicht a priori exklusiv mit ihrem Ehemann ist, da sie ja in Dating-Netzwerken unterwegs sind und also theoretisch auf HIV getestet werden sollten. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

In den Einrichtungen, in denen der **Fokus** der aufsuchenden Arbeit auf **PM aus Subsahara-Afrika** liegt, sind mehrere der Befragten der Meinung, dass es wichtig wäre, die Zielgruppe auf **Personen aus anderen Ländern** wie Irak, Iran oder auch Syrien und Afghanistan auszuweiten, da diese Länder unter den in der Schweiz lebenden PM stark vertreten sind.

Gemeinschaftsbasierter und partizipativer Ansatz

Einige der in der Schweiz verwendeten klassischen Interventionsmodelle stossen an ihre Grenzen, wenn es darum geht, **Gruppen von PM mit gemeinsamen kulturellen, religiösen (oder anderen) Merkmalen** zu erreichen, die normalerweise in **anderen Denk- und Kommunikationssystemen** kommunizieren. Daraufhin erwähnen einige der Befragten die Vorteile von gemeinschaftsbasierten Ansätzen.

Im folgenden Zitat führt ein Interviewpartner, der in der Gemeinwesenarbeit tätig ist, in die Problematik des Themas ein unter Bezug auf eine schlechte Erfahrung, die er bei der Organisation eines Sensibilisierungstages zum Thema Sexualität und sexuelle Gesundheit in Zusammenarbeit mit einer regionalen Fachstelle der AHS gemacht hat:

> *Man muss auf einer Ebene kommunizieren, auf der man sicher sein kann, dass man verstanden wird und dass die Botschaft wirklich ankommt. Zunächst definiert man, was man genau will. Und dann, wie man die Botschaft für die Afrikaner klar und verständlich vermitteln kann. Zuerst: Was interessiert sie? Was sind ihre Bedürfnisse? Wie können wir sicherstellen, dass wir nicht nur das Bedürfnis von uns Schweizern befriedigen, in Anführungszeichen, sondern dass wir wirklich auf das Bedürfnis der Bevölkerung reagieren, die wir erreichen wollen, und dass wir uns gegenseitig verstehen? (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Der AKT weist auf den ethnozentrierten und möglicherweise als unangemessen zu betrachtenden Charakter einiger Sensibilisierungsangeboten hin, die nicht für alle Zielgruppen geeignet sind.

Ein anderer Interviewpartner, der die gleiche Feststellung macht, lobt den sogenannten «*culturally appropriate approach*». Dabei handelt es sich um eine Anwendungsform des gemeinschaftsbasierten Ansatzes, bei dem Sensibilisierungskampagnen (Sexualität und sexuelle Gesundheit) im Rahmen von kulturellen Veranstaltungen (Fussballturnier, Schönheitswettbewerbe mit Gesundheitsbezug) organisiert werden. Auf diese Weise können die Menschen aus verschiedenen Gemeinschaften im Rahmen von bestimmten Veranstaltungen zusammengebracht werden und es kann gelingen, so Personengruppen für

ein Thema zu interessieren und zu sensibilisieren, die sonst nur schwer erreichbar wären. Das folgende Zitat vermittelt eine recht konkrete Vorstellung von der Umsetzung eines solchen Ansatzes:

> *Es gibt also diesen culturally appropriate approach […] Wir organisieren Events. Zum Beispiel Fussballturnier organisieren wir einmal im Jahr. Letztes Jahr wir hatten 12 Teams also von verschiedenen Communities, also von Afrika, von Südamerika, von Asien, Afghanistan […] und das, das funktioniert. Die, die mit einem Experten sprechen, sind viel und dann die Folge des Turniers, man muss das auch beobachten, die kommen auch also zu uns. Die kriegen zum Beispiel die Visitenkarte und dann die fragen: 'Könnten wir bei euch Einzelgespräch mit einer Beratung machen?' (AKT)*

Mehrere Personen betonen die Vorteile des gemeinschaftsbasierten Ansatzes, bei dem es darum geht, **die betroffenen Personen zu beteiligen**, sie einzubeziehen. Dieser Ansatz basiert auf den Denver-Prinzipien (1983), die sich gut in dem Slogan «Nichts über uns ohne uns» zusammenfassen lassen, und dem GIPA-Prinzip (Greater Involvment of People living with Aids), die von der Pariser Community-Erklärung (2017)[21] aufgegriffen und ergänzt wurden. Im Sinne der Entstigmatisierung gilt es «**mit**» den betroffenen Personen zu arbeiten und nicht «für» sie zu entscheiden. Aus dieser Perspektive sind sie nicht mehr Personen, denen geholfen wird, sondern Personen, die ihr Wissen, ihre Kompetenzen und ihre Ressourcen auch in die Institution einbringen und damit zu deren Ausrichtung beitragen.

In einer regionalen Fachstelle der AHS beispielsweise sind die Mitglieder des Vereins sowohl auf strategischer (Vorstand) als auch auf operativer Ebene (Interventionen, Angebote) involviert. Auf der operativen Ebene werden die PM, mit denen die Mitarbeiter*innen in Kontakt kommen, eingeladen, als Multiplikator*innen zu fungieren.

> *Und wir sagen ihnen auch: 'Aber wir brauchen euch auch als Vermittler, denn niemand muss im Verborgenen bleiben, wenn er krank ist.' Wir bieten also diese Möglichkeit. 'Sagt euren Freunden, Bekannten usw. ihr müsst zu [Name einer Behörde] gehen, wenn man keine Papiere hat. Am Wochenende ist es das Spital.' (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Die Menschen werden hier nicht mehr als «Nutzer*innen», sondern als «**Mitglieder»** des Vereins betrachtet. Laut der Befragten, die dieser Institution angehört, ermöglicht die Änderung der Terminologie, mit der die Menschen klassischerweise bezeichnet werden, deren aktive Mitgliedschaft und Beteiligung (auch im Vorstand) in den Mittelpunkt der Interventionen zu stellen:

> *Nicht wir machen Vorschläge. Es sind die Leute, die die Vorschläge machen. Sie sagen: 'Aber ich kann nicht mehr schlafen, die Medikamente ...'. Also organisieren meine Kollegen einen Workshop zum Thema Schlaf. [...] Nicht alle Mitglieder sind da, aber es gibt einen Teil der Mitglieder, die interessiert sind und die vorschlagen: 'Wir denken, dass wir das machen können.' Und meine Kollegen, die in diesem Bereich tätig sind, organisieren das. Aber die Idee kommt von den Mitgliedern, nicht von uns. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

[21] Die Pariser Community-Erklärung spricht sich dafür aus, «die wichtigsten Bevölkerungsgruppen, die mit HIV leben oder HIV ausgesetzt sind, in die Entscheidungs- und Finanzierungsprozesse in den Bereichen Forschung, Behandlung und Pflege sowie in die Gestaltung und Umsetzung der öffentlichen Politik einzubeziehen. Wir sind wichtige Akteure, wenn es darum geht, die Triebkräfte der Epidemie in jeder der betroffenen Bevölkerungsgruppen und ihre Entwicklungen zu verstehen, die am stärksten betroffenen Bevölkerungsgruppen zu erreichen und angemessene Antworten anzubieten».
https://pariscommunitydeclaration.wordpress.com/the-paris-community-declaration/

In der Praxis zielt der gemeinschaftsbasierte und partizipative Ansatz weniger auf eine interventionistische Logik ab, die auf Schutz beruht, als vielmehr auf Begleitung. Auf strategischer Ebene geht es darum, die Ressourcen der Menschen zu identifizieren und sie aufzuwerten, indem sie in die Interventionen einbezogen werden. Eine befragte AKT würde es vorziehen, wenn man die Problematik von den Ressourcen und Empowerment ausgehend angehen würde anstatt von den Benachteiligungen her, und das, obwohl in ihrem Arbeitsumfeld häufig der vulnerabilitätsbasierte Ansatz verwendet wird. Der Begriff Empowerment würde der beobachteten Realität besser entsprechen. Dies gilt insbesondere für die von ihr betreuten UM, die sich im Laufe ihres Aufenthalts im Aufnahmeland Wissen, Ressourcen und Strategien aneignen, die gerade ihre Vulnerabilität verringern (Sprache, Bildung, Kenntnisse des Gesundheitssystems, «*Verständnis der Schweizer Gesellschaft*» usw.).

> *Wenn ein junger Mensch gerade erst angekommen ist, ist er natürlich in einer vulnerablen Position: Er spricht meist nicht die Sprache; er kennt das Gesundheitssystem nicht; er weiss nicht, wie er sich verteidigen kann. Er ist psychisch geschwächt. Das ist also eine Phase. Aber ein junger UM, der bereits zwei Jahre hier gelebt hat, das ist eine lange Zeit, der beginnt, sich die Strategien, die unglaublichen Fähigkeiten der Macht und des Verständnisses der Schweizer Gesellschaft anzueignen. Nach und nach verstehen diese Jugendlichen, wie es funktioniert, und sie beginnen sich zu entfalten. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Ein Ansatz, der auf den Schwierigkeiten, Mängeln oder der Vulnerabilität basiert, ist ein Ansatz, der zum Teil als «*negativ*» erachtet wird und durch einen «*positiveren*» Ansatz wie Empowerment ersetzt werden könnte.

> *Für mich ist Vulnerabilität etwas Vorübergehendes. Ich habe wirklich Sorgen, wenn man eine Person als vulnerabel einstuft, es ist, als würde man sie darin einsperren und sie könnte sich nicht bewegen, aber das stimmt nicht. Es geht also darum, das durchzustehen. Wir alle waren schon einmal vulnerabel. Ich glaube, wenn wir von Empowerment sprechen, müssen wir die Person anspornen. Wenn wir uns sagen, dass sie vulnerabel ist, dann fürchte ich, dass wir sie drin belassen. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

6.2.2 Prinzipien

Unabhängig von den präferierten Ansätzen werden die folgenden Interventionsprinzipien von der Mehrheit der AKT – mehr oder weniger weitgehend – geteilt:

- Vertrauen;
- Respekt und Nicht-Bewertung;
- Anonymität und Vertraulichkeit;
- Agency.

Vertrauen

Unabhängig vom institutionellen Rahmen, in dem die AKT arbeiten, sind die allermeisten von ihnen der Ansicht, dass Vertrauen eine *conditio sine qua non* für erfolgreiche Interventionen ist. Alle sind sich einig, dass die grösste Herausforderung ihrer Interventionen darin besteht, ein **Klima des Vertrauens** mit ihrer Zielgruppe aufzubauen. Sie sind auch der Meinung, dass der Aufbau von Vertrauen eine *notwendige* Bedingung für die Umsetzung und den Erfolg jeder Intervention ist und dass das Zuhören eine entscheidende Dimension darstellt. Der Begriff Vertrauen taucht auch in den Interviews mit den PM immer

wieder auf, und zwar sowohl im Kontext der Primär- als auch der Sekundärprävention. Die Personen, die die **regionalen Fachstellen der AHS aufsuchen**, beschreiben diese Orte als ein «*Zuhause»,* eine «*Familie»,* in der sie sich sicher und akzeptiert fühlen, so wie sie sind. Diese Dimension wird besonders von Menschen geschätzt, die mit HIV leben oder sich sexuellen Minderheiten zuordnen. Darüber hinaus beschreiben alle Personen, die diese Einrichtungen besuchen, die Beziehungen zu den Akteur*innen als sehr stark. Sie fühlen sich den Akteur*innen (auch den Ärzt*innen, die sie mit Vornamen ansprechen) sehr nahe. Diese Nähe entwickelt sich nach und nach durch die Begegnungen und besteht teils auch nach dem Wegzug in einen anderen Kanton weiter.

Besucher*innen der im Bereich der **Sexarbeit** tätigen **Vereine** oder **anderer medizinisch-sozialer Einrichtungen für diese Frauen** betonen dieselben Dimensionen der Nähe und des Vertrauens zu den Akteur*innen.

> *Hier ist es wie in einer Familie, verstehst du? Sie tragen dich in ihrem Herzen. Sie sind Ärzte, Familie ... sie wollen, dass du dich gut fühlst, dass du bei guter Gesundheit bist. Sie versuchen zu verstehen, was du hast, was du nicht hast ... Sie sind wie eine Familie, du fühlst dich wie zu Hause. Das ist es. Dieser Ort ist wie ein Zuhause, verstehst du? Du gehst hin und sie kümmern sich um dich. Wenn du Schmerzen hast, schauen sie sofort, was du hast, und helfen dir. Sie geben dir auch sofort Medikamente, wenn du dich nicht gut fühlst. Ich fühle mich hier wie zu Hause ... (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Im **Spitalkontext** ist es den Erfahrungen und Ansichten der befragten PM nach schwieriger, eine Vertrauensbeziehung zum medizinischen Personal aufzubauen. Dies liegt an der fehlenden Kontinuität der Betreuung und den wechselnden Arbeitszeiten der Ärzt*innen und Pflegefachpersonen, obwohl die Beziehungsdimension der Versorgung von vielen der befragten PM als sehr wichtig erachtet wird, insbesondere wenn die Versorgung die Intimsphäre betrifft. Die Beziehung zum medizinischen Personal im Spitalkontext wird als distanzierter beschrieben als die Beziehung zum medizinischen Personal, das in den regionalen Fachstellen der AHS tätig ist.

> *Sie haben immer alle sechs Monate einen neuen Arzt. Es gibt immer verschiedene Ärzte. Und der Arzt, der kommt, versteht es nicht, zum Beispiel gerade mit dem Problem der sexuellen Gesundheit ... natürlich schauen sie in die Akte, aber für sie bist du eine Akte, keine Person. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Eine Person, die sich als queer identifiziert, erzählt uns, dass sie sich weniger verstanden gefühlt habe als in der regionalen Fachstelle der AHS, die sie dann angefangen hat aufzusuchen. Sie ist der Meinung, dass die Ärzt*innen in den Spitälern normierte Sexualvorstellungen haben (normale versus pathologische Praktiken) und sie fühlt sich von diesen Fachpersonen in Bezug auf ihre sexuellen Praktiken stärker beurteilt. Daher fühlt sie sich nicht sicher, mit ihnen darüber zu sprechen:

> *Im Spital sind sie nicht sehr sensibilisiert für LGBTQ Menschen und ich kann nicht erzählen ... aber ich gehe zu [regionale Fachstelle der AHS] und erzähle von all meinen Komplexen. Ich sage zum Beispiel, dass ich meine Sexualkontakte nicht kontrollieren kann, manchmal wenn ich die PrEP nicht nehme und ich weiss, dass ich die PrEP nicht genommen habe und ich Sex ohne Kondom habe ... das ist ein bisschen kompliziert. Und dort kann ich erzählen, ich fühle mich nicht bewertet, aber im Spital kann ich nicht erzählen. [...] Die Leute, die dort arbeiten, verstehen mich eigentlich nicht. Sie sagen mir, dass das nicht normal ist. Okay, sie sind dort für sexuelle Krankheiten, aber sie sind nicht auf das Thema sexuelle Identitäten und Orientierungen, auf LGBTQ Menschen spezialisiert. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Respekt und Nicht-Bewertung

Alle AKT halten es für grundlegend wichtig, offen, respektvoll und entspannt mit Fragen der Sexualität umzugehen.

> *Aber ich denke, und das ist wichtig, dass es die Fachperson ist, die die Dinge zuerst benennt, dass sie zum Beispiel von Analverkehr oder riskanten Praktiken sprechen kann, wobei riskante Praktiken ein Fachbegriff ist. Ich meine, wenn ich von riskanten Praktiken spreche, dann sage ich: 'Hatten Sie Sex ohne Kondom usw.' Man muss anfangen, die Dinge zu benennen. Dasselbe gilt für homosexuelle Beziehungen. Auf eine Art und Weise, die kein Tabu ist, normal, aber respektvoll. Und ich bin selten auf Probleme gestossen, wenn ich das so gemacht habe. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Eine nicht wertende Haltung in **Bezug auf sexuelle Praktiken** und eine **allfällige Risikobereitschaft** ist von grundlegender Bedeutung. Auch wenn die Tendenz besteht, Sexualpraktiken zur Vermittlung gezielter Informationen mit präzisen Begriffen zu bezeichnen, gilt es zu respektieren, was die Personen nicht sagen möchten. Eine Interviewpartnerin ist der Ansicht, dass das Zuhören und das Respektieren der Grenzen der jeweiligen Personen wichtiger ist als die Charakteristiken der Fachkräfte, wie die, dass sie als Mann oder Frau einem Mann oder einer Frau gegenüberstehen: «*Bei dem, was ich im Laufe der Jahre gesehen habe, habe ich wirklich den Eindruck bekommen, dass das, was am meisten zählt, nicht so sehr ist, ob man Mann oder Frau ist, sondern wie offen man ist. Die Tatsache, dass man einfach nicht über die Person urteilt*».

Eine der Befragten mit Migrationshintergrund ist der Meinung, dass dies bei der Arbeit mit Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund wichtiger sei als die Hautfarbe: «*Die Mühelosigkeit, mit der wir über das Thema sprechen, führt dazu, dass die Leute unsere Hautfarbe nicht mehr sehen. Ich glaube, die Leute sehen unsere Hautfarbe nicht mehr. Aber sie hören die Botschaft. Die Art und Weise, wie wir damit umgehen, mit Leichtigkeit, mit Mühelosigkeit*».

Anonymität und Vertraulichkeit

Obwohl **Anonymität** und **Vertraulichkeit** nicht in allen Einrichtungen systematisch gewahrt werden, betonen viele AKT dennoch, wie wichtig es ist, diesen Grundsatz in allen Phasen der Betreuung einzubeziehen.

> *Wir können wirklich völlig anonyme Beratungen durchführen, was in anderen Einrichtungen vielleicht nicht der Fall ist. Ich weiss zum Beispiel, dass man in der Sprechstunde von [Spital], wenn ich mich nicht irre, zum Vereinbaren eines Termins ... einen Namen angeben muss. Aber wir können wirklich die gesamte Betreuung komplett anonym ohne jegliche Kontaktangaben durchführen. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Die Gewährleistung von Anonymität und Vertraulichkeit steht im **Mittelpunkt der vertrauensbildenden** und beziehungserhaltenden **Arbeit** mit den Menschen, die zur Beratung kommen. Sie ist oft das erste Thema, das die AKT mit ihnen besprechen. AKT, die in Einrichtungen für Sans-Papiers arbeiten, weisen auf die zentrale Bedeutung der Wahrung der Anonymität in diesem Kontext hin, damit sich die Menschen sicher fühlen: «*Die Leute, die hierherkommen, haben Angst, hierherzukommen, da ist trotzdem immer diese Angst im Hintergrund, dass ... wird man sie anzeigen, wenn hier auf dem Bürgersteig nicht schon die Polizei auf sie wartet. Hier wird nie nach der Adresse gefragt*».

Diese AKT sind der Ansicht, dass die Angst der Sans-Papiers vor einer Anzeige und Ausweisung aus der Schweiz dazu führen kann, dass sie auf medizinische Versorgung verzichten.

> *Wir hatten Fälle, wo wir Leute ins Spital schicken mussten, wir haben das Taxi gerufen, sie kommen im Spital an und dann hauen sie ab ... sie haben Angst, dass man im Spital anfängt zu fragen, was macht ihr hier. Das haben wir gehabt. Jetzt wissen wir das, also begleiten wir sie. Es gibt immer diesen Hintergedanken, werden sie uns erwischen ... die Angst vor der Abschiebung. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

PM, die angeben, bereits HIV/STI-Tests gemacht zu haben, legen unabhängig vom institutionellen Kontext, in dem diese durchgeführt wurden, grossen Wert auf **Anonymität**, eine Bedingung für die Betreuung, die für **Sans-Papiers** sogar **fundamental** ist.

> *Ja, ich war nicht 100 % sicher [ins Spital zu gehen], aber die Person hat mir gesagt, dass ich den Leuten, die da arbeiten, vertrauen kann ... Du rufst an, um einen Termin zu vereinbaren und dann löschen sie deine Nummer. Es ist anonym, die Leute sind cool, sie machen das schon lange, das ist ihr Job. Dann habe ich angerufen ... Ich habe von einer anderen Nummer aus angerufen, nicht von meiner ... Ich habe einen Termin gemacht, ich bin hingegangen. Sie waren supernett, haben eine Spritze gezogen und mir Blut abgenommen. Danach haben sie mir eine Nachricht geschickt und ich bin noch mal hingegangen. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Doch auch wenn einige Einrichtungen die Anonymität in den Mittelpunkt stellen, kann diese in der Praxis nicht immer gewährleistet werden. Eine Interviewpartnerin berichtet beispielsweise von PM, die Angst davor haben, für einen Test ein Testcenter zu gehen, weil sie befürchten, beim **Betreten der Einrichtung** von Bekannten **gesehen** zu werden. Darüber hinaus hinterfragt dieselbe Interviewpartnerin die Tatsache, dass die regionalen Fachstellen der **AHS** immer noch **«Aids»** in ihrem Namen haben.

> *Ich hatte auch schon Leute, die sind mit einer Perücke zur HIV-Stelle, weil sie Angst hatten, es würde sie jemand sehen […] mich dünkt es immer, das Problem ist: sie haben heute noch diesen Namen 'AIDS-Hilfe'. Mich dünkt, die müsste irgendwie anders heissen […] Weil das ist so ein Schrecken, immer noch in vielen Teilen von afrikanischen Ländern, also das merken wir ganz fest. (AKT)*

Agency

Ein Prinzip, das insbesondere von den AKT verfolgt wird, die den gemeinschaftsbasierten und partizipativen Ansatz schätzen, besteht darin, die Menschen bei der Entwicklung von **Handlungsfähigkeit** zu unterstützen. Dies bedeutet, dass die **Menschen als Akteure** und nicht als Opfer betrachtet werden, und dass mit den Ressourcen gearbeitet wird, über die sie verfügen.

Die Umsetzung dieses berufsethischen Grundsatzes wird als langwieriger Prozess der Vertrauensbildung, Sensibilisierung und kritischen Bewusstseinsbildung beschrieben, so von einer Befragten, die im Folgenden von den Interventionen berichtet, die sie insbesondere mit Frauen durchführt:

> *Das ist ein Punkt, den man ihnen oft sagen muss: 'Warten Sie, aber nach allem, was Sie durchgemacht haben, sind Sie gekommen'... Manchmal sage ich: 'Ich kann mir gar nicht vorstellen, was für Situationen Sie erlebt haben. Sie mussten sich also auch in diesen Situationen verteidigen.' Das kann auch für Frauen auf der Ebene des Empowerments bedeuten, dass man sagt: 'Aber Sie haben es geschafft, dies und jenes zu überleben. Sie haben also Stärken, die da sind, Sie können sich mit all dem respektieren.' [...] Und es kann*

> *eine Strategie sein, gegenüber einem Mann, anbringen zu können ... zu sagen: 'Aber, bei allem, was Sie bis jetzt gemacht haben, konnten Sie gesund bleiben.' (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

In diesem Zitat wird die Förderung von Empowerment insbesondere durch das Streben nach Respekt, dem Erkennen von Fähigkeiten, dem Einfordern von Rechten, der Zustimmung und der Macht, aus einschränkenden Situationen auszubrechen, thematisiert.

6.2.3 Interventionsinstrumente

Es gibt viele konkrete Interventionsinstrumente, und in den bisherigen Beschreibungen wurden sie bereits erwähnt. Wir gehen hier auf zwei Arten von Instrumenten ein, welche die befragten AKT in den Vordergrund gestellt haben: **Gespräche** und **interkulturelles Übersetzen**.

Einzel-, Paar- und Gruppengespräche

Das Gespräch ist ein Arbeitsinstrument, das die Grundlage der beruflichen Praktiken der meisten unserer Interviewpartner*innen bildet. Sie nennen verschiedene Arten von Gesprächen: Einzelgespräche, Paargespräche und Gruppengespräche.

Einzelgespräche sind insbesondere in heiklen Situationen erforderlich, wenn es um Personen geht, die grossen Risiken ausgesetzt sind, z. B. Sans-Papiers: «*Sans-Papiers zusammenzubringen ist schwierig, das ist schwierig ... weil es immer ein bisschen diese Angst gibt, dass andere Bescheid wissen ...*».

Dasselbe gilt für Menschen, die Opfer von Gewalt geworden sind:

> *Wir hatten einige Situationen mit Jugendlichen aus [Herkunftsland], die in der Schweiz eine Partnerschaft eingegangen waren und sich mit HIV infiziert haben, vor oder nach der Partnerschaft. [...] Und dann ist da oft noch der andere, der Partner, der in der Beratung dabei ist, also ist es extrem schwierig, alleine zu sprechen. Ich versuche immer, es so einzurichten, dass ich sie von Zeit zu Zeit allein sprechen kann, wenn ein grosses Risiko für ein Machtverhältnis oder einer Einflussnahme besteht. Und er hatte mir von Situationen, von bestimmten Arten von Sexualkontakten erzählt, die er nicht so gerne hatte, die er aber trotzdem hatte, um dem anderen zu gefallen. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

In manchen Fällen finden abwechselnd **Paargespräche** und Einzelgesprächen statt:

> *Wenn ich mich mit den Partnern treffe, sehe ich sie immer einen Moment lang zusammen, um beiden Informationen zu geben. Und dann versuche ich immer sie allein zu sehen, z. B. wenn ich das Ergebnis mitteile. Oder einen kurzen Moment mit ihnen allein zu sein, um, nun ja, jedem Fragen zu stellen. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Mehrere AKT verweisen auf die Bedeutung der Durchführung von **Gruppengesprächen** in ihrer Praxis und erwähnen beispielsweise Gruppentreffen, insbesondere in der Schule, aber auch in Asylunterkünften – mit Erwachsenen und UM – im Bereich Sexarbeit (Basisinformationen) und in Vereinen für PM (z. B. Gruppengespräche mit Frauen).

> *Es gibt in der Sekundarstufe Gesundheitstage, im letzten Pflichtjahr, und dort bieten sie verschiedene Workshops an. Es sind kleine Gruppen, die in verschiedene Abteilungen geschickt werden, darunter auch unsere Abteilung, die Abteilung für Suchtkrankheiten, usw.*

> *An drei Vormittagen pro Woche haben wir eine kleine Gruppe von 3 bis 8 Jugendlichen, die für 1 oder 2 Stunden in einem Workshop sind. Sie kommen, um zu sehen, wer wir sind, welche Leistungen wir anbieten und oft, um über Dinge zu sprechen, die sie gerade beschäftigen. Das kann je nach Gruppe, die wir haben, unterschiedlich sein, ob sie sich kennen oder nicht ... und dann sprechen wir über das Anlegen von Kondomen oder über die ersten Sexualkontakte. Wir sprechen auch über STI. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

In diesen Gruppen werden verschiedene Themen angesprochen, in Asylunterkünften werden z. B. Geschlechterverhältnisse, Paarbeziehungen, Zustimmung usw. diskutiert. Es hat sich gezeigt, dass die positiven Gruppenerfahrungen, von denen die befragten AKT berichten, das Sprechen erleichtern.

In manchen Gruppen kommen Männer und Frauen zusammen, in anderen Gruppen sind Männer und Frauen getrennt, weil es manchen Menschen unangenehm ist, in Anwesenheit von Personen des anderen Geschlechts über intime Themen zu sprechen. Damit die Gruppengespräche möglichst gut funktionieren, müssen bei der Durchführung die **sozialen Merkmale** der Teilnehmer*innen und **der Akteur*innen** (Alter, Geschlecht, Herkunft usw.) berücksichtigt werden.

> *Wir arbeiten im Tandem eigentlich mit einem Mann, einem Kollegen. Wir haben das absichtlich so gemacht, dass die Jungs einen Mann sehen können und die Mädchen eine Frau. Ich kümmere mich also um den weiblichen Teil der Sache, das ist für sie viel einfacher, damit sie sich äussern können. Man kommt aus einem Land, in dem man nicht darüber spricht, und plötzlich findet man sich irgendwo wieder, wo man darüber spricht ... Ich sage ihnen, wenn ihr Fragen habt, wenn ihr etwas zu sagen habt, dann greifen wir das auf. Sonst senken die Mädchen den Kopf und reden nicht. Deshalb biete ich ihnen an, sie zur Seite zu nehmen. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Eine Interviewpartnerin, die in Schulen tätig ist, erklärt, warum sie Mädchen und Jungen lieber trennt:

> *Die Jungen ergreifen immer leicht das Wort, sie genieren sich nie wie die Mädchen [...] Wenn es eine Frage gibt, stellen sie sie, wenn sie etwas zu sagen haben, sagen sie es. Man sieht, dass sie Spass haben, sie sagen, was sie sich anschauen: 'Den Hintern, Frauen mit schönen Kurven, Madame ... wir mögen das!' Wenn die Jungs reden, trauen sich die Mädchen nicht, etwas zu sagen, deshalb bin ich für die Trennung. Und die Mädchen sagen mir auch danke. Ich habe Kollegen [...], die mit Mädchen und Jungen zusammen arbeiten. Das ist ihre Vision. Meine Vision ist eine ganz andere, und ich finde, dass die Mädchen zu Wort kommen, wenn sie getrennt werden. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

In Bezug auf die Gruppengespräche berichtet ein Interviewpartner von der Wirksamkeit dieser Methode in der von ihm geleiteten Selbsthilfegruppe von Menschen, die mit HIV leben:

> *Wir haben auch ein Plusgruppe, es ist eine Selbsthilfegruppe, die sind positiv Gruppe, die treffen sich 5- bis 7-mal im Jahr hier bei uns. Ich organisiere also den Termin und dann manchmal also ich bin auch dabei, nur für administrativ. Und dann, wenn sie auch noch Informationen, medizinische Informationen oder irgendwelche, die mit Fachwissen zu tun hat, möchten, komme ich und die treffen sich hier. […] Sie sprechen über Medikamente, z. B wie verträglich sind die Medikamente, haben sie Probleme, haben sie Kopfschmerzen ... und dann mit Wohnungen, z. B. Gesundheit und Wohnung, Gesundheit und Jobs ... (AKT)*

Die Anwendung verschiedener Gesprächsformate erscheint somit als eine interessante Praxis. In Einzelgesprächen kann über persönliche Erfahrungen gesprochen werden, in Gruppengesprächen werden

Praktiken und Vorstellungen hinterfragt. Paargespräche ermöglichen es, wichtige Informationen an beide Beteiligten gleichzeitig weiterzugeben.

Abgesehen von den angewendeten Gesprächsformaten erwähnen mehrere der befragten AKT, dass es in Gesprächssituationen zum Austausch über **geteilte Erfahrungen** kommt. Dies gilt insbesondere für AKT mit Migrationshintergrund. In den Augen unserer Interviewpartner*innen handelt es sich um ein sehr nützliches Vorgehen, um das Vertrauen des Gegenübers zu gewinnen und das Gespräch zu öffnen, wie eine Interviewpartnerin, die über das AsylG in die Schweiz gekommen ist, erklärt. Sie spricht oft mit den PM über ihre früheren Erfahrungen als Asylsuchende:

> *Manchmal kann ich über meine eigene Situation sprechen, wie ich in die Schweiz gekommen bin, auch als Asylsuchende. Ich kann also so mit ihnen reden, über unbekannte Dinge, darüber, Leute zu sehen, die sich auf der Strasse küssen – ich war so, mit aufgerissenen Augen. Aber heute sage ich mir, dass das zum Leben gehört, zu gewissen Freiheiten, zu einer gewissen Entfaltung des Lebens als Frau oder Mann. Es stimmt also, dass es meistens dazu führt, dass es eine Öffnung gibt. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Eine Akteurin, die im Bereich LGBTQI+ und Asyl tätig ist, hebt die positiven Aspekte der Tatsache hervor, dass eine Mitarbeiterin in ihrem Team selbst das Asylverfahren durchlaufen hat. Sie bestätigt die Vorteile, die sich aus der Wertschätzung gemeinsamer Erfahrungen im Rahmen von Interventionen ergeben:

> *Für die Leute war es viel leichter, mit dieser Person in Kontakt zu treten, die selbst eine Geflüchtete war, eine Asylsuchende [...] Ich denke, die Frage ist, ob man sich unmittelbar mit dem anderen identifizieren kann, während ich eine westliche Person bleibe, die hier sozialisiert wurde, mit meinen eigenen Sprach- und Verhaltenscodes, ich bin weiss, ich habe keinen Migrationshintergrund, ich sehe auch so aus wie all die Personen, die im Rahmen des Asylverfahrens eine mögliche Gefahr darstellen. [...] Letztlich war es für die Personen oft leichter, mit ihr zu sprechen, weil sie eine gemeinsame Erfahrung teilen, die Migration, und auch alle Stigmata, die man auf dem Migrationsweg erlebt, und weil man sich mit dem anderen über die Gewalt austauschen kann, die man erlebt hat, die man mir erzählen kann, aber die Person wird nicht das gleiche emotionale Feedback spüren. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Schliesslich ist noch anzumerken, dass oft mehrere Gespräche nötig sind, um eine Vertrauensbasis mit den PM aufzubauen, insbesondere bevor man über intime Themen, zu denen auch HIV/STI gehört, sprechen kann.

> *Es braucht ein Treffen, zwei, drei, ab dem vierten, dann versucht man der Person zu erklären, warum man überhaupt da ist. Erstmal ist man ein bisschen so vulnerabel, zweimal versucht man ein bisschen so aus diesem Konzept zu kommen. Beim dritten Mal, mehr oder weniger ist Vertrauen schon da, weil das sind so Stufen. Und dann beim vierten Mal erzählt man über seine Arbeit und ist man wirklich ganz stolz und begeistert darüber. (AKT)*

Interkulturelles Dolmetschen

Ein Eckpfeiler in der Arbeit mit PM ist das Dolmetschen. Alle AKT heben hervor, wie wichtig es ist, eine gemeinsame Sprache zu sprechen, um miteinander reden zu können. Die Rolle der **Dolmetscher*innen** ist dabei von entscheidender Bedeutung.

> *Wenn ich niemanden habe, der dolmetscht, kann ich keine Beratung machen, ich kann keine Tests machen. Es ist wichtig, dass die Person mich versteht [...] Und für unseren Fragebogen ist es wichtig, dass wir die Person gut kennen. Wenn die Person sagt: 'Ich hatte vor ein paar Tagen ungeschützten Sexualkontakt', können wir sie für eine PEP an ein Spital überweisen. Wenn die Person es nicht versteht, kann sie diese Informationen nicht bekommen. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Dolmetscher*innen werden als «**Vermittler*innen**» wahrgenommen, vor allem wenn es darum geht, mit zurückhaltenderen Personen über Sexualität zu sprechen: «*Bei manchen Frauen, die in Fragen der Sexualität sehr zurückhaltend sind, die nicht wagen würden, darüber zu sprechen, da kann es eine Erleichterung sein, jemanden als Vermittler zu haben, der die Verbindung herstellen kann, wenn man merkt, dass es problematisch ist*».

Wenn die Interventionen intime und sensible Themen betreffen und diese mit Menschen besprochen werden, die nicht so sozialisiert wurden, dass man über Sexualität spricht, und wenn die Interventionen im Rahmen von zutiefst asymmetrischen Beziehungen (in Bezug auf Bildung, soziales Umfeld, aber auch auf den Rechtsstatus) stattfinden, dann stellt die Gewährleistung eines guten Verständnisses eine grosse Herausforderung dar.

Es ist jedoch nicht selbstverständlich, dass Dolmetscher*innen eingesetzt werden, die in den verschiedensten Bereichen, die die HIV/STI-Problematik berühren können, kompetent sind. Daher müssen Massnahmen ergriffen werden, damit dieses Instrument die Erwartungen der AKT erfüllen kann. In diesem Zusammenhang betonen mehrere der Befragten, wie wichtig es ist, dass die Dolmetscher*innen darauf **vorbereitet** sind, sensible Themen (Sexualität, HIV/STI) mit Menschen zu besprechen, die sich allenfalls in Situationen grosser Vulnerabilitäten befinden.

> *Es ist besser, die Dolmetscher vorab über die Art der Fragen zu informieren, die gestellt werden. Es gibt Dolmetscher, die sich bei Fragen zur Sexualität nicht wohlfühlen. Es ist nicht so, dass sie schlechte Dolmetscher sind, nicht jeder ist verpflichtet, diese Art von Gespräch zu übersetzen. Wenn man also einen speziellen VCT zu diesen Fragen macht, muss man ihn vorher mit den Dolmetschern erarbeiten. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

In manchen Fällen kann das Unbehagen der Dolmetscher*innen angesichts der angesprochenen Themen so gross sein, dass sie sich weigern zu übersetzen:

> *Wenn die Person, die Asyl beantragt, etwas sagen kann, kommt es manchmal vor, dass die dolmetschende Person sich bei der Übersetzung unwohl fühlt. Und dann ist es ihr peinlich, sie sucht nach Worten, sie zögert mit der Benennung, sie sagt: 'Ah ich weiss nicht, ob ich das sagen darf' oder 'Ich weigere mich, ich kann nicht'. [...] Es sind Verbote [...] ja eine Unmöglichkeit, zum Beispiel über Analsex zu sprechen. Wir haben das auch im Zusammenhang mit Vergewaltigungen gesehen, wo Menschen von Vergewaltigungen erzählen und wo es für die dolmetschende Person sehr schwierig ist, das wiederzugeben. Dasselbe gilt für eine Person, die von homosexuellen Sexualkontakten erzählt, manchmal kann die dolmetschende Person das nicht übersetzen. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Dieses Unbehagen ergibt sich unter anderem aus den Vorstellungen, die die Dolmetscher*innen über Sexualität haben. Diese Vorstellungen, so die Erfahrungen der befragten AKT, beeinflussen ihre Interventionen. Eine Dolmetscherin, die Fortpflanzung im Rahmen der Ehe verortet, war beispielsweise

erstaunt, dass ein Arzt ihr sagt, sie solle eine unverheiratete Frau fragen, ob sie Kinder habe. Ein anderer Dolmetscher wollte das Gespräch, das er übersetzen sollte, für die Botschaft nutzen, dass Analverkehr «*nicht gut ist*»:

> *Und dann habe ich erklärt, dass es wichtig ist, dass wir darüber reden, weil manche Männer denken, dass es beim Analverkehr keine Risiken gibt. Es ist immer hin eine Art über homosexuelle Sexualkontakte zu sprechen. Vielleicht möchte die Person nicht darüber reden, aber sie hört trotzdem, dass Analverkehr gefährlich sein kann, und da sagte er zu mir: 'Ah ja, genau, wir sollten vielleicht Ihre Gespräche dafür nutzen zu sagen, dass man keinen Analverkehr haben sollte, dass das nicht gut ist'. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Für mehrere der Befragten ist es daher wichtig, dass die Dolmetscher*innen eine **Schulung zu HIV/STI, sexueller Gesundheit und Sexualität**, einschliesslich sexueller Orientierungen und Geschlechtsidentitäten von Minderheiten absolvieren. Diese Schulung sollte den Dolmetscher*innen auch die Möglichkeit geben, über ihre Gefühle und Vorstellungen zu sprechen:

> *Die Instrumente, die wir ihnen durch diese Schulungen geben, sind Werkzeuge, die es ihnen ermöglichen, ihre Arbeit auf professionellere Weise zu erledigen. Manchmal machen wir Übungen [...] jeder soll auch sagen können: 'Ich bin verlegen, ich weiss nicht, ob man transsexuell oder transgender sagt, ich weiss nicht, welchen Begriff ich verwenden soll', und es soll auch Raum geben, damit diese Fragen, dieses Zögern, dieses Unbehagen ausgedrückt werden können und man dann daran arbeiten kann [...] Letztlich geht es darum, wohlwollende Räume zu schaffen, in denen diese Gefühle der Verlegenheit oder des Tabus, die oft vorhanden sind, ein wenig beiseite geschoben oder ausgeräumt werden können. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Die Schulung könnte auch zur Bildung von Arbeitsgruppen dienen, die auf der Grundlage der gedolmetschten Sprachen gebildet werden. Dies würde es den Dolmetscher*innen ermöglichen, sich über die Begriffe auszutauschen, die sie im Bereich Sexualität kennen:

> *Was die Frage der Dolmetscher angeht, ist es wichtig, dass die Dolmetscher einer Sprache zusammenkommen und eine Gruppe bilden, weil sie nicht alle die gleiche Sprache sprechen, d. h. dass einige nicht die gleichen Begriffe im Bereich der Sexualität gelernt haben, und sie können dann hören: 'Ah, sieh an, diesen Begriff können wir verwenden'. Ich erinnere mich an einen Dolmetscher, der sagte, dass es in Tigrinya den Begriff Vagina nicht gibt, während andere einen Namen dafür hatten ... (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Ohne die Bedeutung der Ausbildung infrage zu stellen, betont eine befragte Dolmetscherin auch, dass «*die beste Ausbildung die Praxis ist*». Die **Erfahrung** der Dolmetscher*innen scheint also ebenso wichtig zu sein wie ihre Vorbereitung und Ausbildung.

Schliesslich erfordert das Instrument des interkulturellen Dolmetschens eine Auseinandersetzung mit dem **Geschlecht** und der **ethnischen Herkunft** der Dolmetscher*innen. Mehrere der befragten AKT haben Situationen beschrieben, in denen sich Männer mit Migrationshintergrund weigerten, vor einer Dolmetscherin über Sexualität zu sprechen oder vor einem Dolmetscher über Sexualkontakte zwischen Männern zu sprechen.

> *Wir hatten einen jungen Mann, der keinen Dolmetscher haben wollte, das heisst, der sich nicht traute, vor dem Dolmetscher zu sagen, dass er seine Identität infrage stellt. Er hatte eine transsexuelle Freundin, er war in dieser Szene und es gelang ihm nicht sich zu schützen,*

> *er ging viele Risiken ein. Einmal wollten wir ihn zur HIV-Beratung schicken für eine PrEP-Beratung. Ich hatte alles mit dem Dolmetscher organisiert, aber dann ist er auf einmal nicht zum Termin erschienen [...] Danach haben wir realisiert, dass es am Dolmetscher lag. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Was die ethnische Herkunft der Dolmetscher*innen betrifft, so kann die Zugehörigkeit zur gleichen Gemeinschaft dazu führen, dass sich die PM in einer Beratungs- oder Gesprächssituation unwohl fühlen. Die PM befürchten, dass die Informationen, die sie preisgeben, in ihren Herkunftsgemeinschaften weitergegeben werden. Aus diesem Grund muss der Rahmen der Vertraulichkeit immer wieder in Erinnerung gerufen werden und die PM müssen in diesem Punkt beruhigt werden.

> *Unsere Gemeinschaft lehnt HIV-positive Menschen auf unglaubliche Weise ab, und einmal wurde ich von der Infektiologie angerufen, und sie sagten mir: 'Wir haben jemanden mit HIV usw.'. Ich sagte: 'Hören Sie, ich kenne meine Gemeinschaft, fragen Sie die Frau, ob sie einen Dolmetscher haben möchte'. [...] Sie haben Angst, dass wir von ihrer Krankheit erzählen ... Einmal wurde ich angerufen und die Frau ist vor meinen Augen zusammengebrochen und hat gesagt: 'Wenn jemand aus der Gemeinschaft weiss, was ich habe, dann habe ich ein Problem ...' (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

6.3 Kooperationen

Insgesamt werden die **Kollaborationen** von den befragten AKT als **gut**, **sehr gut** oder sogar **ausgezeichnet wahrgenommen**. Es wurden drei Arten von Kollaboration genannt: intrainstitutionelle Kollaboration zwischen Kolleg*innen, die in der gleichen Institution arbeiten (in der gleichen Abteilung oder auch nicht), interinstitutionelle Kooperation zwischen Kolleg*innen verschiedener anderer Institutionen und Kooperationen mit Ehrenamtlichen.

6.3.1 Intrainstitutionelle Kooperation

Die Kooperation innerhalb der Institutionen wurde vor allem von den AKT thematisiert, die in grossen kantonalen Strukturen arbeiten, die für den Bereich der sexuellen Gesundheit zuständig sind. Diese Strukturen bieten verschiedenste Angebote für Personen jeden Alters und Hintergrunds (Präventionskurse, Informationskampagnen, aufsuchende Arbeit, Tests, Rechtsberatung, Angebot von Selbsthilfegruppen usw.), ähnlich wie gewisse regionale Fachstellen der AHS. Sie befinden sich in den grössten Schweizer Kantonen sowie den bevölkerungsreichsten Städten und sind im Bereich Migration und HIV/STI tätig.

Im Vergleich zu den kleineren Einrichtungen sind diese grossen Strukturen institutionell unabhängiger und verfügen über grosse Kapazitäten (finanziell, infrastrukturell, personell). Die grössten unter ihnen bieten eine grosse Bandbreite von Dienstleistungen an (insbesondere medizinische, psychologische, soziale und juristische) und vereinen Expert*innen, die auf zahlreiche Bereiche im Zusammenhang mit der Problematik der öffentlichen Gesundheit, der Sexualität, HIV/STI, der Migration und manchmal sogar der Sans-Papiers spezialisiert sind (Ärzt*innen, Pflegefachpersonen, Pflegehelfer*innen, Berater*innen für sexuelle Gesundheit, Sekretär*innen, Jurist*innen, Mediator*innen, Dolmetscher*innen, Sozialarbeiter*innen usw.).

Einem Akteur zufolge, der in einer solchen grossen Einrichtung arbeitet und in einem auf HIV/STI und Migration spezialisierten Dienst tätig ist, hat die Tatsache, dass eine **Vielzahl von Angeboten innerhalb**

derselben Einrichtung angeboten werden kann, den Vorteil, dass es leichter ist, ein Vertrauensverhältnis zu den PM aufzubauen. Diese ist eine *conditio sine qua non* für eine gewisse Qualität der Betreuung und generell für die Glaubwürdigkeit der Institution:

> *Hier gibt es viele Experten, die sind auch geteilt, Prävention und Migration ist eine Abteilung, Sexualpädagogik ist separat. Die Beratungen für Leute die LGBT sind, die sind auch separat. Es gibt auch für Sex-Workerin, Sozialberatung … also gibt es viele Experten in verschiedenen Bereichen. [...] dazu gibt es auch ein Testzentrum. Das heisst, jemand, die zu uns kommt für Beratung, z. B. wenn er oder sie einen Test machen will, kann er oder sie sich testen lassen, es gibt also verschiedene Testmöglichkeiten, also Syphilis, HIV, Hepatitis usw. Denn wenn die Ergebnisse von dem Test positiv wird, kann er oder sie weiterbehandelt werden. Von A-Z gibt es also diese Angebote bei uns. (AKT)*

6.3.2 Interinstitutionelle Kooperation

Die meisten der befragten AKT, die die interinstitutionellen Kooperationsformen thematisiert haben, betonen die **Bedeutung von Partnerschaftsnetzwerken** für ihre Arbeit. Diese Zusammenarbeit wird als essenziell erachtet, insbesondere für die kleineren Einrichtungen, deren Mittel relativ begrenzt sind.

Die Kooperation zwischen den Partnerinstitutionen erfüllt verschiedene Funktionen. Unter den von den befragten AKT genannten sind zwei Hauptfunktionen hervorzuheben:

- Kompensieren der Grenzen von Dienstleistungen und Angeboten, die von einer Institution angeboten werden, die auf ein bestimmtes Gebiet spezialisierten ist, nicht aber auf ein anderes;
- Unterstützung einer Institution, die die Nachfrage nach Interventionen wegen Kapazitätsgrenzen nicht decken kann.

Zwischen manchen Institutionen besteht die Zusammenarbeit schon seit längerer Zeit. Die AKT nehmen die Kooperationen mit den Partnerinstitutionen derzeit insgesamt positiv war, aber das ist nicht selbstverständlich. Denn einige Interviewpartner*innen berichten von früheren Erfahrungen konkurrierender Beziehungen zwischen Institutionen:

> *Es gab auch Zeiten, in der Entwicklung der Szene, dass die gewisse NGOs ziemlich so konkurrierend zueinander waren. Ich merke das jetzt in den letzten vielleicht 4-5 Jahren ist das eher ein Konsens, dass man klar weiss, was wer deckt und dass wir einander unterstützen. Diese Institution war nie in Konkurrenz zu niemandem, aber einfach so und auch diese Zusammenarbeit mit Partnerinstitutionen ist dadurch auch klar gewesen. Sogar die ehemaligen konkurrierenden Institutionen haben sich auch vernetzt, im Sinne, dass die Leitungen sich zusammentreffen, Situation besprechen und so. Also ich finde jetzt, da ist eine ganz gesunde Situation. (AKT)*

6.3.3 Kooperation mit Freiwilligen

Viele AKT nichtöffentlicher Institutionen arbeiten häufig mit Freiwilligen zusammen. Diese Option hat nicht nur wirtschaftliche, sondern auch praktische Vorteile für die jeweilige Institution. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn sie auf die Unterstützung von spezialisierten und hoch qualifizierten Personen zählen können, die bereits praktische Erfahrungen mit der Zielgruppe der Institution gemacht haben. Die Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Ärzt*innen hat laut einer befragten AKT mehrere Vorteile – sie ist in

einer niedrigschwelligen Einrichtung tätig, die auf Gesundheitsberatung und medizinische Versorgung für Sans-Papiers spezialisiert ist, und zu ihren Aufgaben gehört die Betreuung von Freiwilligen. Zum einen kann durch die Freiwilligen die Zahl der Fachärzt*innen in der eigenen Einrichtung erhöht werden, ohne dass das Budget der Organisation wesentlich belastet wird. Zum anderen kann diese Art des Engagements auf strategischer Ebene auch den Zugang zu mehr oder weniger kostspieligen externen Dienstleistungen erleichtern:

> *Wir arbeiten seit 3 Jahren mit Freiwilligen auch, vor allem freiwillige Ärzte und Ärztinnen hier, die müssen natürlich auch dementsprechend geschult, sensibilisiert und vorbereitet werden auf unser vulnerables Klientel. Wir haben dadurch, dass wir mit Freiwilligen zu arbeiten begonnen haben, sehr viel mehr Geld generieren können. Wenn man sagt: 'Ich brauche für die Sans-Papiers mehr Geld', 'Ja das ist, leider geht das nicht'. Aber wenn man sagt: 'Unser freiwilliger Arzt möchte röntgen, möchte ein MRI, möchte irgendein Labor', dann heisst es: 'Ja selbstverständlich'. (AKT)*

Dies verdeutlicht die finanzielle und praktische Bedeutung der Freiwilligenarbeit, an der hoch qualifizierte Personen beteiligt sind, die privilegierte sozioprofessionelle Positionen innehaben. Der im Zitat erwähnte Fall bringt jedoch ein grundlegenderes Problem zum Vorschein. Er verdeutlicht die bestehenden Schwierigkeiten beim Zugang zu finanziellen Ressourcen für AKT, die im Bereich der Gesundheitsfürsorge für Menschen mit ungeregeltem Status tätig sind. Daher ist es notwendig, «*kleine Taktiken*» anzuwenden, um den Menschen den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen:

> *Und dann ist der Nutzniesser der Patient, wenn der etwas möchte, dann soll er das haben. Und am Schluss hat er sein Röntgen, seine Blutentnahme, die ich nie bekommen hätte, wenn ich gesagt hätte: 'Ja der Sans-Papier braucht eine Blutentnahme, wir müssen was weiss ich irgendetwas machen'. Das ist das, was ich meine. Ich versuche oft auf Umwegen so ein bisschen oder wenn ich an einem Ort anrufe und etwas anmelde, sage ich auch nie direkt: 'Wissen Sie, es ist ein Sans-Papier', oder. Ich erzähle meistens irgendetwas und schaue dann, wie sie so nachfragen. So die kleinen Taktiken ... (AKT)*

Die Situationen von Sans-Papiers sind besonders komplex und stellen die AKT vor Herausforderungen. Aber auch die Situationen anderer PM sind nicht weniger komplex. Dies gilt insbesondere für Personen mit einer unsicheren Aufenthaltsbewilligung und ohne Krankenversicherung. Obwohl also die Interventionsprinzipien klar sind, die Ansätze je nach Erfahrung und Sensibilität gewählt werden und die Instrumente bekannt sind und umgesetzt werden, erfordert die Komplexität der Vulnerabilitätssituationen, mit denen einige PM konfrontiert sind, eine ständige Anpassung der beruflichen Praktiken. Um dies zu verdeutlichen, spricht eine der befragten AKT von der Arbeit von «*Handwerker*innen*»: «*Ich sage, dass wir Medizin wie Handwerker machen. Wir sind gezwungen, Lösungen für jede Person zu finden, weil es einen faktischen sozialen Kontext gibt*».

Wie die Handwerker*innen müssen sie ihre Kreativität einsetzen, um angemessene Lösungen zu finden, die immer in einem bestimmten und oft dringlichen Kontext verortet sind. Mehrere der befragten AKT geben an, dass ihre beruflichen Praktiken eher taktischer als strategischer Natur sind, d. h. sie werden eher Schlag auf Schlag und von Fall zu Fall gehandhabt als im Voraus geplant (De Certeau & Giard, 1990). Ihre Handlungen verweisen auf eine Form von «bricolage» im besten Sinne des Wortes. Diese «bricolage» ist nicht als Schwäche oder Inkompetenz der AKT zu verstehen, sondern als Ausdruck der praktischen Wirksamkeit von Handlungsweisen (De Jonckheere, 2010). Die Einzigartigkeit und Komplexität der Situationen machen die «bricolage» notwendig, doch diese Handlungsform erfordert viel Zeit und

persönliche Ressourcen. Sie hängt mit den persönlichen Kontakten zusammen, die die AKT zu anderen AKT aufbauen, mit ihrem «Adressbuch». Sobald die Partner*innen ihre Funktion aufgeben, fängt alles wieder von vorne an, denn es handelt sich um nicht-institutionalisierte Interventionsformen, die sich in den Zwischenräumen der Institutionen abspielen und manchmal erst aus der Überschreitung institutioneller Normen hervorgehen.

6.4 Schwierigkeiten bei Interventionen im Bereich HIV/STI und Migration

Die AKT geben an, dass sie in ihrer täglichen Arbeit mit zahlreichen Hindernissen und Schwierigkeiten konfrontiert sind. Diese ergeben sich aus den Merkmalen und Lebensumständen der PM, aber auch aus der Organisation und Funktionsweise der Institutionen, dem Föderalismus und der Gesundheits- und Asylpolitik in der Schweiz[22].

6.4.1 Strukturelle und institutionelle Beschränkungen

Mangel an wirtschaftlichen und personellen Ressourcen

In Bezug auf die institutionelle Ebene wurden von den befragten AKT zwei Hauptschwierigkeiten thematisiert. Die erste Schwierigkeit ergibt sich aus dem **Mangel an wirtschaftlichen und personellen Ressourcen**, um die für jede Präventionsmassnahme grundlegende zwischenmenschliche Arbeit durchzuführen**.** Wie wir gesehen haben, sind für die wirksame Durchführung von Präventionsmassnahmen eine ganze Reihe von Bemühungen zur Schaffung und Aufrechterhaltung eines Vertrauensverhältnisses erforderlich, sowohl bei Primär- als auch Sekundärpräventionen. Nach Ansicht einiger Befragter sind die für diese Arbeit bereitgestellten Ressourcen jedoch nicht ausreichend, weder seitens der Institution, der sie angehören, noch ganz allgemein seitens der Gesundheitspolitik im Bereich HIV/STI. Ausserdem sollte es nach Ansicht dieser Befragten keine Trennung zwischen dem Sozial- und Gesundheitsbereich geben, denn um Gesundheitsförderung und -prävention zu betreiben, müsse man zunächst Sozialarbeit leisten.

> *Unsere Arbeit ist eigentlich die Prävention von HIV und STI, die Leute sensibilisieren. […] das andere was wir machen, nebenbei, ist quasi eine Sozialarbeit. Unser Auftraggeber sagt uns nicht, dass wir die Leute wirklich betreuen und aufbauen sollen. Er sagt: 'Hier haben Sie Material, hier haben Sie Informationen, schauen Sie, wie Sie Leute mit dieser Zielgruppe sensibilisieren können'. Aber wie wir das machen, ist uns überlassen. Der Rest ist einfach eine Sozialarbeit, die wir nebenbei leisten. […] Das Problem ist, da wären einfach 2 Departemente gefragt. Und ich würde einfach sagen, es ist besser, wenn die beiden Departemente sich irgendwie verbinden können und ein Konzept dann aufarbeiten … (AKT)*

Konkurrenz in den Interventionsbereichen

Die zweite von den AKT thematisierte Schwierigkeit auf institutioneller Ebene betrifft die **Aufteilung des Interventionsbereichs** auf verschiedene Institutionen innerhalb desselben Kantons und mit

[22] Bei der institutionellen Analyse soll kein Unterschied gemacht werden zwischen den «Ebenen», zum Beispiel zwischen den beruflichen Praktiken und der Institution, in deren Rahmen sie stattfinden. Die institutionelle Dynamik durchdringt und prägt die Praktiken, gleichwohl haben die Akteur*innen gewisse Freiheiten bei der Interpretation ihrer Aufgaben und sie greifen auf Lösungen zurück, die über den institutionellen oder sogar gesetzlichen Rahmen hinausgehen. Die Institution steht also nicht «*über*» den Praktiken, sondern wirkt vielmehr «*in*» ihnen (Monceau, 2008).

unterschiedlichen rechtlichen Strukturen (staatliche und nichtstaatliche Institutionen). Daraus können **Konkurrenzverhältnisse** entstehen. Wie wir im Kapitel über die Kooperationen gesehen haben, war dies in der Vergangenheit bei einigen AKT in der Aufbauphase und in den ersten Jahren ihres Bestehens der Fall, als es darum ging, ihren Platz in dem vorbestehenden institutionellen Netzwerk zu finden.

Für andere AKT ist dies nach wie vor Thema. Konkurrenzverhältnisse können sich aus dem allgemeinen oder spezialisierten Profil der Einrichtungen ergeben, die sich einen Interventionsbereich teilen. Das ist zum Beispiel der Fall bei Einrichtungen, die im Bereich HIV/Aids oder sexuelle Gesundheit tätig sind, und bei Einrichtungen, die auf bestimmte Bevölkerungsgruppen und Problematiken spezialisiert sind, beispielsweise LGBTQI+ Menschen. Als stärker empfunden und vermehrt geäussert wird die Konkurrenz zwischen den Einrichtungen, die zur AHS gehören (die regionalen Fachstellen) und den Einrichtungen, die zur Sexuelle Gesundheit Schweiz (SGCH) gehören, der Dachorganisation der Zentren für sexuelle Gesundheit[23].

Die Entwicklung von Aids von einer tödlichen zu einer chronischen Krankheit in den letzten Jahren dazu geführt, dass die regionalen Fachstellen der AHS über die Reorganisation ihrer Angebote nachdachten und neue Argumente/Mittel zur Legitimierung ihrer Aktionen finden müssen, sodass sie sich in der Institutionslandschaft im Bereich der sexuellen Gesundheit neu positionieren. Die Namensänderung mehrerer regionaler Fachstellen ist ein Hinweis für diese Annäherung an die sexuelle Gesundheit. Andere Fachstellen, die sich in der Phase der Konzeptualisierung einer neuen Legitimität befinden, scheinen sich eher an einem umfassenden Gesundheitsverständnis und/oder an der Spezialisierung auf Bevölkerungsgruppen in Vulnerabilitätssituationen zu orientieren.

Die verschiedenen rechtlichen Rahmen der Einrichtungen können zu einer Verschärfung der Konkurrenz beitragen. Die Sexualberatungsstellen sind öffentliche Einrichtungen und als solche vollständig von der Regierung finanziert, die regionalen Fachstellen der AHS sind hingegen NGOs und damit grösstenteils von privater Finanzierung abhängig. Dies führt dazu, dass die NGOs mehr als die anderen Einrichtungen ihre Aktionen legitimieren und ihren Interventionsbereich verteidigen müssen.

Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem politischen System und dem Gesundheitssystem

Politische Entscheidungen haben einen direkten Einfluss auf die Interventionen der vor Ort tätigen Institutionen. Im Gesundheitsbereich betrifft das, wie wir soeben gesehen haben, zum Beispiel die Zuweisung unterschiedlicher Finanzmittel, je nachdem, als wie schwerwiegend ein Problem der öffentlichen Gesundheit erachtet wird. Es betrifft aber auch die Identifizierung von Zielgruppen, in Bezug auf welche die Institutionen vorrangig tätig werden sollen. Im Bereich der Migration wirken sich **politische Entscheidungen** im Zusammenhang mit der Aufenthaltsbewilligung auf das **Profil der Menschen** aus, die Einrichtungen zum Empfang und zur Betreuung von PM aufsuchen. Beispielsweise hat die Abschaffung der L-Bewilligung für Cabaret-Tänzerinnen mit Migrationshintergrund im Jahr 2015 zu erheblichen Veränderungen im Profil der Besucher*innen von Sexarbeit-Vereinen oder niedrigschwelligen Einrichtungen geführt.

> *Politische Entscheidungen haben auch unsere Klientel-Struktur verändert, z. B. ist das passiert, als der Cabaret-Status aufgehoben wurde. Bis Ende 2015 haben wir viele Cabarets in [Stadt Name] gehabt. Darum muss ich aber sagen, die sind nicht in dem Sinne, wie wir jetzt über Vulnerabilität sprechen so vulnerabel gewesen. Sehr gut ausgebildete Frauen, haben*

[23] Um die Anonymität dieser AKT zu schützen, verzichten wir hier darauf, ihre Aussagen zu zitieren.

> *Krankenkasse gehabt, haben Sprache beherrscht, Englisch top. Sind mit klaren Fragen gekommen, haben eine ganz andere Gesundheitskompetenz gehabt und die sind dann weg und der Anteil, dementsprechend ihren Anteil haben die Roma genommen, das ist alles. (AKT)*

Politische Entscheidungen zwingen die Einrichtungen zu mehr **Anpassungsfähigkeit**, da sie ihre Angebote an die jeweils **neuen Profile der in der Schweiz aufgenommenen PM** anpassen müssen. Die Diversität und die Veränderungen der Migrationsströme stellen die AKT immer wieder vor neue Herausforderungen, je nach Profil der Personen, die in die Schweiz kommen und sich hier niederlassen (in Bezug auf Herkunft, Familienstand, erlittene Verfolgung in der Heimat usw.).

Das föderale System der Schweiz, das den Kantonen auch in den Bereichen Migration und Gesundheit weitgehende Autonomie einräumt, führt zu **kantonalen Unterschieden**, die sich auf die Interventionen der AKT auswirken. Beispielsweise variiert die Toleranz gegenüber Sans-Papiers von Kanton zu Kanton, und wo sie geringer ist, können sich Interventionen bei diesen Personen als schwieriger erweisen, insbesondere wenn es an Geld oder Strukturen für deren Betreuung mangelt.

> *In Genf haben sie noch spezielle Angebote, auch z. B. mit Sans-Papiers, also die keine Aufenthaltsbewilligung haben. Ja also die Bedeutung ist auch ein bisschen unterschiedlich. Wenn man über diese Sans-Papiers oder Leute ohne Aufenthaltsbewilligung spricht, also in Genf ist das ganz anders, hier ist es ganz anders. Hier sind die Sans-Papiers illegal, aber ich glaube, die sind toleriert im Kanton Genf. Und in Genf gibt es diese Angebote speziell nur für Sans-Papiers. Aber bei uns nicht. (AKT)*

Auch die kantonale Organisation des Systems zur Gesundheitsversorgung von PM kann die Massnahmen der AKT behindern. Sie unterscheidet sich generell nach dem Prinzip des Föderalismus von Kanton zu Kanton, doch es ist eine Tendenz zur Unterteilung der Migrationsbevölkerungen in zwei Kategorien festzustellen: einerseits Personen aus dem Asylbereich und andererseits Personen mit irregulärem Status. Wenn also eine PM eine Einrichtung aufsucht, die aufgrund ihres Rechtsstatus in der Schweiz nicht für sie vorgesehen ist, müssen die AKT sie an eine andere Einrichtung verweisen. Dies birg allerdings das Risiko, dass diese Person die andere Einrichtung gar nicht aufsucht.

Über die Unterteilung der Migrationsbevölkerung in verschiedene Kategorien hinaus kann die grosse Anzahl von AKT eine grosse Herausforderung darstellen für die Schaffung und Aufrechterhaltung der Vertrauensverhältnisse – die Grundlage der Intervention –, insbesondere bei der Bewältigung komplexerer Situationen. In solchen Kontexten gehört laut den AKT die Nachverfolgung der Betreuung zu den grössten Schwierigkeiten. Eine Befragte berichtet von einer misslungenen Betreuung: Eine Sexarbeiterin mit regulärem Aufenthaltsstatus wurde im Rahmen einer gynäkologischen Untersuchung positiv auf HIV getestet, doch die Information über diesen positiven Tests ist untergegangen und erst Monate später wieder aufgekommen. Nach Ansicht unserer Interviewpartnerin hätte die Person angesichts der Dringlichkeit der Situation jedoch enger betreut werden müssen. Sie hätte schneller informiert und zu einem spezialisierten Betreuungs- und Behandlungszentrum begleitet werden müssen. Die Interviewpartnerin kritisiert, dass das administrative Vorgehen zum Auffinden der Person in diesem Fall ineffizient war und dass es exorbitante Kosten verursacht hat:

> *Die Frau war nicht informiert, dass sie HIV-positiv war. Und sie war nicht mehr erreichbar, 3 Monate wusste sie davon nichts. Aber durch das, dass alles so hochschwierig ist, sowohl das Spital als auch die Sozialarbeiterin, es kam niemandem in den Sinn, dass sie eventuell den Bus 2 vielleicht nehmen müssten und nach 5 Haltestellen vielleicht einmal dort klingeln. Das sind so Sachen, wo ich finde, kompliziert. Der Assistenzarzt, der sagt es dem Oberarzt vom*

> *Spital, der Oberarzt dem Leitenden, dann dem Chefarzt, dann der Chefarzt spricht mit der Direktion, die Direktion mit dem Kantonsarzt, der Kantonsarzt kontaktiert meinen obersten Chef, der kontaktiert meine Chefin und ich bekomme den Auftrag.' (AKT)*

Grenzen der Krankenversicherung

Die grösste Schwierigkeit, die von den befragten AKT thematisiert wurde, betrifft das Versicherungssystem, insbesondere im medizinischen Bereich. Im Allgemeinen wird das Krankenversicherungssystem von den meisten Befragten als «*gut*» eingestuft, vor allem im Vergleich zu anderen Ländern wie die USA oder einige EU-Ländern. Die grosse Mehrheit der Befragten ist sich jedoch auch einig, dass es ihre Arbeit erschwert.

> *Ehrlich gesagt haben wir kein System, das uns besonders gut hilft. Was die Papiere angeht, ist es extrem schwierig. Was die Versicherungen angeht, ist es schwierig. Das Gesundheitssystem selbst ist nicht unbedingt einfach, aber ich würde sagen, dass das Schwierigste die Papiere und die Versicherungen sind. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Wie bereits erwähnt, sind die Informationen im Zusammenhang mit Versicherungen kompliziert und für Menschen, die mit diesem System nicht vertraut sind, schwer verständlich, insbesondere für Menschen mit niedrigem Bildungsniveau und geringen Kenntnissen der Landesprachen. Aus diesem Grund müssen die AKT den PM diese Dinge erklären. Die administrativen Schritte für den Beitritt zu einer Krankenkasse sind ebenfalls sehr komplex. Um sie zu erledigen, benötigen die PM Unterstützung. Wenn die Schritte erfolgreich abgeschlossen sind, müssen die monatlichen Prämien bezahlt werden. Auch hier sind die AKT involviert und versuchen von Fall zu Fall und je nach Möglichkeiten in den einzelnen Kantonen Lösungen zu finden, damit PM in prekären wirtschaftlichen Verhältnissen die Kosten tragen können.

Eine weitere Schwierigkeit, die das Versicherungssystem für die AKT mit sich bringt, ist die nicht garantierte Anonymität, die, wie bereits erwähnt, von entscheidender Bedeutung ist, um das Vertrauen der Personen zu gewinnen, die die Einrichtungen der AKT besuchen. Das trifft beispielsweise auf Menschen mit ungeregeltem Aufenthaltsstatus zu, die bei einer Aufdeckung eine mögliche Ausweisung fürchten, oder auf Jugendliche, deren Eltern nichts von ihrer aktiven Sexualität wissen.

> *Wir haben das grosse Problem, wenn wir mit vertraulichen Abtreibungen konfrontiert sind, und ich kann Ihnen nicht sagen, wie wir mit den Krankenkassen verhandeln müssen, mit der Rechnungsstellung des Spitals, mit den Labors, die die Analysen gemacht haben ... Es ist sehr, sehr kompliziert, diese Dinge vertraulich zu machen, obwohl es ein Recht ist, sogar für Minderjährige. Ein weiteres Problem ist, dass die Krankenkassen, wie wir es erlebt haben, in der Auflistung für die Steuererklärung alle erbrachten Leistungen aufführen ... und da habe ich mich gewehrt, aber es war nichts zu machen. Es ist kompliziert, es ist sehr, sehr kompliziert. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Eine weitere Schwierigkeit, die das Versicherungssystem für die AKT mit sich bringt, sind Behandlungen, die nicht erstattetet werden. Dies gilt insbesondere für die PrEP, deren Kosten sehr hoch sind. Das bereits erwähnte SwissPrEPared-Programm ermöglicht es interessierten Menschen zwar, das Medikament zu einem günstigen Preis zu erhalten. Die Erstattung der Kosten für die notwendige medizinische Begleitung (die immer noch beträchtlich sind) ist jedoch nicht mit Sicherheit gewährleistet.

> *PrEP ist nach wie vor gebunden an Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Wir haben nicht einen Fond, welcher die PrEP von Leuten, die sich das nicht leisten können, übernehmen würde. Mit SwissPrePared gibt es zwar die Möglichkeit, das Medikament günstig zu beziehen, aber das Medikament ist wirklich einfach nur ein Punkt, das darf man nicht vergessen, es gibt diese Begleituntersuchungen und die kosten einfach etwas. Und dort wird es dann schwierig. […] Also die Tests vorher und währenddessen, die sind wichtig, dass sie gemacht werden. Und von dem her ist das immer noch eine Hürde für Leute mit wenig finanziellen Ressourcen … (AKT)*

Dieser Befragte sieht die Kosten der PrEP sehr kritisch und findet, diese Lösung sei für Menschen mit finanziellen Schwierigkeiten zu teuer. Aus diesem Grund verzichtet er darauf, sie anzubieten, und verweist gleichzeitig auf die sozialen Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Schliesslich wird die Tatsache, dass die PM keine Krankenkasse haben, im Falle eines positiven HIV-Tests als besonders problematisch beschrieben, insbesondere für diejenigen, die niedrigschwellige Einrichtungen aufsuchen. Die Aufnahme und Betreuung dieser Personen in einer nicht-universitären Spitaleinrichtung wird von den AKT angesichts der Kosten für eine ART als unmöglich angesehen. Wenn ein solcher Fall eintritt, ist die Vermittlung der Personen in einen anderen Kanton notwendig, der über ein Universitätsspital mit entsprechenden Geldern oder Rückstellungen verfügt.

Prekarität und Mobilität als Grenze der Versorgung

Die sehr **prekären wirtschaftlichen** Bedingungen, unter denen ein Teil der PM lebt, machen die HIV/STI-Interventionen der AKT schwierig und komplex. Da diese Menschen mit der Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse beschäftigt sind, stellen sie allfällige gesundheitliche Sorgen hinten an. Dies konfrontiert die AKT mit **sogenannten Spätdiagnosen** und dem Erfordernis, in einer **Notsituation** zu handeln, sowohl in medizinischer als auch in finanzieller Hinsicht. Es geht darum, Zuschüsse zu beschaffen, damit diese Personen die Gesundheitsversorgung erhalten, die für die Behandlung der STI, an denen sie leiden, erforderlich ist. Viele der PM sind nämlich aufgrund der damit verbundenen Kosten nicht bei einer Krankenkasse versichert. Die Schwierigkeiten werden besonders gross, wenn sie eine Konsultation in einem Spital benötigen, für die 500 CHF verlangt wird: «*Für mich, persönlich, als Arzt, heisst es, jemanden ohne Versicherung in ein Spital zu schicken ... Wir machen das, keine Sache, aber es ist halt jedes Mal ein Kampf».*

Wenn rechtliche Instabilität mit wirtschaftlicher Prekarität zusammenkommt, vervielfachen sich die Herausforderungen, denen sich die AKT gegenübersehen. Die PM sind laut Angaben der AKT sehr mobil und bewegen sich innerhalb der Schweiz, je nachdem, welche Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten sich ihnen bieten. Ihre **Mobilität** stellt die **Kontinuität der Unterstützung und Versorgung**, die sie erhalten, vor Herausforderungen. In einem Kontext wirtschaftlicher und rechtlicher Prekarität sind auch Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung schwieriger zu realisieren.

> *Und dann denke ich, dass sich diese Vulnerabilität direkt auf die Gesundheit auswirkt, denn wenn du in einer schwierigen Situation bist, wie kannst du dann einen Vortrag hören, selbst wenn es um Prävention geht? Dass man abnehmen soll, dass man sich gut ernähren soll, dass man die Zähne putzen soll, dass man Sport treiben soll, dass man sich schützen soll ... (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Mehrere AKT plädieren dafür, dass alle Angebote der Primär- und Sekundärprävention (von der Beratung über Tests bis hin zur Medikamentenabgabe) in derselben Einrichtung angeboten werden sollten. Dies würde es den Menschen ersparen, mehrere Einrichtungen besuchen und jedes Mal wieder von vorne anfangen zu müssen, ihre Geschichte zu erklären. Es würde das Risiko verringern, Personen während der medizinischen Betreuung zu verlieren.

6.4.2 Einschränkungen aufgrund der soziokulturellen Situationen

Schwierigkeiten im Kontext von Ausbeutungssituationen

Je mehr Benachteiligungen (wirtschaftliche, rechtliche, sprachliche und andere) bei den PM zusammenkommen, desto grösser ist die Gefahr, dass sie in **Unterhalts- und Ausbeutungsverhältnisse** geraten, wodurch sie stärker verschiedenen Formen von Gewalt (verbaler, körperlicher und sexueller Gewalt) ausgesetzt sind. Diese Ausbeutungssituationen stellen die AKT vor mehrere Herausforderungen. Zunächst einmal die **Herausforderung, diese Situationen aufzudecken**, die von den Beteiligten meist weder wahrgenommen noch als solche benannt werden. Dies gilt insbesondere für sexuelle Gewalt gegen PM, die in ihrem Herkunftsland missbräuchlichen Formen der Sexualität ausgesetzt waren.

> *Wenn man sieht, was in diesen Ländern passiert mit Europäern, die kommen und diese Jungen missbrauchen, dann sind sie wahrscheinlich schon immer in einem Modus der ... na ja, Zustimmung ist etwas, das sie nicht kennen, weil sie nie damit gelebt haben. Wenn man von sexueller Gewalt in unserem Sinne spricht, dann denke ich, dass sie alle mehr oder weniger sexuelle Gewalt erleben. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Sobald die Situation erlittener Gewalt erkannt ist, müssen verschiedene Bedingungen erfüllt sein, damit das Opfer **Anzeige** gegen die missbrauchende Person erhebt. Dies ist jedoch nicht der Fall, wenn sich das Opfer illegal in der Schweiz aufhält und befürchten muss, ausgewiesen zu werden, rechtlich (durch Heirat erworbene Aufenthaltsbewilligung) oder finanziell von der missbrauchenden Person abhängig ist.

> *Es ist schwierig, Anzeige zu erstatten, und wahrscheinlich gibt es auch keine Anzeige, weil schon der Begriff des sexuellen Missbrauchs ... verharmlost wird. Ein Beispiel: Eine Person, die in der Beziehung geschlagen wurde, ging in die Abteilung für Gewaltmedizin und es wurde ein Befund erstellt. Aber da sie auf der Strasse war, hatte sie sich eine Woche später mit dem Täter versöhnt und zog dann wieder zu ihm zurück. Ist man in einer solchen Situation wie dieser, da kann man nicht Anzeige erstatten. Und in diesem Fall hinderte die Person sie daran, rauszugehen, zu telefonieren, ein Leben zu haben ... es stellte sich die Frage nach Menschenhandel ... (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Wenn Interventionen bei **Opfern von Menschenhandel** erforderlich sind, ist auch zu beachten, dass es für die AKT nicht einfach ist über HIV/STI zu sprechen, denn sie bewegen sich in einem Kontext, in dem bereits anderes, oft schreckliches Leid erlebt wird.

> *Eigentlich ist es unsere Hauptaufgabe die Leute zu sensibilisieren in HIV und STI. Aber wenn man in solchen Situationen ankommt und die Leute sagen: 'Ok, ich wurde schon 2-mal verkauft irgendwo unterwegs, bis ich in Griechenland angekommen bin, dort wurde ich von einem Typen vergewaltigt'. Und das sind so wirklich die Situationen, die sehr emotional sind. […] Und dann versucht man einfach zu trösten und ihnen mehr Sicherheit zu vermitteln und zu sagen: 'Ok, hier sind sie wenigstens in einem Asylheim, wo sie betreut werden'. […] Wir*

> *arbeiten mit Emotionen. Und manchmal ist es schwierig, die Grenze zu finden zwischen ihrer Geschichte und dem, was wir eigentlich machen müssen. (AKT)*

Schwierigkeiten in kontrollierenden sozialen und familiären Kontexten

Für die AKT vor Ort kann es schwierig sein, Situationen von Ausbeutung und Gewalt zu erkennen, denen bestimmte PM ausgesetzt sind. Genauso schwierig kann es auch sein, mit Menschen zu arbeiten, die in einem **Beziehungs- oder Familienkontext** leben, der als **«*kontrollierend*»** beschrieben wird. Dies kann bei Menschen mit HIV der Fall sein, die mit Partner*innen oder Ehepartner*innen zusammenleben, die nichts von ihrer Infektion wissen. Die Kommunikationsformen, die die AKT bei diesen Menschen anwenden, müssen sorgfältig ausgewählt werden, um die Geheimhaltung ihres HIV-Status zu wahren.

> *Für ein Essen mit 15 bis 20 Personen erstelle ich jeden Monat meine Liste: normaler Brief, SMS, WhatsApp. Im Brief schreibe ich: 'Eine kurze Nachricht, um Sie zu unserem nächsten Frauenessen einzuladen, das an unserem üblichen Ort stattfindet'. Ich gebe keine Adresse an, keinen Briefkopf, nichts, voilà, ein neutraler Umschlag. Weil mir eine gesagt hat: 'Nicht per SMS', der Herr lese alle ihre Nachrichten ... (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Ein weiterer familiärer Kontext, der als «*kontrollierend*» beschrieben wird, ist der von jungen Migrant*innen oder Kindern von Immigrant*innen, die bei ihren Eltern leben. Die Kontrolle der Eltern über die Sexualität ihrer Kinder ist Teil eines normativen Kontexts, der Jungfräulichkeit bis zur Heirat (insbesondere für Mädchen) und hetero-cis Normativität fördert. Wie wir gesehen haben, können diese Normen dazu führen, dass Jugendliche versteckte Sexualpraktiken ausüben und sie so einem höheren Risiko für eine HIV/STI-Infektion ausgesetzt sind, z. B. bei Analverkehr zwischen Männern und Frauen, um die Jungfräulichkeit der Frauen zu wahren, oder bei heimlichem Sexualkontakt zwischen Männern. In diesem Kontext von **Kontrolle** und **Verboten** sind die Interventionen der AKT zum Schutz der sexuellen Gesundheit von Jugendlichen schwieriger, da sie **diskret** und ohne das Wissen der Eltern durchgeführt werden müssen.

> *Das sind Clan-Familien, wo es eine grosse familiäre Kontrolle gibt, aber andererseits auch eine grosse Solidarität, es gibt ein Für und Wider. Man kann diese jungen Mädchen schon treffen, man macht es heimlich, man muss alles verheimlichen für eine Einnahme der Antibabypille ... und wenn diese Mädchen dann mit 16-17 Jahren schwanger werden, weil sie keine Verhütung umsetzten konnten, dann ist das kompliziert. [...] Es muss vertraulich sein, denn man hat wirklich den Eindruck, dass es in manchen Familien um den Ausschluss aus dem Clan, um Ablehnung geht. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Tabus in Bezug auf sexuelle Themen

Sexualität ist ein intimes Thema und darüber zu sprechen ist unabhängig von der Herkunft, dem Geschlecht, dem Bildungsstand und dem sozialen Hintergrund oft schwierig. Es ist aber noch schwieriger darüber zu sprechen für **Menschen, die nicht so sozialisiert wurden, dass man über Sexualität spricht**. Alle befragten AKT stimmen darin überein, dass Sexualität in Gemeinschaften afrikanischer Herkunft sowie in mehreren Gemeinschaften des Nahen Ostens, z. B. in afghanischen oder syrischen Gemeinschaften, einen «*Tabu*»-Charakter hat. Auch geschlechtsspezifische Unterschiede werden angesichts dieses «*Tabus*» festgestellt: Die Sozialisierung, über Sexualität zu sprechen, wird bei Männern als noch weniger legitim empfunden.

> *Kulturell ist es manchmal für einen Teil der Männer immer noch sehr schwierig, über Sexualität zu sprechen. Also jetzt grad so bei den nordafrikanischen Männern gehe ich manchmal einfach aus dem Raum und lasse den Arzt sprechen, dann kommen die schnell auf alle Themen. […] Es braucht einfach von sich selbst ein gewisses Gespür. Es ist mir auch schon passiert, dass jemand kam, und mir quasi ein Zettel in die Hand drückte: 'Jemand hat mir gesagt, ich solle das und das und das abklären lassen'. […] Syphilis, das ist bei uns sehr häufig, ist da auch draufgestanden und der Patient hat gar nicht darüber gesprochen … (AKT)*

Auch bei den befragten PM taucht der Begriff «*Tabu*» immer wieder auf, wenn es um die Frage geht, ob das Thema Sexualität in Familien mit Migrationshintergrund angesprochen wird. Sexualität wird oft als ein Thema wahrgenommen, über das zu sprechen in der Familiensphäre aus Sittlichkeitsgründen undenkbar ist. Eine Frau, die in einem Land des Nahen Ostens geboren wurde, erzählte uns, dass sie als Jugendliche Opfer übergriffiger affektiver und sexueller Annäherungen geworden sei. Sie habe aber nicht mit ihren Eltern darüber gesprochen, da ihrer Ansicht nach die Eltern oder jede andere «*ältere Person*» wohl die Frau als schuldig erachten würden.

> *Und dann, wir konnten das auch nicht den Eltern erzählen 'Der hat so gemacht' oder so. Weil fast immer Frauen sind schuld. 'Was hast du gemacht, dass er hat das gemacht?' Darum wir konnten niemals solche Sachen Eltern oder einer, egal, Tante oder jemand, der älter als du ist, erzählen. (PM)*

Die AKT betonen, dass viele der PM, mit denen sie in Kontakt stehen, nicht über Sexualität sprechen, was die Durchführung von Präventionsmassnahmen erschwert. Noch schwieriger wird es, wenn die **Sexualität**, insbesondere die männliche Sexualität, **über den hetero-cis-normativen Rahmen hinausgeht** und/oder in einem **ausbeuterischen Kontext** stattfindet, dem sich die Person aufgrund der äusserst prekären Lebensbedingungen nicht entziehen kann.

> *Es gab eine Situation, in der ein junger Mann aus [Herkunftsland] mit einem älteren Mann verkehrte, der ihn unterhielt und schliesslich auch von diesem jungen Mann profitierte, der vielleicht nicht unbedingt homosexuell war ... Sie befinden sich also auch in solchen Situationen ... und das macht es oft schwieriger, über diese Fragen zu sprechen, vor allem wenn es sich um Beziehungen zwischen Männern handelt. Und ich denke, für manche ist es wirklich auch eine finanzielle Frage, eine Frage des Überlebens. Und es geht nicht darum, dass sie selbst vielleicht homosexuell sind. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Herausforderungen aufgrund von Überzeugungen über HIV

Laut den befragten AKT beeinträchtigen bestimmte Vorstellungen und Überzeugungen, die PM allenfalls über HIV/STI haben, ihre Interventionen sowohl auf der Ebene der Primär- als auch der Sekundärprävention. Im Bereich der Sexualkontakte stellen die Überzeugungen über alternative Schutzformen im Gegensatz zu den von den zuständigen Behörden empfohlenen Schutzformen eine Herausforderung für die AKT dar.

> *Aber ich dachte an einen interessanten Fall eines Migranten aus Subsahara-Afrika, den ich immer auf PrEP hatte setzen wollen, weil er enorme Risiken eingegangen ist. [...] Und typischerweise ist er einer von denen, bei denen es mir nicht gelungen ist. [...] Wie Sie sehen, geht es also nicht nur um Geld, denn ich glaube sogar, dass die Person, die ihn unterhält, bereit gewesen wäre, dafür zu bezahlen. Da geht es um einen Zugang, den ich nicht verstehe.*

> *Vielleicht denkt er, dass er eine Art Immunität hat, dass er sich nie etwas einfangen wird ... (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Im Bereich der Sexarbeit kollidieren, wie wir gesehen haben, zum Teil die von den AKT eingebrachten Präventionsinformationen mit den von den «*alten Hasen*» vermittelten Informationen, die ihre Legitimität daraus beziehen, dass sie von jemandem aus dieser Berufssparte kommen.

Die befragten AKT sind der Meinung, dass die Angst der PM vor einer Infektion, die viele als stigmatisierend erachten, das Testen erschwert und somit im Falle eines positiven Testergebnisses den Beginn einer Behandlung verzögert. Dasselbe gilt für den Glauben an alternative Heilmethoden, die von einigen Befragten erwähnt wurden.

Ablehnung sexueller Minderheiten

Laut den AKT ist die hetero-cis Normativität (Norm der Heterosexualität ist vorherrschend) stark präsent in den Herkunftsländern und in den Herkunftsgemeinschaften in der Schweiz. Aus diesem Grund neigen Menschen, die **einer sexuellen Minderheit angehören**, dazu, ihre von der «Norm» abweichende SOGI aus **Angst vor Stigmatisierung und Ablehnung** zu verdrängen. Zu diesen Personen gehören Männer unterschiedlicher ethnischer Herkunft, die Sexualkontakte mit Männern haben, sich aber nicht als Homosexuelle oder Schwule identifizieren. Im Fall junger afghanischer Männer werden laut einer befragten AKT ihre Sexualkontakte mit Männern allenfalls mit der Praxis «*Bacha Bazi*» in Verbindung gebracht, mit der sie in ihrem Herkunftsland sozialisiert wurden. Diese Praxis besteht darin, dass Jugendliche erwachsenen Männern Lust bereiten, ohne dass dies als homosexuelle Praxis angesehen wird.

> *Die meisten Jugendlichen, die Sex mit Männern haben, würden niemals sagen, dass sie homosexuell sind, zum Beispiel. Und sie würden, ich glaube, das ist kulturell bedingt, das ist interessant, weil sie sagen würden: 'Nein, ich bin nicht schwul, aber ich kann Sex mit Männern haben'. [...] Ich habe versucht, das mit den Kulturvermittlern anzuschauen, das mit ihnen zu diskutieren, aber ich glaube, dass es Bacha Bazi Praktiken gibt. Das gibt es dort, wo eben auch kleinere Jungen an der Lust der erwachseneren Männer teilhaben können. Ist es das? Ich weiss es nicht, es sind nur Vermutungen, die ich anstelle, ohne es zu wissen. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Mehrere der befragten AKT sind der Meinung, dass Menschen mit nicht-hetero-cis Orientierung und/oder Identität, wie **MSM** und **trans Menschen**, eine **schwer zu erreichende Bevölkerungsgruppe** darstellen: «*Es sind wieder Länder ... ich meine, sie werden getötet, wenn sie homosexuell sind, also ich meine, die Verdrängung muss ziemlich gross sein. [...] Das ist wie bei den Roma. Es gibt eine ganze Roma-Gemeinschaft, zu der wir überhaupt keinen Zugang haben*».

Laut unseren Interviewpartner*innen haben diese Menschen nicht nur Angst vor Stigmatisierung und Ablehnung seitens der Herkunftsgemeinschaften, sondern auch seitens der eigenen Familie. Je mehr diese als kontrollierend wahrgenommen wird, desto mehr wird die Selbstidentifikation als LGBTQI+ Person beeinträchtigt.

Situationen, in denen andere als hetero-cis Identitäten von den Betroffenen selbst und ihren Angehörigen nicht akzeptiert werden, erschweren die Interventionen der AKT. Sie machen die Arbeit in der Primärprävention komplizierter.

> *Es gab einen, an den ich mich erinnere, der regelmässig kam. Er war der Sohn einer Familie aus Osteuropa und hatte viele Fantasien, Sex mit Männern zu haben. Aber er wollte keine*

> *PrEP nehmen, weil er Angst hatte, sie mit nach Hause zu nehmen, weil seine Familie sehr intrusiv war und er Angst hatte, dass jemand das Medikament finden könnte. Er war jemand, der sagte: 'Ich werde eine Frau heiraten', 'Ich bin heterosexuell', usw. Aber er hatte ziemlich zwanghafte Beziehungen zu Männern. Er verhütete sehr wenig. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

In diesem Fall ist auch die Sekundärpräventionsarbeit komplizierter, da zu dem Stigma, das mit der SOGI verbunden ist, noch das Stigma von HIV hinzukommt, was für HIV-positive Menschen eine Kumulation von Leid bedeutet. Diese gilt es zu berücksichtigen, damit die Behandlungen unter den bestmöglichen Bedingungen durchgeführt werden können.

> *Es gibt einige Familien, die in der Frage der Sexualität noch sehr konservativ sind. [...] Ich weiss, dass es für einige Jugendliche ein echtes Problem ist, sich mit der Frage der Akzeptanz auseinanderzusetzen. Und dann wirkt sich das auch auf die Selbstakzeptanz der sexuellen Orientierung aus. Das hat zur Folge, dass die Menschen sich weniger testen lassen, seltener ins Zentrum kommen und manchmal mehr Risiken eingehen und sich manchmal sogar infizieren. Und das ist oft eine doppelte Katastrophe, denn die Infektion führt dazu, dass das Selbststigma noch schlimmer ist. Es besteht bereits von Grund auf, weil die Orientierung nicht allzu sehr akzeptiert wird, und mit HIV ist das Stigma doppelt so gross. Manchmal handelt es sich bei diesen Menschen also um Personen, die grosses Leid empfinden. (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

Stigmatisierung der Sexarbeit

Wie bereits erwähnt, geht es auch im Bereich der **Sexarbeit um Stigmatisierung,** was die AKT vor mehrere Herausforderungen stellt. Einerseits müssen sie sehr sensibel sein in diesem Kontext, in dem das Stigma nicht ausreichend thematisiert wird.

> *Also das heisst, Arbeit mit solchen Menschen braucht vor allem auch Zeit. Aber nicht nur Zeit, braucht wirklich Sensibilität. Zu Stigma habe ich grosses Bedürfnis Ihnen wirklich zu sagen, da in dem Kreis, wo wir jetzt reden über diese Frauen, es, ich denke Stigmatisierung müsste viel mehr in der sozialen Welten thematisiert und angegangen werden. (AKT)*

Hinzu kommt, dass es schwierig ist für eine Person, sich selbst als Sexarbeiter*in vor anderen, auch vor dem medizinischen Personal, zu erkennen zu geben. Denn aus Angst, dass ihre Identität als Sexarbeiter*in sichtbar wird, fühlen sich diese Personen allenfalls gezwungen, die von den AKT angebotene Unterstützung abzulehnen, unabhängig davon, wie Unterstützung aussehen könnte. Dies erschwert die Interventionen der AKT.

> *Und dann sage ich, wir können Sie als Verein begleiten. 'Nein, nein, nein, nein, auf keinen Fall, denn wenn ich von [Name des Vereins] begleitet werde, bedeutet das, dass ich Sexarbeiterin bin.' Ich weiss nicht, was sie wirklich sagen, aber selbst dem Gynäkologen werden sie nicht sagen, welchen Beruf sie ausüben. Nicht aus Gewohnheit, sondern aus Angst, dass es eine nicht legale Arbeit ist, also werden wir es dem Arzt nicht sagen, denn wenn er es meiner Familie sagt ... (AKT, übersetzt aus dem Französischen)*

7 Interventionsstrategien

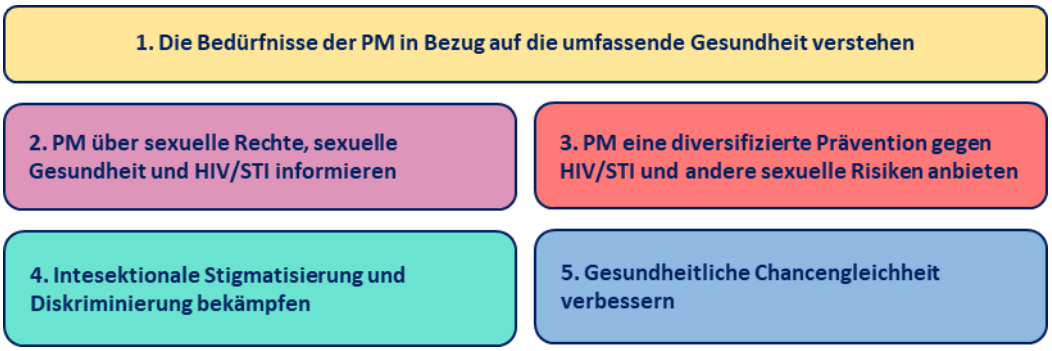
Bevor wir die Interventionsstrategien vorstellen, die aus den drei Befragungen hervorgegangenen sind, erläutern wir die Verwendung des Konzepts der «Interventionsstrategien» anstelle von «Best Practices».

7.1 Interventionsstrategien statt Best Practices

Der Begriff «Best Practice» entstand in der Zeit des New Public Management im Bereich der öffentlichen Politik und bezieht sich auf die Effektivität und Effizienz von Massnahmen, verbunden mit der Rationalisierung von Kosten. In zahlreichen Berichten und Veröffentlichungen von Organisationen wie der WHO oder UNAIDS werden verschiedene Best Practices im Bereich HIV/STI aufgeführt. Sie sollen ein Maximum an Wirksamkeit und ein Minimum an Kosten ermöglichen in Bezug auf Interventionen hinsichtlich der Bedürfnisse der Zielgruppe. Allerdings haben Bedürfnisse einen stark subjektiven Charakter, was bei Präventions- und Förderungsmassnahmen berücksichtigt werden muss. Darüber hinaus bleiben im Konzept der «Best Practices» die pluralistischen und komplexen Dimensionen der heutigen Gesellschaften ausser acht, die zu analysieren sich die Sozialwissenschaften zur Aufgabe gemacht haben. Das Konzept setzt voraus, dass es Praktiken gibt, die besser sind als andere (moralische Konnotation), doch die Praktiken – sofern man sie überhaupt identifizieren kann – hängen von dem in einem bestimmten politischen Feld geltenden Bezugssystem ab.

In einem föderalen System, in dem sowohl die Migrations- als auch die Gesundheitspolitik in jedem Kanton unterschiedlich ist und durch sehr unterschiedliche Praktiken umgesetzt wird, ist es illusorisch zu glauben, dass es möglich ist, Best Practices zu identifizieren, die in jedem Kanton unverändert umgesetzt werden könnten. Darüber hinaus hat die Befragung der AKT gezeigt, dass die Interventionen im Bereich HIV/STI und Migration situierte Praktiken sind. Einerseits müssen sie ständig aktualisiert werden, da sich Gesetzesänderungen auf das Profil der Personen auswirken, die in die Schweiz kommen und bleiben können (oder auch nicht). Andererseits hängen die Interventionen vom Handlungsspielraum ab, den die AKT innerhalb der Institution, in der sie arbeiten, haben. Dieser Handlungsspielraum wiederum ist in den Zwischenräumen zu verorten, die sich in der Migrations- und Gesundheitspolitik ergeben. Diese Feststellungen decken sich mit den Ergebnissen des jüngsten Berichts zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in der Schweiz (Müller et al., 2017). Es zeigt sich eine regionalspezifische «Versorgungskultur»: In der Westschweiz investiert der Staat mehr in die öffentliche Gesundheit, indem er auf PM ausgerichtete Unterstützungen anbietet, während in der Deutschschweiz Einrichtungen speziell für PM seltener sind.

Aus den obengenannten Gründen bevorzugen wir es, bei unserer Reflexion von Interventionsstrategien zu sprechen. Wir haben unsere Überlegungen auf der Grundlage der Ergebnisse der drei Befragung angestellt und die Interventionsstrategien um fünf allgemeine Ziele bzw. Achsen herum organisiert:



Diese Interventionsstrategien wurden der PARTEN-Gruppe vorgestellt. Sie brachte Anmerkungen an, die in die nun folgenden Ausführungen eingearbeitet wurden. Jedes übergeordnete Ziel wird in Form einer Tabelle dargestellt, in der auch die spezifischen Ziele, Ansätze, Instrumente, Massnahmen und Institutionen aufgeführt sind. Da dieser Teil des Berichts auf den Ergebnissen der drei Befragungen beruht, enthält er weniger Zitate von Interviewpartner*innen als die vorherigen Teile.

Die Empfehlungen, die in diesem Dokument enthalten sind, widerspiegeln ausschliesslich die Meinung der Autor*innen. Sie können daher von den Positionen des BAG abweichen.

7.2 Die Bedürfnisse der PM in Bezug auf die umfassende Gesundheit verstehen[24]

Oberziel 1: Die Bedürfnisse der PM in Bezug auf die umfassende Gesundheit verstehen				
Spezifische Ziele	**Ansätze**	**Instrumente**	**Massnahmen**	**Institutionen**
• Zuhören und die Bedürfnisse der PM erkennen (Aufenthaltsbewilligung, Wohnung, Arbeit, Gesundheit usw.) • Sich für das Wissen der PM über HIV/STI interessieren • Sich für die Vorstellungen (Gesundheit, Krankheit, HIV/STI, Gender, Sexualität, Kondome usw.) und Überzeugungen der PM interessieren • Sich für die Erfahrungen der PM interessieren (Migration, Sexualität, HIV/STI, Sexarbeit usw.)	• Umfassendes Gesundheitsverständnis • Inklusiver Ansatz • Intersektionaler Ansatz • Personenzentrierter Ansatz • Gemeinschaftsbasierter Ansatz • (→ Partnerschaft mit PM & Ausbildung von Peers) • Aufsuchende Arbeit • Multidisziplinärer Ansatz	• Einzelgespräche • Paargespräche • Gruppengespräche • Dolmetschen • Wissenschaftliche Forschung	• Empathisches Zuhören • Datenschutz • Anonymität • Wohlwollen, Nicht-Bewertung • (→ Sensibilisierung des medizinischen Personals)	• Regionale Fachstellen der AHS • Zentren für sexuelle Gesundheit SGCH • Checkpoints • Spitäler (HIV/STI und Migration) • Andere ambulante medizinische Einrichtungen • Andere NGOs (versch. Milieus: Sexarbeit, Asyl, Migration, LGBTQI+, Sans-Papiers, Menschenhandel) • Universitäten, Hochschulen und andere Forschungsinstitute • BAG • EKSI

[24] Bei der Darstellung der Interventionsstrategien haben wir die folgende Farbcodierung verwendet: schwarz für fortzuführende Interventionen, blau für auszubauende Interventionen und rot für neu einzuführende Interventionen. Jeder Tabelle folgen nützliche Erläuterungen zur Interpretation, zum Verständnis und zur Kontextualisierung. Wir fügen auch Verweise hinzu auf in der Schweiz durchgeführte Studien im Zusammenhang mit den angesprochenen Aspekten.

Spezifische Ziele

Zuhören und die Bedürfnisse der PM erkennen

Gemäss den Erfahrungen und Ansichten vieler der befragten AKT und PM steht die sexuelle Gesundheit für Menschen, die vielfältigen Vulnerabilitäten ausgesetzt sind, nicht im Mittelpunkt. Andere Anliegen sind viel dringlicher: der Zugang zu Lebensmitteln, Unterkunft, Aufenthaltsbewilligung und Arbeit. Daher ist es wichtig, zunächst einmal zuzuhören und die Bedürfnisse der PM zu erkennen.

Sich für das Wissen der PM interessieren

Anstatt von Anfang an Informationen über HIV/STI zu vermitteln, sollte zunächst in Erfahrung gebracht werden, was die PM bereits über HIV/STI wissen. Die Informationen sind entsprechend anzupassen.

Sich für die Vorstellungen und Überzeugungen der PM interessieren

Dieses Ziel ist von grundlegender Bedeutung, denn wie wir gesehen haben, spielen die Vorstellungen und Überzeugungen der PM eine wichtige Rolle bei der Annahme (oder Nichtannahme) von Präventionsmassnahmen. Es geht darum, die Vorstellungen (über HIV, Sexualität, Gender usw.) und Überzeugungen der PM zu kennen, um geeignete Präventionsangebote machen zu können. Beispielsweise wird man nicht das gleiche Ergebnis erzielen im Gespräch über das Aushandeln der Verwendung von Kondomen, wenn die Frau, mit der man spricht, eine paritätische Sicht der Geschlechterbeziehungen in der Partnerschaft hat, als wenn die Frau der Überzeugung ist, dass der Mann das Sagen hat, auch im Bereich der Sexualität. Dies wurde sowohl von AKT als auch von PM berichtet.

Die Erfahrungen der PM kennen

Um geeignete Präventionsangebote zu machen, gilt es, sich für die Erfahrungen zu interessieren, die die PM bereit sind zu teilen und die mit Migration, Sexualität, Sexarbeit und anderen Erfahrungen zusammenhängen.

Ansätze

Um die Bedürfnisse der PM zu verstehen, müssen mehrere komplementäre Ansätze kombiniert werden.

Das **umfassende Gesundheitsverständnis**, das auf einer ganzheitlichen Sicht von Gesundheit beruht, ermöglicht es, alle Determinanten der Gesundheit wie Bildung, Arbeit, Wohnen, Armut usw. zu berücksichtigen.

Der **inklusive Ansatz** ermöglicht es, alle Menschen einzubeziehen, indem die Kategorien der Zielpopulationen auflöst werden, die im Hinblick auf die Komplexität und Intersektionalität der sexuellen und geschlechtlichen Identifikationen sowie der sexuellen Praktiken zu reduktiv sind. Einen inklusiven Ansatz zu verfolgen bedeutet, mit ethno-hetero-cis-zentrierten Ansätzen zu brechen.

Der **intersektionale Ansatz** ermöglicht es, wie wir gesehen haben, sowohl die verschiedenen Status, Merkmale und Identitäten einer Person zu berücksichtigen als auch die Machtverhältnisse, in die ebendiese Dimensionen eingebettet sind. Ein Vorschlag zur Operationalisierung dieses Ansatzes im Kontext von Hilfe-/Versorgungsbeziehungen wird im Fazit dieses Berichts formuliert.

Der **personenzentrierte Ansatz** ermöglicht es, die Merkmale der PM (Alter, SOGI, ethnische Herkunft, rechtlicher Status, sozioökonomischer Status usw.), ihr Wissen, ihre sexuellen und präventiven Praktiken, ihre Erfahrungen und Vorstellungen (über Sexualität, Gesundheit, Krankheit usw.) zu berücksichtigen. Im

Mittelpunkt steht dem zuzuhören, was die Person mitteilen möchte, und empathisch zu sein, um ihre Bedürfnisse zu erkennen und darauf zu reagieren oder sie an andere Strukturen zu verweisen.

Der **gemeinschaftsbasierte Ansatz** beruht, wie bereits erwähnt, auf den Denver-Prinzipien (1983), die in der Pariser Community-Erklärung (2017) aufgegriffen und ergänzt wurden. Sie besteht darin, die Betroffenen als Akteur*innen mit Wissen, Kompetenzen und Ressourcen zu begreifen und sie bei der Konzeptualisierung (strategische Ebene) und Umsetzung (operative Ebene) von Dispositiven sowie Massnahmen und Leistungen zur Prävention und Betreuung einzubeziehen. Anstatt als Begünstigte, Kund*innen oder Nutzer*innen, werden die PM als vollwertige Partner*innen, als «wissende Subjekte» («sujets connaissants») (Amsellem-Mainguy & Le Grand, 2014) betrachtet. Es handelt sich um eine Partnerschaft auf allen Ebenen, die darauf abzielt, mit einer paternalistischen Sichtweise der Hilfs- und Versorgungsbeziehung zu brechen. In Befragung 3, in der es um die Interventionsstrategien ging, wurde eine stärkere Einbeziehung von Sans-Papiers bei solchem Vorgehen als notwendig erachtet.

In Bezug auf das Konzept der **Peers** lässt sich feststellen, dass in der Literatur und in den von den befragten Personen beschriebenen Erfahrungen mehrere Begriffe für deren Bezeichnung verwendet werden: «Peer-Multiplikatoren», «Peer-Relais», «Peer-Helfer», «Mediatoren», «Mentoren». Eine PM, die an der Befragung 3 teilgenommen hat, sprach von «lebenden Zeugen». Abgesehen davon, welcher Begriff zur Bezeichnung der Peers verwendet wird, ist die Funktion dieser Personen besonders interessant: Sie sollen das Empowerment von neu in der Schweiz ankommenden Personen unterstützen. Sobald sie in der Schweiz angekommen sind, sollten ihnen Mentor*innen angeboten werden, d. h. in der Schweiz ansässige Personen, die ebenfalls das Asylverfahren durchlaufen haben und bereit sind, ihre Erfahrungen und Kenntnisse über die Organisation und Funktionsweise des Lebens in der Schweiz zu teilen. Die Peers, die für diese Rolle ausgebildet und bezahlt werden, würden die Aufgabe übernehmen, neu angekommene PM mit dem Gesundheitssystem vertraut zu machen, sie mit anderen Personen in Kontakt zu bringen, sie beim Aufbau eines Netzwerks zu unterstützen und sie in Bezug auf die Gesundheit zu begleiten. In der Studie von Françoise Maillefer und ihre Kollegen zu den «Facilitateurs et barrières pour l'accès aux soins chez les requérants d'asile du canton de Vaud» (Zugangserleichterungen und Zugangsbarrieren bei der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden im Kanton Waadt) (Maillefer et al., 2019) erläutern sie, dass alle befragten Personen den Nutzen von Mentor*innen anerkannt haben, die sie bei den ersten Schritten begleiten, um ihnen insbesondere das Verständnis für das Gesundheitssystem zu erleichtern.

Für Sexarbeiter*innen wären die Mentor*innen Personen, die selbst als Sexarbeiter*innen tätig waren oder es noch sind und ihr Wissen und ihre Erfahrungen an Personen weitergeben, die neu in den Beruf einsteigen (Arbeitsrecht, Kenntnisse der sozialen und medizinischen Strukturen usw.). Dies erfordert von den Mentor*innen die Teilnahme an einer speziellen Ausbildung, um die Weitergabe falscher Informationen über STI zu verhindern. Ein Tandem, das an Befragung 3 teilnahm, brachte diesen Vorschlag ein und diskutierte diese Idee, die bei beiden Seiten auf volle Zustimmung stiess.

Der gemeinschaftsbasierte Ansatz lässt sich gut mit dem Ansatz der **aufsuchenden Arbeit** (oder der aufsuchenden Sozialarbeit) kombinieren, bei dem es darum geht, auf die Menschen zuzugehen. In Einrichtungen, in denen sich diese Arbeit ausschliesslich oder hauptsächlich auf Personen mit Migrationshintergrund aus Subsahara-Afrika konzentriert, ist es wichtig, sie auf Menschen aus anderen Regionen wie Nordafrika, dem Nahen und Mittleren Osten oder Lateinamerika auszuweiten. Der Einbezug von Schlüsselpersonen (Gatekeeper) wie Geistlichen, Pfarrer*innen, Community Leadern oder Influencer*innen könnte hilfreich sein, um Zugang zu bestimmten Gemeinschaften zu bekommen und

Wissen zu vermitteln. Diese Praxis könnte besonders nützlich sein, um mit schwer erreichbaren Personen wie MSM in Kontakt zu kommen.

Der **multidisziplinäre Ansatz** ist vor allem im Bereich der Migration nützlich, da die Situationen der Menschen in vielerlei Hinsicht (rechtlich, sozioökonomisch, medizinisch usw.) komplex sind und den Erwerb von spezifischen Kenntnissen erfordern. Im Bereich der Betreuung von PM ist die Multidisziplinarität der Teams von entscheidender Bedeutung. Denn die Betreuung erfordert verschiedenste Kompetenzen und Kenntnisse (klinische, relationale, rechtliche, administrative, sprachliche, transkulturelle usw.). Wie bereits aufgezeigt wurde, «trägt die Arbeit in multi- und interdisziplinären Teams und Netzwerken (Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Juristen usw.) erheblich zur Qualität der Betreuung bei, sofern die Sprachbarriere überwunden wird und der Zugang dieser Patienten zur Versorgung mit dem der Allgemeinbevölkerung vergleichbar ist» (Durieux-Paillard & Jackson, 2019, S. 481, übersetzt von den Autor*innen).

Instrumente

Was die Instrumente angeht, so sind es vor allem Gespräche (Einzel-, Paar- und Gruppengespräche, wie wir gesehen haben), in denen das Zuhören und das Erkennen der Bedürfnisse der PM im Bereich der umfassenden Gesundheit materialisiert werden.

Wenn die PM nicht die Landessprachen (oder Englisch) verstehen, ist das **Dolmetschen**, wie wir ebenfalls gesehen haben, ein Eckpfeiler der Interventionen. Der Einsatz interkultureller Dolmetscher*innen wird im Leitfaden für Fachpersonen «Beratung zu sexueller und reproduktiver Gesundheit für Migrantinnen und Migranten – Leitfaden für Fachpersonen» (Sexuelle Gesundheit Schweiz, 2014) empfohlen und die Vorteile eines solchen Dienstes werden klar beschrieben.

Die Rolle der Dolmetscher*innen ist ebenso entscheidend wie schwierig, da intime Themen (Sexualität, HIV/STI usw.) angesprochen werden. Daher ist es wichtig, die Dolmetscher*innen auf die Themen Sexualität und sexuelle Gesundheit, aber auch auf SOGI und Migration vorzubereiten und zu schulen. Dies würde ihnen unter anderem ermöglichen, sich ihrer eigenen Vorstellungen über Sexualität und STI bewusst zu werden. Darüber hinaus wäre es auch sinnvoll, Arbeitsgruppen mit Dolmetscher*innen derselben Sprachen zu organisieren, damit sie sich über die Begriffe austauschen können, die sie im Bereich der Sexualität kennen. Bei der Auswahl der Dolmetscher*innen sollten die Merkmale der jeweiligen Person (Geschlecht, SOGI, ethnische Herkunft usw.) und ihre Wünsche berücksichtigt werden.

Auch wissenschaftliche Studien, sowohl quantitativer als auch qualitativer Art, sind bei der Ermittlung der Bedürfnisse der PM hilfreich.

Massnahmen

Was die Massnahmen betrifft, so wünschen sich die PM **empathisches Zuhören** und **vertrauliche**, wenn möglich sogar **anonyme Vorgehensweisen**. Diese Dimensionen sind besonders wichtig für Personen, die sich illegal in der Schweiz aufhalten, aber auch für diejenigen, die Aspekte ihrer Sexualität vor nahestehenden Menschen, seien es Partner*innen oder Eltern, verbergen möchten.

Eine Erwartung, die insbesondere von PM, die geschlechtlichen und sexuellen Minderheiten angehören, sowie von PM, die als Sexarbeiter*innen tätig sind, geäussert wird, ist **Wohlwollen** und **Nicht-Bewertung**. Das scheint im medizinischen Umfeld weniger selbstverständlich zu sein als im sozialen und

gemeinnützigen Bereich. Es geht also darum, einen positiven, nicht-wertenden Ansatz in Bezug auf Sexualität gemäss der Pariser Community-Erklärung (2017) zu stärken und auszuweiten (vgl. Punkt 7 des Themenbereichs «What we request from the medical community»), sowie in Bezug auf andere Praktiken und Erfahrungen (migrantische, spirituelle, religiöse, kulturelle usw.) der PM. Dies verweist darauf, mit ethno-hetero-cis-zentrierten Ansätzen zu brechen.

Institutionen

Zu den Institutionen, die eine Rolle beim Verständnis und dem Erkennen der Bedürfnisse von PM im Bereich der umfassenden Gesundheit spielen, gehören diejenigen, die in erster Linie im Bereich der HIV/STI-Prävention arbeiten, wie die regionalen Fachstellen der AHS, die Fachstellen für sexuelle Gesundheit SGCH, die Checkpoints, die Spitäler (Abteilungen für Infektionskrankheiten und Abteilungen für PM oder vulnerable Personen), aber auch viele NGOs, die in den Bereichen Sexarbeit, Asyl, Migration, Menschenhandel, LGBTQI+ und Sans-Papiers tätig sind.

In Bezug auf die **Checkpoints** zeigte Befragung 1, dass es für die AKT schwierig ist, PM in Vulnerabilitätssituationen zu erreichen. In Befragung 2 äusserte sich die Person, die als einzige einen Checkpoint besucht hatte, sehr kritisch darüber, wie sie dort empfangen wurde. Da diese Person auch an Befragung 3 teilgenommen hat, kam sie in der Diskussion mit einem AKT auf diese kritischen Aspekte zurück. Sie fand es bei ihrem Besuch im Checkpoint schwierig, dass man ihr gleich zu Beginn ein Tablet gab, und dass sie «*viele Fragen*» beantworten musste, die sie «*komisch*» fand (gemeint ist der BerDa-Fragebogen)[25]. Sie kritisierte, dass man sich nicht die Zeit genommen hat, sie zu begrüssen, sie zu fragen, wie es ihr geht und wie sie sich fühlt. Dass man ihr sofort ein Tablet in die Hand drückte, gab ihr das Gefühl, dass man sie «*wie eine Maschine, die in eine Fabrik kommt*», behandelte. Aus diesem Grund bezeichnet sie die Checkpoints als «*Textilfabriken*», weil ihrer Meinung nach jedes Teammitglied eine Rolle hat und etwas zu tun hat:

> *Zuerst ist da der Rezeptionist, und dann hörst du immer die Technomusik, die läuft ... es ist eine etwas seltsame Stimmung, weil du nicht denkst, dass du wegen eines Gesundheitsproblems da bist, sondern in einem Club bist ... und dann kommt der zweite und gibt dir das Tablet mit den komischen Fragen. Und dann gibt es noch den Arzt ... aber auch da war es ein bisschen ... das war ein anderes Gefühl. [...] Damit man sich gut fühlt, muss man mit Menschlichkeit kommunizieren und nicht mit Technik wie dem Tablet, der Akte ... für sie ist man eine Akte, aber wir sind Menschen! (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

Laut dieser PM sind die Checkpoints in ihrer derzeitigen Form **nicht für die Betreuung von Personen mit Migrationshintergrund geeignet**. Diese Daten, die in einer gezielten Befragung zu den Bedürfnissen von PM mit nicht ausschliesslich heterosexuellen Orientierungen und/oder nicht-cis Identitäten vertieft

[25] Der BerDa-Fragebogen ist ein vom BAG entwickeltes elektronisches Anamnese-, Beratungs- und Deklarationstool: «Um ein qualitativ hohes Niveau der Beratung in den VCT-Stellen der Schweiz zu garantieren, entwickelte das BAG unter dem Namen BerDa ein elektronisches Tool. Ausgehend von einem Klienten-Fragebogen stellt BerDa den Beratenden die Antworten der zu beratenden Person bereit. Es liefert zudem eine Reihe von allgemeingültigen Empfehlungen zur Beratung bei HIV/STI-Tests und ermöglicht so eine Strukturierung der Beratung. Die anonym erfassten statistischen Daten stehen den VCT-Stellen für ihre Qualitätsentwicklung zur Verfügung und werden für die Beobachtung verschiedener Tendenzen in der Schweiz genutzt.» (https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-hiv-und-andere-sexuell-uebertragbare-infektionen/freiwillige-beratung-und-testung.html, abgerufen am 14.07.2021).

werden müssten, hat die Frage aufgeworfen, ob die Einrichtung von **Migrations-Checkpoints** sinnvoll wäre. Diese Frage wurde in einem Tandem und in der PARTEN-Gruppe erörtert.

Beide Beteiligten im Tandem äusserten ihre Vorbehalte gegenüber der Schaffung solcher Einrichtungen. Die AKT bezweifelt, dass die PM diese Einrichtungen besuchen würden, da sie noch mehr Angst hätten, Personen aus ihren ethnischen Gemeinschaften zu begegnen. Sie weist auch auf die stigmatisierenden Aspekte hin, Schweizer oder in der Schweiz lebende Personen von PM zu trennen, und erachtet ein solches Vorgehen als ungünstig für die Integration von PM. Stattdessen plädiert sie für einen inklusiveren Ansatz in den Checkpoints, der die Besonderheiten der PM besser berücksichtigen würde, z. B. ihre Sprachschwierigkeiten und die Notwendigkeit von mehrsprachigem Personal oder Dolmetscher*innen. Die PM teilt diese Ansicht:

> *Ich denke, dass man sich an die Menschen anpassen muss. Denn wenn wir [Herkunft, Osteuropa] in die Schweiz kommen, wird schon mit dem Finger auf uns gezeigt und wenn wir dann auch noch in Einrichtungen gehen, die nur für uns oder andere Migranten sind, wird das noch mehr stigmatisieren. Aber man muss angepasste Dinge tun. (PM, übersetzt aus dem Französischen)*

In der PARTEN-Gruppe gehen die Meinungen diesbezüglich auseinander. Einige Personen plädieren für einen inklusiven Ansatz innerhalb der bereits bestehenden Strukturen, während andere – obwohl auch sie dies als ideale Situation anerkennen – eher für die Einrichtung von Migrations-Checkpoints eintreten. Die Reflexion in diesem spezifischen Punkt muss daher fortgesetzt werden – unter Einbezug der verschiedenen Strukturen und der betroffenen Personen, sprich sowohl der AKT als auch aus der PM.

Parallel zu einer offeneren Herangehensweise der Checkpoints für PM könnte der inklusive Ansatz für Personen, die sich minoritären SOGI zugehörig fühlen, auch in den Gesundheitseinrichtungen für PM zu einer Verbesserung führen. Dies betrifft beispielsweise Gesundheitsdienste im Spitalkontext (für Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund und vulnerable Bevölkerungsgruppen), Gesundheitsdienste für Sans-Papiers und nicht zuletzt die Notaufnahme. Es wurde bereits dokumentiert, dass PM eher Notfalldiensten aufsuchen anstelle von Hausärzt*innen, auch in der Schweiz (Maillefer et al., 2019).

Abschliessend, und um nochmals auf die Institutionen zurückzukommen, die am Verständnis der Bedürfnisse der PM beteiligt sind, sei zu erwähnen, dass neben den im Feld tätigen Institutionen auch die Forschungsinstitutionen (Universitäten, Hochschulen usw.), das BAG und die Eidgenössische Kommission für Fragen zu sexuell übertragbaren Infektionen (EKSI) eine Rolle spielen. Auch sie sind durch ihre Studien, Überlegungen und Empfehlungen an der Ermittlung der Bedürfnisse der PM im Bereich der umfassenden Gesundheit beteiligt.

7.3 PM über sexuelle Rechte, sexuelle Gesundheit und HIV/STI informieren

Oberziel 2: PM über sexuelle Rechte, sexuelle Gesundheit und HIV/STI informieren				
Voraussetzung: Oberziel 1 (Die Bedürfnisse der PM in Bezug auf die umfassende Gesundheit verstehen)				
Spezifische Ziele	**Ansätze**	**Instrumente**	**Massnahmen**	**Institutionen**
• PM über sexuelle Rechte aufklären • PM über sexuelle Gesundheit informieren • PM über HIV/STI informieren (Typen von STI, Übertragungswege, Symptome, usw.) • PM über HIV/STI-Prävention • (Kondome, Tests, Selbsttests, Behandlungen, PEP, PrEP, TasP, U=U) und institutionelle Angebote informieren	• Umfassendes Gesundheitsverständnis • Inklusiver Ansatz • Intersektionaler Ansatz • Personenzentrierter Ansatz • Gemeinschaftsbasierter Ansatz (→ Partnerschaft mit PM & Ausbildung von Peers) • Aufsuchende Arbeit • Multidisziplinärer Ansatz	• Webseiten • Soziale Netzwerke (Facebook, Instagram, YouTube, Twitter usw.), Community Medien und Sex-Dating-Apps (Grindr, Hornet, Scruff usw.) • Nationale und internationale Kampagnen • Broschüren • Videos • Gespräche • VCT • Kollektive Informationsveranstaltungen in den Bereichen Asyl (Aufnahmezentren und Unterkünfte), Sexarbeit, Schule usw. • Kampagne für Kund*innen von Sexarbeit • Nationale e-Plattform HIV/STI und Migration	• Zugängliche Informationen (Diversifizierung der Verbreitungskanäle) • Verständliche Informationen (Mehrsprachigkeit, Leichte Sprache, Dolmetschen) • Aufbereitung der Informationen je nach Milieu (MSM, Sexarbeit, Sans-Papiers usw.) und ethnischen, geschlechtsspezifischen, sexuellen Minderheiten usw. (Wissen, Vorstellungen, Machtverhältnisse und Kommunikation über intime Themen)	• BAG • EKSI • SGCH und Zentren für sexuelle Gesundheit • AHS und regionale Fachstellen • Checkpoints • Spitäler • Andere ambulante medizinische Einrichtungen • Andere NGOs (versch. Milieus: Sexarbeit, Asyl, Migration, LGBTQI+, Sans-Papiers, Menschenhandel) • BAG

Spezifische Ziele

PM über die sexuellen Rechte zu informieren, stellt die Grundlage dar, um bei Problemen der sexuellen Gesundheit, unter anderem bei HIV/STI, intervenieren zu können. Die sexuellen Rechte besagen, dass jeder Mensch das Recht hat, seine Sexualität lustvoll und frei von Zwang, Diskriminierung oder Gewalt zu leben. Wie im Rahmenkonzept «Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+» des BAG (BAG, 2016a) ausgeführt, gilt dies natürlich auch für PM.

Neben den sexuellen Rechten, die einen positiven und respektvollen Umgang mit Sexualität gewährleisten, sollen die PM auch über (andere) Themen der **sexuellen Gesundheit** wie Verhütung, Schwangerschaften und sexuelle Gewalt **informiert** werden.

Hinzu kommt die Aufklärung über HIV/STI. Hier sollten mehr Anstrengungen unternommen werden, um PM über andere STI als HIV zu informieren. Wie wir gesehen haben, deuten sowohl die Daten der AKT als auch die der PM darauf hin, dass **die PM über wenig Wissen zu andere STI als HIV verfügen**. Ausgenommen davon sind Personen, die eine Ausbildung im Gesundheitsbereich haben, Sexarbeiter*innen und/oder Personen, die zu geschlechtlichen und sexuellen Minderheiten gehören.

Die Bemühungen, die PM über die **verschiedenen Arten von Prävention** zu informieren, müssen fortgesetzt werden. Während Kondome und HIV-Tests bekannt sind, sieht es bei **Selbsttests, PEP, PrEP und TasP** anders aus. Die Interventionen zur Aufklärung der PM über diese Präventionspraktiken und die damit verbundenen institutionellen Angebote müssen verstärkt werden. Generell trägt die Aufklärung über **medizinische Fortschritte** zur Enstigmatisierung von Menschen mit HIV bei – dies gilt insbesondere für das U=U-Konzept – und zur Verringerung von Spätdiagnosen. Wie wir gesehen haben und wie auch in anderen Studien vor Mi.STI hervorgehoben wurde (Hachfeld et al., 2019), kann die Angst vor einem positiven Ergebnis und davor, von nahestehenden Personen und/oder Sexualpartner*innen abgelehnt zu werden bzw. aus der Schweiz ausgewiesen zu werden, wenn die Betroffenen einen unsicheren oder keinen Aufenthaltsstatus haben, PM davon abhalten, sich auf HIV testen zu lassen.

Ansätze

Für dieses Ziel werden dieselben Ansätze empfohlen wie für das vorherige Ziel (umfassendes Gesundheitsverständnis, inklusiver, intersektionaler, personenzentrierter, gemeinschaftsbasierter, multidisziplinärer Ansatz und aufsuchende Arbeit).

Instrumente

Es können verschiedene Instrumente verwendet werden, um PM über sexuelle Rechte, sexuelle Gesundheit und HIV/STI zu informieren.

Unverzichtbare Informationsquellen sind die **Webseiten der Institutionen, die in erster Linie im Bereich der HIV/STI-Prävention tätig sind** (BAG, AHS, SGCH), sowie der NGOs aus verschiedenen Bereichen (Sexarbeit, MSM), einschliesslich spezifischer von ihnen erstellter Webseiten (z. B. Call me to play oder die Lexi-App im Bereich Sexarbeit).

Nationale und internationale Kampagnen nach dem Vorbild der vom BAG finanzierten LOVE-LIFE-Kampagne[26], die in Partnerschaft mit der AHS und SGCH durchgeführt wird, haben sich bereits bewährt. Sie können auf den Webseiten von Institutionen, die im Bereich der HIV/STI-Prävention tätig sind, sowie in den sozialen Netzwerken verbreitet werden. Ein Beispiel für eine Kampagne ist die #NormalizingHIVChallenge, bei den Menschen mit HIV die Nichtnachweisbarkeit ihrer Infektion öffentlich machten.

Im Interesse der Diversifizierung der Kanäle und Medien, kann die Nutzung **sozialer Netzwerke ausgebaut werden**, wobei jedoch die Gefahr der Stigmatisierung bestimmter Personengruppen zu bedenken ist. Es geht darum, Influencer*innen und Community Leader in der Migrationsbevölkerung zu finden, die bereit sind, Informationen über sexuelle Rechte, sexuelle Gesundheit und HIV/STI über die sozialen Netzwerke zu teilen, so, wie es zur Bewältigung der Gesundheitskrise im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie erprobt wurde.

Nützlich können auch **Apps** sein, die **insbesondere auf sexuelle Begegnungen ausgerichtet sind** (z. B. Grindr, Hornet, Scruff, Her, Tinder). In den USA durchgeführte Studien deuten auf die Nützlichkeit der Grindr-App zur Förderung von STI-Tests und zur Erhöhung der PrEP-Nutzung bei MSM hin (Hoenigl et al., 2020). Auch in der Schweiz wurde bereits vor einigen Jahren die Nützlichkeit von Grindr im Rahmen der Umsetzung eines nationalen Programms für die PrEP diskutiert (Hampel et al., 2017).

Die Idee wäre, Anzeigen mit Präventionsinformationen auf den Profilbildern ausgewählter Influencer*innen zu platzieren, die bereit sind, mit den Zentren für sexuelle Gesundheit zusammenzuarbeiten. In einem Tandem in Befragung 3 wurde erwähnt, dass die Checkpoints bezahlte Anzeigen auf Grindr schalten könnten:

> *AKT: Wenn wir zum Beispiel für den Checkpoint Werbung machen wollten, für Victor[27]... Geht Victor auf Grindr, wenn er in der Schweiz angekommen ist, oder nicht? Jemand, der sein Land verlässt und in die Schweiz kommt, kennt er Grindr schnell oder nicht?*
>
> *PM: Nein, ich kannte es nicht. Mein schwuler Freund hat mir davon erzählt.*
>
> *AKT: Aber ist es trotzdem gut, auf Grindr für Zentren für sexuelle Gesundheit zu werben?*
>
> *PM: Ah ja, ja. Ich finde das sehr gut. (Übersetzt aus dem Französischen)*

Als diese Person in die Schweiz kam, lernte sie Grindr durch einen schwulen Freund mit der gleichen ethnischen Herkunft kennen. Von den sechs Personen, die sich mit einer nicht-hetero-cis SOGI identifizierten, erwähnten vier Personen die Nutzung von Sex-Dating-Apps. Es könnte also vielversprechend sein, Werbung von Gesundheitszentren in Dating-Apps zu platzieren, um MSM mit Migrationshintergrund und trans PM zu erreichen. Um dies zu erforschen, wäre eine Machbarkeitsstudie sinnvoll.

Weitere Instrumente zur Informationsvermittlung sind Broschüren und besser noch Videos – die auch für Menschen zugänglich sind, die nicht Lesen und Schreiben können – sowie Gespräche, insbesondere im Rahmen von VCT.

---

[26] «Das Ziel der LOVE-LIFE-Kampagne ist die Information über HIV- und STI-Risiken und Schutz: Sie zeigt auf, wie eine HIV-Infektion verhindert werden kann. Und sie informiert über andere sexuell übertragbare Infektionen (STI)». https://lovelife.ch/de/kampagne/ [abgerufen am 18.06.202]

[27] Fiktiver Vorname der Person, die Protagonistin der in diesem Tandem besprochen Beschreibung war.

Auf einer eher kollektiven Ebene wurden von den AKT mehrere positive Erfahrungen mit **Gruppeninformationsveranstaltungen** gemacht, sei es im **Asylbereich** oder in der **Schule** und insbesondere mit Jugendlichen wie den UM. Laut ihren Aussagen ermöglichen diese Gruppenveranstaltungen das Sprechen über Sexualität und Vorstellungen sowie manchmal sogar sexuelle Praktiken zu erleichtern.

Kollektive Informationsveranstaltungen werden auch im **Bereich der Sexarbeit** angeboten. Im Kanton Genf ist seit Oktober 2018 die Teilnahme an einer Gruppeninformationsveranstaltung für Sexarbeiter*innen obligatorisch. Am Ende dieser Veranstaltung erhalten sie eine Teilnahmebestätigung, die sie der Polizei vorlegen müssen, um eine Berufsausübungsbewilligung zu erhalten. Die Sexarbeiter*innen erhalten grundlegende Informationen über Sexarbeit, HIV/STI-Prävention sowie das Arbeits- und Gesundheitssystem in der Schweiz. Gemäss den Erfahrungen einer AKT, die an der Befragung 1 teilgenommen hat, ermöglichen diese Veranstaltungen auch den Beziehungsaufbau zu den Sexarbeiter*innen, sodass diese ihnen bei Interventionen vor Ort (auf der Strasse, im Salon) mit weniger Misstrauen begegnen. Die Informationsveranstaltungen haben also eine doppelte Wirkung: Informationsvermittlung und Herstellen einer Verbindung. Es bleibt abzuwarten, ob das Modell dieser obligatorischen Veranstaltungen in den anderen Kantonen übernommen werden kann und ob es von den in diesem Bereich tätigen Personen gewünscht wird. Hierzu wäre eine Machbarkeitsstudie nützlich.

Zur Ergänzung der obengenannten Informationsinstrumente könnte die **Einrichtung einer nationalen elektronischen Plattform (e-Plattform) für HIV/STI und Migration** sowohl für PM als auch für in diesem Bereich tätige AKT nützlich sein. Einige der befragten PM hatten beklagt, dass sie nicht wüssten, wo sie Informationen zur sexuellen Gesundheit finden könnten. Eine solche Plattform würde es ermöglichen, die Informationen über Präventionsangebote, den Zugang zu Leistungen, die Rechtsgrundlagen, die Deckung von Leistungen durch die Krankenkassen usw. an zentraler Stelle zu sammeln. Wenn die Informationen an einem Ort zentralisiert wären, könnte auch die Mehrsprachigkeit (vgl. nächster Punkt) besser gewährleistet werden.

Die Befragung unter den AKT hat den Charakter der «bricolage» ihrer Arbeit aufgezeigt, um angepasste Lösungen für die unterschiedlichen Situationen zu finden. Dazu ist es oft notwendig, im Vorfeld in zahlreichen Bereichen wie Migration, Asyl, Gesundheitssystem, Versicherungen und Arbeit genaue Informationen einzuholen, um die Möglichkeiten der Intervention bei den PM, insbesondere bei denjenigen, die vielfältigen Vulnerabilitäten ausgesetzt sind, zu identifizieren. Eine e-Plattform würde es den AKT ermöglichen, solche Informationen an einem einzigen Ort zu finden.

Konkret würde es darum gehen, dass das BAG eine interaktive Karte der Schweiz zur Verfügung stellt, die die betroffenen Personen – sowohl PM als auch in diesen Bereichen tätige AKT – nutzen können, um sich über die verschiedenen Rechte in den unterschiedlichen Bereichen (Menschenrechte, Sexualität, Asyl, Gesundheit, Bildung, Arbeit usw.), die Anwendung dieser Gesetze auf kantonaler Ebene und die verschiedenen Präventions- und Versorgungsangebote, die in jedem Kanton zur Verfügung stehen, zu informieren. Wenn die Nützlichkeit einer solchen Plattform anerkannt wird, müssen weitere Überlegungen zur Operationalisierung angestellt werden. Eine Option könnte darin bestehen, mit Jurist*innen zusammenzuarbeiten, die im Gesundheitsrecht spezialisiert sind und über die nötigen Kompetenzen verfügen, um solche interaktiven Karten zu erstellen und zu verwalten.

Massnahmen

Um PM in Vulnerabilitätssituationen zu erreichen, müssen Informationen zugänglich sein. Daher ist es wichtig, die Verbreitungskanäle und -medien zu diversifizieren.

Die Informationen müssen auch für fremdsprachige Personen verständlich sein. Zu diesem Zweck ist die Gewährleistung der **Mehrsprachigkeit** von entscheidender Bedeutung. Es ist bekannt, dass die Bereitstellung von Informationen in mehreren Sprachen die Gesundheitskompetenz der PM (in medizinischen Kreisen als «health literacy» bezeichnet) stärkt und die Kommunikationsbasis mit dem medizinischen Personal verbessert. Dies zeigen auch die positiven Erfahrungen im Rahmen der Hospitals for Equity (ehemals Migrant Friendly Hospitals) (Pluess & Zellweger, 2013). Die Webseiten der SGCH und die der Plattform Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers sind beispielsweise auf Deutsch, Französisch und Italienisch verfügbar, die der AHS auf Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch. Dies zeigt, welche Anstrengungen in einem mehrsprachigen Staat wie der Schweiz bereits unternommen werden. Doch wenn man fremdsprachige PM erreichen will, sollten die Informationen auch in anderen Sprachen zur Verfügung stehen. Es sei darauf hingewiesen, dass verschiedene Broschüren, die von SGCH, AHS und anderen NGOs insbesondere im Bereich Sexarbeit, LGBTQI+ und Asyl produziert werden, in mehr als 20 Sprachen angeboten werden.

Darüber hinaus wäre es sinnvoll, auf **Leichte Sprache**[28] zurückzugreifen. Sie ist im Behindertenbereich weit verbreitet, hat sich bereits bewährt und wird auch in anderen Bereichen angewandt, z. B. der Integration – ein konkretes Beispiel ist die Willkommensbroschüre für den Kanton Freiburg (Staat Freiburg, 2019) – oder im Gesundheitsbereich bei der Bewältigung der Gesundheitskrise im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie.

Die Informationen müssen auch an die **verschiedenen Milieus** angepasst werden: In unseren Befragungen haben wir mit Menschen aus dem MSM-, Sexarbeiter*innen- und Sans-Papiers-Milieu gesprochen, aber es müssen auch andere Milieus berücksichtigt werden, wie das Milieu der intravenösen Drogenkonsument*innen oder das Milieu der Strafvollzugsanstalten. Nehmen wir als **Beispiel das Sexarbeiter*innen-Milieu**. Hier betrifft die Informationsvermittlung mehrere Schwerpunkte, darunter HIV/STI, Sexarbeit an sich sowie das Arbeits- und Gesundheitssystem in der Schweiz. Darüber hinaus bieten mehrere in diesem Bereich tätige NGOs Sprachkurse zu Situationen an, denen Sexarbeiter*innen bei der Ausübung ihrer Arbeit begegnen können. Dies fördert das Empowerment der Sexarbeiter*innen (Erwerb des Wissens über ihre Rechte und der Fähigkeiten, diese einzufordern) und verringert somit die Risiken von Zwangspraktiken, einschliesslich Sexualkontakten ohne Kondom.

Die Informationsvermittlung im Milieu der Sexarbeit wirft auch die Frage nach den Adressat*innen der Aufklärung auf, die über die Personen hinausgeht, die bezahlten Sex anbieten. Beispielsweise könnten auch Informationsveranstaltungen für die Betreiber*innen von sexgewerblichen Betrieben (Erotiksalons, Massagesalons usw.) nützlich sein, um sie für die Rechte der von ihnen angestellten Personen zu sensibilisieren (im Zusammenhang mit Aufenthalts- und Arbeitsbewilligungen) und um Informationen zur HIV/STI-Prävention zu vermitteln. Auch die Sensibilisierung der Kund*innen über HIV/STI-Prävention sowie die Einhaltung des vertraglichen Rahmens bei bezahltem Sexualkontakt, könnte ebenfalls in Betracht gezogen werden, wie 1996 von der AHS im Auftrag des BAG initiiert wurde (Balthasar & Dubois-Arber, 2007).

[28] https://www.buero-leichte-sprache.ch/

Schliesslich muss die Informationsvermittlung auf **Minderheiten** (ethnische, geschlechtliche, sexuelle, religiöse usw.) **angepasst** werden. Das bedeutet, dass bei der Vermittlung nach Möglichkeit das Wissen der Menschen, ihre Vorstellungen, Kommunikationsweisen zu intimen Themen und nicht zuletzt die Machtverhältnisse, in die sie eingebunden sind, berücksichtigt werden sollten.

Institutionen

Auf der Ebene der Institutionen finden sich die gleichen wie beim vorherigen Oberziel (BAG, EKSI, SGCH und Zentren für sexuelle Gesundheit, AHS und regionale Fachstellen der AHS, Checkpoints, Spitäler und andere ambulante medizinische Einrichtungen, NGOs in den Bereichen Sexarbeit, Asyl, Migration, LGTQI+, Sans-Papiers und Menschenhandel).

7.4 PM eine diversifizierte Prävention gegen HIV/STI und andere sexuelle Risiken anbieten

Oberziel 3: PM eine diversifizierte Prävention gegen HIV/STI und andere sexuelle Risiken anbieten				
Voraussetzung: Oberziel 1 (Die Bedürfnisse der PM in Bezug auf die umfassende Gesundheit verstehen)				
Voraussetzung: Oberziel 2 (PM über sexuelle Gesundheit, sexuelle Rechte und HIV/STI informieren)				
Spezifische Ziele	**Ansätze**	**Instrumente**	**Massnahmen**	**Institutionen**
• Die Verwendung von Kondomen fördern	• Umfassendes Gesundheitsverständnis • Inklusiver Ansatz • Interesktionaler Ansatz • Gemeinschaftsbasierter Ansatz (Peer →Ausbildung) • Multidisziplinärer Ansatz • Aufsuchende Arbeit	• Webseiten • Soziale Netzwerke, Community Medien, Apps • Broschüren • Videos • VCT • Werbekampagnen (LOVE-LIVE) Bereitstellung von Kondomen • Gruppengespräche Asyl • Gruppengespräche Sexarbeit • Informationskampagne für Kund*innen von Sexarbeit	• Zugängliche, verständliche und milieu- und minderheitengerechte Informationen • Diversifizierung der Orte mit Zugang zu Kondomen • Gratis/günstige Kondome	• EKSI • BAG • AHS • SGCH • Checkpoints • Spitäler • Andere ambulante medizinische Einrichtungen • Andere NGOs (versch. Milieus: Sexarbeit, Asyl, Migration, LGBTQI+, Sans-Papiers)
• Tests (einschliesslich Selbsttests) fördern		• Webseiten • Soziale Netzwerke, Community Medien, Apps • Broschüren • Videos • VCT • Gruppengespräche Asyl • Gruppengespräche Sexarbeit • Kampagnen für kostenlose HIV-Tests (Get tested)	• Zugängliche, verständliche, milieu- und minderheitengerechte Informationen • Kostenlose/günstige Tests • Diversifizierung der Orte, an denen VCT stattfinden (innerhalb und ausserhalb der Institutionsräume, medizinisches und gemeinnütziges Milieu) • Gewährleistung von Vertraulichkeit	• EKSI • BAG • AHS • SGCH • Checkpoints • Spitäler • Andere ambulante medizinische Einrichtungen • Andere NGOs

Oberziel 3: PM eine diversifizierte Prävention gegen HIV/STI und andere sexuelle Risiken anbieten				
		• Kampagnen für preisgünstige Tests anderer STI (Starman, Super)	• Gewährleistung der Anonymität • Gewährleistung der Betreuung bei positiven Ergebnissen (→Beruhigung von PM mit unsicherer oder keiner Bewilligung)	
• PEP fördern		• Webseiten • Soziale Netzwerke, Community Medien, Apps • Broschüren • Videos • Gruppengespräche Asyl • Gruppengespräche Sexarbeit • VCT	• Zugängliche, verständliche und milieu- und minderheitengerechte Informationen • Kostenlose/günstige PEP für PM, die keiner Krankenkasse angeschlossen sind • Gewährleistungen der Vertraulichkeit • Gewährleistung der Anonymität	• EKSI • BAG • AHS • SGCH • Checkpoints • Spitäler • Andere NGOs
• PrEP fördern: politische Entscheidung zu bestimmten Bereichen, Schlüsselpopulationen → wissenschaftliche Forschung, die auf PrEP abzielt		• Webseiten • Soziale Netzwerke, Community Medien, Apps • Broschüren • Videos • Gruppengespräche Asyl • Gruppengespräche Sexarbeit • Nationale Kampagnen • VCT • Medizinische Betreuung, die auf mobile PM ausgerichtet ist	• Zugängliche, verständliche, milieu- und minderheitengerechte Informationen • Preisgünstige PrEP für PM in prekären sozioökonomischen Verhältnissen	• EKSI • BAG • AHS • SGCH • Checkpoints • Spitäler • Andere NGOs (versch. Milieus: LGBTQI+, Sexarbeit, andere) • Universitäten, Hochschulen und andere Forschungsinstitute

• TasP fördern		• Webseiten • Soziale Netzwerke, Community Medien, Apps • Broschüren • Videos • Gruppengespräche Asyl • Gruppengespräche Sexarbeit • Nationale Kampagnen • VCT	• Zugängliche, verständliche und milieu- und minderheitengerechte Informationen	• EKSI • BAG • AHS • SGCH • Checkpoints • Spitäler • Andere NGOs
• Zugang und Kontinuität der ART gewährleisten	• Umfassendes Gesundheitsverständnis • Multidisziplinärer Ansatz • Transnationaler Ansatz	• Medizinische und administrative Betreuung, die auf PM ausgerichtet ist, die sich in einer rechtlichen und sozioökonomischen Vulnerabilitätssituation befinden und mobil sind	• Übernahme von Franchise und Selbstbehalt für PM in prekären Situationen • Hilfe bei den administrativen Schritten zum Krankenkassenbeitritt • Kostenlose ART für PM ohne Krankenkasse	• EKSI • BAG • AHS • Checkpoints • Spitäler
• Sexuelle Gewalt verhindern	• Umfassendes Gesundheitsverständnis • Intersektionaler Ansatz • Gemeinschaftsbasierter Ansatz (Peers → Ausbildung) • Multidisziplinärer Ansatz • Aufsuchende Arbeit	• Webseiten • Soziale Netzwerke und Community Medien • Broschüren • Videos • Kampagnen • VCT • Gynäkologische und andere medizinische Beratungen • Gruppengespräche Sexarbeit • Angewandte Sprachkurse zu Sexarbeit • Kampagne für Kund*innen von Sexarbeit	• Informationen für die breite Öffentlichkeit • Zugängliche, verständliche, sensible und opfergerechte Informationen	• BAG • AHS • SGCH • Checkpoints • Spitäler und andere ambulante Einrichtungen • Beratungsstellen OHG • Andere NGOs (versch. Milieus: Sexarbeit, Asyl, Migration, LGBTQI+, Sans-Papiers, Menschenhandel)

• PM, die Opfer sexueller Gewalt geworden sind, erreichen und unterstützen		• Webseiten • Soziale Netzwerke und Community Medien • Broschüren • Videos • Kampagnen • VCT • Gynäkologische und andere medizinische Beratungen • Gruppensitzungen Sexarbeit • Angewandte Sprachkurse zur Sexarbeit • Begleitung, Weitervermittlung	• Zugängliche, verständliche, sensible und opfergerechte Informationen • Angemessene Unterstützung für Betroffene • Nächtliche Sprechstunden in den Institutionen für Sexarbeiter*innen	• AHS • SGCH • Checkpoints • Spitäler und andere ambulante Einrichtungen • Opferhilfe-Beratungsstellen • Andere NGOs (versch. Milieus: Sexarbeit, Asyl, Migration, LGBTQI+, Sans-Papiers, Menschenhandel)
• PM, die Opfer von Sexhandel sind, erreichen und unterstützen		• Webseiten • Soziale Netzwerke und Community Medien • Broschüren • Videos • Gruppengespräche Sexarbeit • VCT • Gynäkologische und andere medizinische Beratungen • Begleitung, Weitervermittlung	• Zugängliche, verständliche, sensible und opfergerechte Informationen • Angemessene Unterstützung für Betroffene	• NGOs im Bereich Menschenhandel • AHS • SGCH • Checkpoints • Spitäler und andere ambulante Einrichtungen • Andere NGOs

Für dieses Oberziel gehen wir nacheinander auf die spezifischen Ziele ein und stellen bei Bedarf spezifische Ansätze, Instrumente, Massnahmen und Institutionen ergänzend zu denen vor, die in den vorherigen Oberzielen erläutert wurden. Es ist uns wichtig, vorab die entscheidende Bedeutung des intersektionalen Ansatzes für das Angebot einer diversifizierten Prävention zu betonen. Um Massnahmen zu fördern, die auf jede einzelne PM zugeschnitten sind, ist es von entscheidender Bedeutung, die PM nicht auf ihren Status als Migrant*in zu reduzieren. Wie wir gesehen haben, trägt jede Person mehrere Identitäten, Merkmale, Status und Bedingungen in sich und kann nicht auf die eine oder andere reduziert werden. In dieser Hinsicht muss das Dokument «Beratung zu sexueller und reproduktiver Gesundheit für Migrantinnen und Migranten – Leitfaden für Fachpersonen» (Sexuelle Gesundheit Schweiz, 2014) vollständig überarbeitet werden, da es die Vielfalt der PM, insbesondere in Bezug auf SOGI, nicht widerspiegelt.

Die Verwendung von Kondomen fördern

Zu den Instrumenten zur Förderung der Verwendung von Kondomen gehört neben den bereits vorgestellten Instrumenten auch die **Verteilung von Kondomen**. Der Nutzen von **Kampagnen, die sich an die Kund*innen von Sexarbeit richten** – wie das im vorherigen Ziel vorgestellte Don Juan Programm – ist nicht unumstritten. Dieser Punkt wurde von einer AKT angesprochen und in einem Gespräch im Tandem diskutiert (Befragung 3). Die AKT zeigte Interesse an dem Instrument, die Sexarbeiter*in war hingegen sehr viel zwiespältiger und weniger vom Nutzen dieser Art von Intervention überzeugt. Für sie sei es wichtiger, dass die Sexarbeiter*innen mehr Agency und Selbstbestimmung haben, als dass kundenorientierte Massnahmen umgesetzt werden. Auf diese Weise sind Sexarbeiter*innen nicht von den Intentionen der Kund*innen abhängig, sondern können Ressourcen und Kompetenzen erwerben, um ihre Entscheidung für den Schutz vor STI-Risiken durchzusetzen.

Was die Massnahmen betrifft, so sollte gewährleistet werden, dass Kondome an **verschiedensten Orten**, **preisgünstig** und für Menschen in prekären Verhältnissen sogar **kostenlos** erhältlich sind.

Tests fördern

Tests im Rahmen von **VCT** haben sich bei der Migrationsbevölkerung in der Schweiz bereits bewährt (Wetzel, Jeannot, et al., 2019). Diese Praxis wird von allen befragten AKT befürwortet, um die PM zu informieren und Prävention in Bezug auf HIV/STI zu leisten sowie andere Themen zur sexuellen Gesundheit und Sexualität wie Gewalt, FGM, Schwangerschaften, Einwilligung, sexuelle Rechte usw. anzusprechen. Beim VCT sollte ein Ansatz verfolgt werden, der das Wissen und die Vorstellungen, die die Menschen über Sexualität, Gesundheit und Krankheit haben, sowie ihre allfälligen Schwierigkeiten, über intime Themen zu sprechen, berücksichtigt. Wenn die PM die in der Beratung verwendete Sprache nicht sprechen, ist der Einsatz von Dolmetscher*innen, die für diese Themen geschult sind, erforderlich. Mit anderen Worten: VCT im Migrationsbereich muss **an die Besonderheiten der PM angepasst werden**, wie in einer kürzlich in der Schweiz erschienenen Publikation festgestellt wurde: «Für eine *migrant friendly* VCT-Beratung muss genug Zeit eingeplant, müssen die Kosten an die prekären Verhältnisse der PM angepasst, mehrsprachige Gesundheitsfachkräfte mit guten transkulturellen Kompetenzen eingesetzt und Dolmetscher*innen beigezogen werden, die speziell ausgebildet sind, um eine komplexe Thematik ohne Verlegenheit zu übersetzen, und die über zwischenmenschliche Beziehungskompetenzen verfügen, die das Gespräch in Fragen der Sexualität mit den Patient*innen fördert» (Wetzel, Jeannot, et al., 2019, S. 751, übersetzt von den Autor*innen).

Der **personenzentrierte Ansatz** ist hier von besonderer Bedeutung, da er die Merkmale der PM (ethnische Herkunft, geschlechtliche Identität, sexuelle Orientierung usw.), ihr Wissen, ihre sexuellen und präventiven Praktiken, ihre Erfahrungen und Vorstellungen (über Sexualität, Gesundheit, Krankheit usw.) berücksichtigt. Im Mittelpunkt steht dem zuzuhören, was die Person mitteilen möchte, und empathisch zu sein, um ihre Bedürfnisse zu erkennen und darauf zu reagieren oder sie an andere Strukturen zu verweisen. Die Verwendung des BerDa-Fragebogens beim VCT ist hingegen umstritten. Sowohl einige AKT als auch die PM, die ihn thematisiert haben, erachten ihn als unangemessen, da er als zu direkt und intrusiv, «*kalt*» und «*technisch*» wahrgenommen wird, wie eine der befragten Personen sagte, die aufgefordert wurde, ihn auf einem Tablet auszufüllen.

Während alle Personen, mit denen wir gesprochen haben, sich einstimmig für HIV-Tests aussprechen, gilt dies nicht für Selbsttests. Sie wurden von den befragten AKT kaum thematisiert und nur von einer PM erwähnt, die einen solchen Test einmal in ihrem Herkunftsland verwendet hatte, als sie auf die Bestätigung ihres Labortests wartete. Das Potenzial dieser Test für PM in Vulnerabilitätssituationen muss noch untersucht werden. Denn es stellen sich mehrere Fragen, darunter das Verständnis der Packungsbeilage, die Einfachheit der Durchführung des Tests, die Kosten sowie die Lebensbedingungen (ob man ein eigenes Zimmer hat, um den Test diskret durchzuführen), das Risikobewusstsein und die Angst vor den rechtlichen, persönlichen und zwischenmenschlichen Folgen des Testergebnisses.

Bei AKT, die in der Schweiz im Bereich HIV/STI arbeiten, finden die Idee von Heimtests auf Abonnementbasis Anklang, die bereits in Pilotprojekten in Frankreich und Deutschland umgesetzt wurde[29]. Angesichts der Mobilität und der rechtlichen und sozioökonomischen Prekarität von PM in Vulnerabilitätssituationen scheint diese Praxis jedoch nicht an ihre Lebensumstände angepasst zu sein.

In jedem Fall wäre es im Sinne einer diversifizierten Prävention sinnvoll, die Verwendung von **Selbsttests** zu fördern. Es ist eine Praxis, die bereits als attraktive Option zur Verbesserung des Zugangs zu HIV-Tests und damit zur Verringerung sogenannter Spätdiagnosen bei in der Schweiz lebenden Personen aus Subsahara-Afrika vorgeschlagen wurde (Hachfeld et al., 2019). Die Förderung von Selbsttests könnte zumindest Aufschluss darüber geben, aus welchen Gründen die PM diese nicht nutzen: fehlende Informationen, Preis (rund 30 Franken), Angst, kein Zuhause etc. Um die Gründe für die Nichtverwendung von Selbsttests systematisch zu erfassen und die Prävention in diesem Punkt zu verbessern, wäre vor allem eine Interventionsforschung geeignet.

In Bezug auf die Instrumente lässt sich feststellen, dass neben den bereits erwähnten Instrumenten auch die **Kampagnen für kostenlose HIV-Tests** – wie die Get tested-Kampagne der AHS,[30] die von den befragten PM besonders geschätzt wurde – Anwendung finden. Die Get tested-Kampagne hat folgende Ziele: «informieren und sensibilisieren über HIV und Aids, dazu ermutigen, über HIV zu sprechen, die Vorteile des Wissens über den eigenen HIV-Status weitergeben, aufzeigen, wie man sich schützen und wo man einen Test machen kann, über die Funktionsweise von medikamentösen Behandlungen informieren»[31]. Die im November 2020 gestartete Kampagne bot einen kostenlosen HIV-Test «für Personen mit Migrationshintergrund, die aus einem Land mit hohem HIV-Infektionsrisiko kommen oder einen ungesicherten Aufenthaltsstatus haben». Die Informationen auf der Website sind in sieben Sprachen verfügbar (Deutsch, Französisch, Italienisch, Spanisch, Portugiesisch, Rumänisch und Russisch), was zeigt, dass man sich bemüht hat, diese Kampagne einer grossen Zahl von PM zugänglich zu machen. Durch die

[29] vgl. den Artikel «Aids besiegen im Abo?» in Swiss Aids News 3, Oktober 2019.
[30] www.gettested.ch
[31] Idem

Ergänzung mit weiteren Sprachen könnten noch mehr Menschen erreicht werden, insbesondere aus Afrika, dem Nahen und Mittleren Osten sowie Asien.

Was **andere STI betrifft**, so führt die AHS seit 2017 regelmässig Kampagnen für günstige Chlamydien-Syphilis-Gonorrhö-Tests durch. Wie die Kampagnen «Starman» oder «Super» richten sie sich an MSM, die sich für 40-50 CHF testen lassen können. Es handelt sich um Kampagnen, die von PM begrüsst werden, auch wenn der Preis für diejenigen, die nur über sehr geringe finanzielle Mittel verfügen, unerschwinglich bleibt. Bei diesen Kampagnen wären zusätzliche Anstrengungen zur Übersetzung in weitere Sprachen gut.

In Bezug auf die Massnahmen wird eine **Diversifizierung der Orte**, an denen die VCT durchgeführt werden, empfohlen (innerhalb und ausserhalb der Institutionsräume, in Spitälern, Vereinen usw.), obwohl die Tests ausserhalb der Institutionsräume (mobile Tests) unter den befragten AKT kontrovers diskutiert werden. Sie äussern Vorbehalte, auch wenn sie alle den praktischen Vorteil der VCT anerkennen, dass die Tests direkt vor Ort stattfinden und von den Zielgruppen frequentiert werden. Bei VCT an Veranstaltungen stellt sich die Frage, ob das Setting für die Besprechung medizinischer Fragen geeignet ist, da die Menschen zu Unterhaltungszwecken zur jeweiligen Veranstaltung gehen. Werden die VCT zudem in Kontexten durchgeführt, die von bestimmten Gemeinschaften frequentiert werden, z. B. beim African Swiss Festival, kommen Vorbehalte in Bezug auf die Stigmatisierung dieser Gemeinschaften hinzu.

Es wurde auch auf die Problematik der Vertraulichkeit hingewiesen. Es ist schwieriger, diese im öffentlichen Raum zu gewährleisten (sei es in Partylokalen, in Massagesalons für **Sexarbeit**, in Saunen oder an anderen Orten sexueller Begegnungen für MSM), als in einer dafür vorgesehenen medizinischen Einrichtung. Von den befragten AKT wurde die Befürchtung geäussert, dass die Tests ein Klima des Misstrauens schaffen könnten, insbesondere im Bereich der Sexarbeit. Von den PM hingegen wurde dieser Aspekt nicht angesprochen. Im Gegenteil, mehrere Sexarbeiter*innen begrüssten solche Initiativen, wie sich auch in früheren Umfragen in der Schweiz gezeigt hatte, unter anderem bei trans Sexarbeiter*innen (Biscontin et al., 2017).

Im Gegensatz dazu erwähnte keiner der befragten **MSM, dass er ausserhalb der Institutionsräume** ein **VCT** in Anspruch genommen hat. Auch wenn sich diese Formen von VCT bei obengenannten Bevölkerungsgruppen bereits bewährt haben (Biscontin et al., 2020; Biscontin et al., 2019), muss noch festgestellt werden, inwieweit sie auch für MSM mit Migrationshintergrund gültig sind. Da die Tests in als «gay» (Biscontin et al., 2020) identifizierten Einrichtungen (Saunen, Sexclubs, Bars usw.) und an externen Treffpunkten (Parks, Autobahnraststätten usw.) durchgeführt werden, müsste man wissen, ob diese Orte von MSM mit Migrationshintergrund frequentiert werden. Im Übrigen wurde im Rahmen eines Pilotprojekts zu VCT ausserhalb der Institutionsräume, durchgeführt von einem Checkpoint (Biscontin et al., 2020), kein signifikanter Unterschied im Hinblick auf die Nationalität zwischen dem Profil der MSM, die den betreffenden Checkpoint besuchten, und denjenigen, die sich ausserhalb der Institutionsräume testen liessen und den Checkpoint nicht besuchten, festgestellt. Dies bestätigt also die Schwierigkeit, MSM mit Migrationshintergrund zu erreichen, eine Bevölkerungsgruppe, die in diesen medizinischen Einrichtungen eine sehr kleine Minderheit darstellt.

Ein Weg könnte sein, die Zusammenarbeit mit **Gatekeepern** auszubauen, die in Frankreich als «accompagnateurs communautaires» bezeichnet werden. Dabei handelt es sich um Personen, die die gleichen demografischen Merkmale oder das gleiche Risikoverhalten wie eine bestimmte Gruppe aufweisen. Im Rahmen der VCT bei MSM beispielsweise erreichen Gatekeeper Personen mit einem höheren Infektionsrisiko, da sie mit der Kultur und den Praktiken von MSM vertraut sind und Themen wie

Homofeindlichkeit und Ablehnung, denen MSM ausgesetzt sein können, leichter ansprechen können (Champenois et al., 2012; Di Ciaccio, 2019; Lorente et al., 2013).

In jedem Fall sind **Anonymität** und **Vertraulichkeit** die beiden wichtigsten Elemente, ohne die das VCT-Dispositiv nicht den gewünschten Erfolg bei den PM hätte. Dies gilt insbesondere für diejenigen, die eine unsichere Aufenthaltsbewilligung haben und befürchten, dass diese bei einem positiven Ergebnis nicht verlängert wird; diejenigen, die sich illegal in der Schweiz aufhalten und befürchten, angezeigt und ausgewiesen zu werden; und/oder diejenigen, die zwar eine dauerhafte Aufenthaltsbewilligung haben, aber Stigmatisierung und Diskriminierung innerhalb ihrer Gemeinschaften (in Verbindung mit ihrer ethnischen Herkunft, SOGI, Religion etc.) im Falle eines positiven Ergebnisses befürchten.

Werden Tests für PM in prekären wirtschaftlichen Verhältnissen zu **günstigeren Preisen** angeboten, haben sie einen besseren Zugang zu Präventionsmassnahmen. Die Kosten für die Tests, wie sie heute in der Schweiz angeboten werden, sind für sie nicht erschwinglich. Auch der Zwang zur Bezahlung der Leistung direkt vor Ort, ist problematisch.

Schliesslich sollte bei den VCT klar gemacht werden, wie die **Gesundheitsversorgung** im Falle eines positiven Testergebnisses gewährleistet wird. Die befragten Personen, die sich illegal in der Schweiz aufhalten, haben ihre Angst zum Ausdruck gebracht, keinen Zugang zu medizinischer Versorgung zu haben (aus finanziellen Gründen und/oder weil sie keine Krankenkasse haben) oder sogar aus der Schweiz ausgewiesen zu werden. Personen, die sich im Asylverfahren befinden oder eine Aufenthaltsbewilligung erhalten haben, haben hingegen Angst davor, wie sich ein positives Ergebnis auf ihre Zukunft in der Schweiz auswirken könnte. Ein Tandem, das an Befragung 3 teilgenommen hat, betonte wie wichtig es sei, neu in der Schweiz angekommenen PM im Rahmen von VCT beruhigende Nachrichten über den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu geben. Es sollte ihnen versichert werden, dass ein positives Testergebnis keine Auswirkungen auf den Ausgang ihres Asylantrags hat, es sollte betont werden, welche Vorteile es für sie hat, ihren HIV-Status zu kennen, und welche medizinischen Fortschritte es gibt.

PEP, PrEP und TasP fördern

Wie bereits im vorherigen Ziel erwähnt, sollten weitere Anstrengungen unternommen werden, um die **PEP** bekannt zu machen, die Anwendung zu fördern und den Zugang dazu zu erleichtern. Der Zugang zur PEP ist besonders problematisch für Menschen ohne Krankenkasse, die nicht über die finanziellen Mittel verfügen, um die Kosten einer PEP zu tragen. Die Instrumente, Massnahmen und Institutionen, die zur Erreichung des Ziels eingesetzt werden können, sind die gleichen wie zur Förderung von Test.

Was die **PrEP** betrifft, so ist die Praxis vor Ort in Bezug auf die PM eher heterogen. Bekanntlich empfiehlt die EKSI die PrEP «nur für begrenzte Zeiträume und nur für eine kleine Gruppe von Personen mit erheblichem HIV-Risiko, für die der konsistente Gebrauch von Kondomen keine Option darstellt» (BAG, 2016b, S. 77). Die Kommission geht davon aus, dass nur bei einer Minderheit von weniger als 1'000 MSM ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis vorliegt (BAG, 2016b). Man könnte noch hinzufügen, dass es sich um MSM handelt, die die Kosten für eine PrEP tragen können, da diese nicht mit Sicherheit von der medizinischen Grundversicherung übernommen werden. Zwar sind seit März 2021 in der Schweiz Generika zum Preis von ca. 65 CHF für 30 Tabletten erhältlich (was eine zehnmal günstigere Behandlung bedeutet), doch es kommen noch die Kosten für die Arztbesuche dazu. Man kann sich also fragen, wie hoch der Anteil der PM unter den PrePeurs, wie sie in Frankreich genannt werden, ist.

Die AKT, die wir getroffen haben, handhaben die PrEP unterschiedlich. Ein AKT, der in einem Checkpoint arbeitet, sagte uns, dass er MSM mit Migrationshintergrund keine PrEP anbietet, da es sich um eine Therapie handelt, die für die PM finanziell nicht erschwinglich ist. Dies verdeutlicht die soziale Ungleichheit im Gesundheitsbereich gegenüber PM, was von diesem AKT angeprangert wird. Andere AKT berichteten, dass sie einige PM mit PrEP unter ihren Patient*innen haben, aber es handelt sich dabei um Männer in Partnerschaften mit Schweizer Männern und/oder mit Verbindungen zur LGBTQI+ Community. Ihre sozioökonomische Lage wird als hoch eingeschätzt. Unseren Informationen nach sind auch im SwissPrePared MSM mit Migrationshintergrund deutlich unterrepräsentiert. Ferner sind die Sprachen, in denen dieses Programm angeboten wird, Deutsch, Englisch, Französisch und Italienisch.

Wie wir gesehen haben, müssen die Besonderheiten von MSM mit Migrationshintergrund bei den Präventionsprogrammen und -massnahmen unbedingt berücksichtigt werden. Erstens haben viele PM in ihrem Herkunftsland Diskriminierungen im Zusammenhang mit ihrer sexuellen Orientierung erfahren, was sich auf ihr Präventionsverhalten in der Schweiz auswirken kann. Dies hat sich bereits in anderen Studien, darunter der europäische EMIS-Studie[32] (Pachankis et al., 2017; Pachankis et al., 2015), gezeigt. Zweitens kann sich Diskriminierung in der Schweiz innerhalb der Herkunftsgemeinschaften fortsetzen, was dazu führt, dass MSM mit Migrationshintergrund ihre sexuellen Orientierungen und/oder Praktiken verheimlichen und sich von Orten fernhalten, die sie verraten könnten, z. B. LGBTQI+ Vereine oder medizinische Einrichtungen für diese Personengruppe. Darüber hinaus identifizieren sich MSM mit Migrationshintergrund nicht unbedingt mit der LGBTQI+ Community in der Schweiz. In dieser zirkulieren allerdings Informationen über die PrEP leichter. Und schliesslich sind MSM mit Migrationshintergrund nicht mit der Prävention sozialisiert, wie sie in der Schweiz konzipiert und umgesetzt wird, da sie in anderen Ländern geboren und aufgewachsen sind (Maillefer et al., 2019).

Abgesehen von den Herausforderungen in Bezug auf MSM mit Migrationshintergrund gibt es einen Mangel an politischem Profil, was die Förderung der PrEP bei Personen betrifft, die nicht in die entsprechende Kategorie fallen. Es ist bekannt, dass das Profil der für eine PrEP in Frage kommenden Personen debattiert wird und viele ethische Fragen aufwirft, wie bereits in Frankreich dokumentiert wurde (Hadj et al., 2017). Auch in der Schweiz mangelt es an Studien, die eine genaue Analyse der PrEP-Anwendung ermöglichten. Dank der von Raphaël Bize und Kolleg*innen 2017 durchgeführten Studie (Bize et al., 2017) gibt es einen ersten Überblick über die Verschreibung von PrEP seitens einer Stichprobe von Ärzt*innen in der Schweiz (N=92), die in Spitälern, Checkpoints, anderen VCT als Checkpoints und in Privatpraxen tätig sind. Nur zwei Befragte gaben an, ein Rezept für eine PrEP an eine Person ausgestellt zu haben, die kein MSM war. Einer dieser beiden Befragten führte an, dass es sich um eine trans Frau (Nationalität unbekannt) gehandelt habe. In diesem Zusammenhang werden die Ergebnisse der laufenden Studie SwissPrePared (vgl. Fussnote 13) mit Interesse erwartet.

Die obengenannten Erkenntnisse – auch wenn sie lückenhaft sind – ermöglichen es zu zeigen, dass die PrEP in der Schweiz geschlechterspezifisch verschrieben wird. Das Profil der Personen, die sie anwenden, beschränkt sich auf Männer, was auf soziale Ungleichheiten im Gesundheitsbereich zurückverweist. In Frankreich wird seit einiger Zeit eine Debatte wegen des Ausschlusses von Frauen von der PrEP geführt. Die Vereine verurteilen das Fehlen einer nationalen Informationskampagne über die PrEP für Frauen, die am stärksten von HIV bedroht sind, wie Migrantinnen, Sexarbeiterinnen, Drogenkonsumentinnen und trans Frauen.

[32] Die EMIS-Studie (European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey) wurde in 38 europäischen Ländern durchgeführt und umfasst eine Unterstichprobe von über 20'000 MSM mit Migrationshintergrund.

Im Bereich der Sexarbeit zeigt ein kürzlich in Genf durchgeführtes Pilotprojekt (Wetzel, Delicado, et al., 2019), dass der Zugang zur PrEP für Sexarbeiter*innen mit dem grössten Risiko (bei rechtlicher und sozioökonomischer Vulnerabilität, MSM oder trans Menschen) als Interventionsbereich der HIV-Prävention noch immer weiterentwickelt werden muss.

Damit PM in Vulnerabilitätssituationen – unabhängig von der jeweiligen Kategorie (MSM, Sexarbeiter*innen oder andere) – die PrEP in Anspruch nehmen können, müssten schliesslich die Kosten für die PrEP erschwinglich sein und die medizinische Betreuung trotz der Herausforderungen, die sich aus der transnationalen Mobilität dieser Personen ergeben, sichergestellt werden können.

Was die Förderung von **TasP** betrifft, so ist sie von grundlegender Bedeutung, da sie die Stigmatisierung von Menschen, die mit HIV leben, wirksam bekämpft.

Zugang zur und Kontinuität der ART gewährleisten

Der Zugang zur ART und deren Kontinuität kann für Menschen, die illegal in der Schweiz leben und/oder keine Krankenversicherung haben und/oder finanzielle Schwierigkeiten haben beim Bezahlen der Krankenkassenprämien und des Selbstbehalts, eine Herausforderung darstellen.

Damit jede PM, die in der Schweiz mit HIV lebt, Zugang zu einer ART erhält und diese vor allem über einen längeren Zeitraum fortsetzen kann, ist auch ein **länderübergreifender Ansatz** wichtig. Wie sich sowohl in der AKT- als auch in der PM-Befragung gezeigt hat, sind PM zum Teil sehr mobil. Dies kann Auswirkungen auf ihren Zugang zur Gesundheitsversorgung haben, wie bereits für Sexarbeiter*innen in der Schweiz gezeigt wurde (Gloor et al., 2011).

All das kann aber auch andere Menschen betreffen, die mit HIV leben. Wir haben von einem Mann aus Subsahara-Afrika berichtet, der sich in einem südeuropäischen Land mit HIV infiziert hat, wo er eine humanitäre Aufenthaltsbewilligung erhalten hat und medizinisch betreut wird. Dieser Mann hält sich regelmässig in der Schweiz auf, da er hier mehr Jobmöglichkeiten (Schwarzarbeit) findet. Dies bringt Herausforderungen für die medizinische Betreuung mit sich, die nur durch eine länderübergreifende Kooperation der Gesundheitsteams bewältigt werden können.

Sexuelle Gewalt verhindern und PM, die Opfer von sexueller Gewalt und Sexhandel sind, erreichen und unterstützen

Die letzten drei spezifischen Ziele beziehen sich auf andere sexuelle Risiken als HIV/STI. Dennoch ist es wichtig, sie in die Präventionsprogramme und -Massnahmen in diesem Bereich einzubeziehen, da sowohl sexuelle Gewalt als auch die Bedingungen, unter denen Menschen leben, die Opfer von Menschenhandel sind, das Risiko einer HIV/STI-Infektion erhöhen können. Situationen sexueller Gewalt zeichnen sich durch eine starke Machtasymmetrie aus, die keinen Raum für die Aushandlung der Verwendung von Kondomen lässt. Auch Menschen, die Opfer von Menschenhandel sind, können denselben Situationen ausgesetzt sein oder dazu gedrängt werden, bezahlten Sexualkontakt ohne Kondom zu akzeptieren, um die Schulden bei den Menschenhändler*innen so schnell wie möglich zu begleichen. Es ist daher wichtig, die Prävention auf diese Bereiche auszuweiten.

Was die Ansätze betrifft, so könnte die aufsuchende Arbeit im Bereich der Sexarbeit ausgebaut werden, um mehr Menschen mit illegalem Aufenthaltsstatus und Opfer von Menschenhandel zu erreichen. Dasselbe gilt für die aufsuchende Arbeit bei Betreiber*innen von sexgewerblichen Betrieben (Erotiksalons, Massagesalons usw.) mit dem Ziel, sie für die Rechte der Sexarbeiter*innen und die HIV/STI-Prävention zu

sensibilisieren. Ob dieser Ansatz auch sinnvoll ist, um die Kundschaft dafür und für die Einhaltung des vertraglichen Rahmens bei bezahltem Sexualkontakt zu sensibilisieren, bleibt zu überprüfen.

Auf der Ebene der Instrumente finden sich hier zusätzlich zu denen, die bereits bei den vorherigen Zielen erwähnt wurden, die gynäkologischen und anderen medizinischen Beratungen, die auf die Betreuung von Gewaltopfern spezialisiert sind, sowie zwei spezifische Instrumente für das Milieu der Sexarbeit. Das erste ist ein **Sprachkurs, der auf Sexarbeit zugeschnitten ist**. In der NGO, in der eine AKT arbeitet, die an Befragung 1 teilgenommen hat, können Sexarbeiter*innen an Kursen teilnehmen, in denen sie Fachbegriffe und die Anwendung einer effizienten Kommunikation lernen, um sich Respekt zu verschaffen und schwierige Situationen mit den Kund*innen zu bewältigen. Diese Kurse fördern das Empowerment der Sexarbeiter*innen (Erwerb des Wissens über ihre Rechte und der Fähigkeiten, diese einzufordern) und verringern somit ihre Gefährdung durch Zwangspraktiken, einschliesslich Sexualkontakte ohne Kondom. Das zweite Instrument wäre wiederum die Durchführung von Kampagnen, die auf die Kund*innen ausgerichtet sind. Es bleibt abzuwarten, inwieweit solche Kampagnen sinnvoll sind.

In Bezug auf die Massnahmen wurde in einem Tandem eine Sexarbeit-spezifische Massnahme vorgeschlagen. Diese würde darin bestehen, dass NGOs, die **im Bereich Sexarbeit tätig sind**, einen **nächtlichen Bereitschaftsdienst** anbieten. Eine Sexarbeiterin, die an den Befragungen 2 und 3 teilnahm, berichtete von mehreren Ereignissen sexueller und geschlechtsspezifischer Gewalt in der Nacht, die sie selbst oder ihre Kolleg*innen erlebt hatten. Sie erzählte von ihrer Angst, in die Notaufnahme zu gehen. Diese Angst geht auf mehrere Gründe zurück, darunter fehlendes Geld, um die Konsultation und die Behandlung zu bezahlen, die irreguläre Situation in der Schweiz und die Angst, angezeigt zu werden, sowie die erwartete moralische Missbilligung des Berufs durch die Ärzt*innen. Diese Frau schlägt daher vor, dass die im Bereich Sexarbeit tätigen Strukturen einen nächtlichen, zumindest telefonischen Bereitschaftsdienst haben sollten, an den sich Opfer von Übergriffen wenden können, um beraten und an die entsprechenden Versorgungsstrukturen weitergeleitet zu werden.

7.5 Intersektionale Stigmatisierung und Diskriminierung bekämpfen

Oberziel 4: Intersektionale Stigmatisierung und Diskriminierung bekänpfen				
Spezifische Ziele	**Ansätze**	**Instrumente**	**Massnahmen**	**Institutionen**
• Die Öffentlichkeit für intersektionale Stigmatisierung und Diskriminierung sensibilisieren • Vielfalt (ethnische, sexuelle, geschlechtliche usw.) sichtbar machen und fördern → PM, die mit HIV leben, LGBTQI+ usw. sichtbar machen	• Umfassendes Gesundheitsverständnis • Inklusiver Ansatz • Intersektionaler Ansatz • Gemeinschaftsbasierter Ansatz (Peer →Ausbildung) • Multidisziplinärer Ansatz	• Kantonale/nationale/internationale Kampagnen • Webseiten • Soziale Netzwerke (z. B. #NormalizingHIVChallenge) und Community Medien • Broschüren • Videos • Nationale e-Plattform HIV/STI und Migration • Wissenschaftliche Forschung	• Zugängliche und verständliche Informationen für alle • Diversifizierung der Orte (Schulen, Unternehmen, Vereine, Politik, ethnische und religiöse Gemeinschaften usw.)	• Kantone/Bund • BAG • AHS • SGCH • Checkpoints • Spitäler und andere medizinische Einrichtungen • Andere NGOs (versch. Milieus: Sexarbeit, Asyl, Migration, LGBTQI+, Sans-Papiers, Menschenhandel) • Universitäten, Hochschulen und andere Forschungsinstitute
• Massnahmen gegen intersektionale Diskriminierung in Gesundheitseinrichtungen (und anderen Einrichtungen wie Schulen, Unternehmen, Kirchen usw.) ergreifen	• Umfassendes Gesundheitsverständnis • Inklusiver Ansatz • Intersektionaler Ansatz • Cultural Safety Ansatz • Gemeinschaftsbasierter Ansatz (Peer →Ausbildung) • Multidisziplinärer Ansatz	• Schulung des medizinischen Personals in den Themenbereichen Gender, geschlechtliche Identität, sexuelle Orientierung, Migration, Sexarbeit usw. sowie für die spezifischen Bedürfnisse von Minderheiten	• Diversitätssensible Ausbildung	• Ausbildungsstätten • Andere relevante Institutionen
• Auf politischer Ebene gegen intersektionale Diskriminierung vorgehen und Werte wie Gleichheit, Gerechtigkeit und Würde für alle Menschen fördern		• Verfassungsreformen • Gesetzliche Reformen	• Inklusive Gesetze • Schützende Gesetze • Strafrechtliche Gesetze	• Kantone/Bund

Die Öffentlichkeit für intersektionale Stigmatisierung und Diskriminierung sensibilisieren

Menschen, die sexuellen und/oder geschlechtlichen Minderheiten angehören, Sexarbeiter*innen, Menschen, die mit HIV leben, oder auch rassisierte Menschen und Menschen mit unsicherer oder keiner Aufenthaltsbewilligung sind Stigmatisierungen und Diskriminierungen ausgesetzt, die ihren Zugang sowohl zur Prävention als auch zur Gesundheitsversorgung erschweren. Ein Beispiel dafür sind die sogenannten Spätdiagnosen von HIV (Hachfeld et al., 2019). Daher sollten Kampagnen zur Entstigmatisierung von Angehörigen dieser Minderheiten und zur Förderung der Vielfalt, ob ethnisch, geschlechtlich, sexuell oder religiös usw., durchgeführt werden. Diese Kampagnen sollten sich an die breite Bevölkerung richten und auf nationaler oder sogar internationaler Ebene durchgeführt werden.

In dieser Hinsicht sind die **sozialen Netzwerke** zu einem unverzichtbaren Kanal für die Übermittlung von Botschaften geworden. In einer aktuellen Kampagne von AIDES, einer NGO, die sich in Frankreich für HIV-Prävention einsetzt, wurden Porträtfotos mit Botschaften veröffentlicht wie «Man nennt mich den 'HIVler', aber ich heisse ...», «Man nennt mich 'die schwarze Schlampe', aber ich heisse ...», «Man nennt mich 'die Schwuchtel', aber ich heisse ...», «Man nennt mich 'die Schlampe', aber ich heisse ...». Diese Botschaften zeigen die Vielzahl von Stigmatisierungen, der Personen ausgesetzt sind, die zu minorisierten und/oder marginalisierten Gruppen der Bevölkerung gehören. Um zu verdeutlichen, dass **die Stigmatisierungen intersektional** sind, müsste gezeigt werden, dass sie sich überlagern, da eine Person gleichzeitig mehreren Kategorien angehören kann. Durch die Überlappung entstehen Formen von Stigmatisierung, deren Auswirkungen mehr sind als die Summe der Stigmatisierungen, die mit jeder einzelnen Kategorie verbunden sind, eben aufgrund des Überschneidungseffekts dieser Kategorien. Dasselbe gilt übrigens auch für Diskriminierungen, wie die vorliegende Studie deutlich gezeigt hat.

Vielfalt (ethnische, sexuelle, geschlechtliche usw.) sichtbar machen und fördern

Sensibilisierungskampagnen, die auf fotografischen Porträts basieren, haben den Vorteil, dass sie die von einer Problematik betroffenen Personen sichtbar machen. Im Allgemeinen sollte es im Schweizer Kontext darum gehen, die **PM in ihrer Vielfalt** stärker **sichtbar zu machen**. Darum, sie nicht auf ihr Merkmal oder ihre Identität als Personen mit Migrationshintergrund zu reduzieren, sondern auch alle anderen Merkmale, die sie ausmachen, zu berücksichtigen. In Italien arbeitet der Verein IAM (Intersectionalities and more) genau in diesem Sinne[33]. Vor kurzem hat er Karten mit Porträts von PM erstellt, und die Vorstellung jeder Person beginnt mit derselben Frage: Hast du jemals darüber nachgedacht, wie viele Identitäten ein*e Migrant*in haben kann? Danach werden die verschiedenen Identitäten vorgestellt. Der Ansatz, den dieser Verein verwendet, und die Aktionen, die er durchführt, um die Thematik der Vielfalt der Migrationsbevölkerung sichtbar zu machen, können eine grosse Inspiration für die integrative Präventionsarbeit in der Schweiz sein.

Über diese Art von Interventionen hinaus äusserte eine PM, die an den Befragungen 2 und 3 teilgenommen hat, dass die beste Art, Vielfalt sichtbar zu machen, darin besteht, **die Präsenz von PM, LGBTQI+ Personen, Menschen, die mit HIV leben usw. in politischen** (auf kommunaler, kantonaler und Bundesebene), kulturellen, sportlichen und anderen **Funktionen zu erhöhen.** In der Sitzung der PARTEN-Gruppe, in der die Ergebnisse im Zusammenhang mit den Interventionsstrategien vorgestellt und diskutiert wurden, wies ein Mitglied darauf hin, dass PM auch auf beruflicher Ebene in Führungspositionen besser vertreten sein sollten.

[33] Weitere Informationen zu IAM finden Sie unter: https://www.facebook.com/IamIntersectionalities/

Massnahmen gegen intersektionale Diskriminierung in Gesundheitseinrichtungen (und anderen Einrichtungen wie Schulen, Unternehmen, Kirchen usw.) ergreifen

Es ist bekannt, dass Stigmatisierung und Diskriminierung – ob aufgrund des Geschlechts, der SOGI, der ethnischen Herkunft oder eines anderen Merkmals, sei es in der Familie, der Schule, am Arbeitsplatz oder in anderen Bereichen des täglichen Lebens – Auswirkungen auf die (körperliche, geistige und sexuelle) Gesundheit von Minderheiten haben. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, **strukturelle Diskriminierung** (auch systemische oder institutionelle **Diskriminierung** genannt) zu bekämpfen, insbesondere in Gesundheitseinrichtungen. So soll verhindert werden, dass Angehörige stigmatisierter Minderheiten auf die Gesundheitsversorgung verzichten aus Angst, negativ wahrgenommen, kritisiert und beurteilt zu werden. Dies ist z. B. bei geschlechtlichen und sexuellen Minderheiten der Fall. Zwar wurden bereits vor zehn Jahren klare Empfehlungen in diese Richtung ausgesprochen (PREOS, 2012), doch das Schweizer Gesundheitssystem ist nach wie vor hetero-cis-normiert (Weber, 2020).

Dies gilt auch für Personen, die im Bereich der Sexarbeit tätig sind. In Befragung 1 erzählte uns eine AKT, dass Sexarbeiter*innen kaum die PEP in Anspruch nehmen, weil sie sich schämen, ins Spital zu gehen und die Fragen beantworten zu müssen, die ihnen dort gestellt werden. Von den Sexarbeiter*innen, die wir für die Befragung 2 getroffen haben, berichteten diejenigen, die eine*n Gynäkolog*in in einer Privatpraxis haben, sie würden nicht von ihrer Arbeit erzählen, insbesondere nicht, wenn sie ein Doppelleben zwischen zwei Ländern führen: der Schweiz, die sie als ihren Arbeitsort betrachten, und dem Heimatland oder dem Land, in dem sie ihr Privatleben führen.

In Bezug auf die Ansätze haben wir hier den **Cultural Safety Ansatz**[34] einbezogen. Der Begriff «Cultural Safety» entstand im Kontext der Kolonialisierung in der neuseeländischen Gesellschaft und wurde erstmals in den 1990er-Jahren verwendet (Ramsden, 1993). Der Cultural Safety Ansatz hat in den letzten zehn Jahren so stark an Bedeutung gewonnen, dass man von einem Paradigmenwechsel spricht. Dieser Ansatz bricht mit der Vorstellung, dass sich das medizinische Personal auf das Erlernen kultureller Normen und Werte verschiedener ethnischer Gruppen konzentrieren sollte, da dies die Gefahr eines auf Stereotypen beruhenden kulturellen Essentialismus und einer Tendenz zur Homogenisierung von Gruppen birgt, die nicht homogen sind (Afrikaner, Subsahara-Afrikaner, Eritreer usw.).

Im Gegensatz dazu fordert der Cultural Safety Ansatz, dass das medizinische Personal eine reflexive Haltung einnimmt und die Machtverhältnisse zwischen sich und den Patient*innen einbezieht. Anstatt sich auf die Kultur der*des anderen zu konzentrieren, wird vom medizinischen Personal erwartet, dass es sich auf die eigene Kultur und deren Auswirkungen auf die Versorgungsbeziehung konzentriert. Das bedeutet, dass das Personal seine eigenen Einstellungen, Vorstellungen, Apriori, Stereotypen und Vorurteile hinterfragen muss, die sich alle auf die Qualität der Betreuung auswirken.

Was die Instrumente betrifft, so empfehlen wir hier die **Schulung** des medizinischen Personals in den Bereichen Gender, geschlechtliche Identität, sexuelle Orientierung, Migration, Sexarbeit und generell im Umgang mit Anderssein. Mit anderen Worten: eine diversitätssensible Ausbildung, die einen transnationalen Ansatz fördert, der von einer verstehenden, reflexiven und kritischen Haltung getragen wird[35].

[34] Für eine Vertiefung dieses Ansatzes empfehlen wir die folgende Lektüre: Blanchet Garneau & Pepin, 2012; Browne et al., 2009; Curtis et al., 2019.
[35] Zur Vertiefung dieses Ansatzes empfehlen wir die folgende Lektüre: Baghdadi et al., 2014; Reutlinger et al., 2011.

Auf politischer Ebene gegen intersektionale Diskriminierung vorgehen und Werte wie Gleichheit, Gerechtigkeit und Würde für alle Menschen fördern

Die **Förderung** der Werte **Gleichheit**, **Gerechtigkeit** und **Würde** für alle Menschen unabhängig von ihrer ethnischen Herkunft, ihrem Geschlecht, ihrer SOGI, ihrem Rechtsstatus in der Schweiz, ihrer Religion, ihrem HIV-Status und anderen Merkmalen, die sie ausmachen, kann nur über Verfassungs- und Gesetzesreformen erfolgen, über die Verabschiedung von inklusiven, schützenden und strafrechtlichen Gesetzen sowohl auf kantonaler als auch auf Bundesebene. Wir greifen diesen Punkt im fünften und letzten Interventionsziel auf.

7.6 Gesundheitliche Chancengleichheit verbessern

Oberziel 5: Gesundheitliche Chancengleichheit verbessern				
Spezifische Ziele	**Ansätze**	**Instrumente**	**Massnahmen**	**Institutionen**
• PM über das Schweizer Gesundheitssystem informieren (Krankenversicherungen, Gesundheitseinrichtungen und -angebote, Zugangsrechte zu Gesundheitseinrichtungen)	• Umfassendes Gesundheitsverständnis • Inklusiver Ansatz • Intersektionaler Ansatz • Gemeinschaftsbasierter Ansatz (Peers*→ Ausbildung) • Multidisziplinärer Ansatz • Aufsuchende Arbeit	• Webseiten • Soziale Netzwerke und Community Meiden • Broschüren • Videos • Gespräche • Gruppengespräche Asyl • Gruppengespräche Sexarbeit • Nationale e-Plattform HIV/STI und Migration (Links)	• Zugängliche (Diversifizierung der Verbreitungskanäle), verständliche (Mehrsprachigkeit, Leichte Sprache, Dolmetschung) und milieu- und minderheitengerechte Informationen	• BAG (Programm Migration & Gesundheit • Nationale e-Plattform HIV/STI und Migration) • AHS • SGCH • Checkpoints • Spitäler • Andere ambulante medizinische Einrichtungen • Andere NGOs (versch. Milieus: Sexarbeit, Asyl, Migration, LGBTQI+, Sans-Papiers)
• PM bei den administrativen Schritten für den Beitritt zu einer Krankenkasse und beim Erhalt der Prämienverbilligung unterstützen		• Beratung, Betreuung • Nationale e-Plattform HIV/STI und Migration (Links)		• AHS • Checkpoints • Spitäler • Andere ambulante medizinische Einrichtungen • Andere NGOs (Milieus: Sexarbeit und Sans-Papiers) • BAG

• PM bei der Bezahlung von medizinischen Leistungen bis zur Höhe der Franchise und des Selbstbehaltes finanziell unterstützen		• Finanzielle Hilfe für PM in prekären Situationen • Abschaffung der schwarzen Listen • Reduktion oder gar Abschaffung der Franchise und des Selbstbehalts		• AHS • Checkpoints • Spitäler • Andere ambulante medizinische Einrichtungen • Andere NGOs (Milieu: Sexarbeit und Sans-Papiers)
• Umfassenden Zugang zu Präventionsmassnahmen gewährleisten	• Umfassendes Gesundheitsverständnis • Inklusiver Ansatz • Intersektionaler Ansatz	• Umstrukturierung des Gesundheits- und Asylsystems • Wissenschaftliche Forschung	• Kostenlose Tests und Kondome • Anonymität	• Bund/Kantone • Universitäten, Hochschulen und andere Forschungsinstitute
• Umfassenden Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleisten		• Umstrukturierung des Gesundheits- und Asylsystems • Wissenschaftliche Forschung	• Kostenlose Gesundheitsversorgung • Anonymität • Kontinuität der Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers, Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus und mit grosser Mobilität	
• Administrative Stabilität der PM gewährleisten		• Umstrukturierung des Asylsystems • Wissenschaftliche Forschung	• Verallgemeinerung der Aufenthaltsbewilligungen B und C • Abschaffung der F-Bewilligung	
• Sans-Papiers regularisieren		• Ausweitung der Operation «Papyrus» • Wissenschaftliche Forschung	• Zuweisung von Aufenthaltsbewilligungen nach vorgegebenen Kriterien	

Der Bereich HIV/STI ist wie andere Gesundheitsbereiche nicht frei von sozialen Ungleichheiten. Die Ergebnisse der vorliegenden Befragung von PM, die sich in vielfältigen Vulnerabilitätssituationen befinden, haben dies deutlich gezeigt. Um gegen diese sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich vorzugehen, muss man an den **Strukturen** ansetzen, denn diese bringen die Ungleichheiten hervor. Dies geht auch aus dem kürzlich erschienenen Bericht «Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz» (Weber, 2020) hervor, der von Gesundheitsförderung Schweiz (PSCH), dem BAG und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK) herausgegeben wurde. Gemäss diesem Bericht müssen zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit die politischen, sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und gesundheitlichen Bedingungen berücksichtigt werden, die zu Machtverhältnissen führen und Menschen mehr oder weniger gute gesellschaftlichen Positionen zuweisen. Die jeweiligen gesellschaftlichen Positionen wirken sich auf die Belastungen der Menschen aus und auf ihre Ressourcen, was wiederum konkrete Auswirkungen auf die Gesundheit hat (Weber, 2020).

Um also die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern, ist es wichtig, die sozialen Determinanten von Gesundheit (die Bedingungen, unter denen die Menschen leben) zu berücksichtigen, aber auch – und unserer Meinung nach vor allem – die **strukturellen Determinanten**, d. h. die unterschiedlichen Hintergründe und die gesellschaftlichen Positionen, die die Menschen einnehmen. Das Ziel von Massnahmen im Bereich der sozialen Gesundheitsdeterminanten besteht darin, Belastungen zu reduzieren und Ressourcen zu stärken (Empowerment), während das Ziel von Massnahmen im Bereich der strukturellen Determinanten darin besteht, soziale Ungleichheiten und Benachteiligungen abzubauen, aus denen gesundheitliche Ungerechtigkeiten resultieren (Weber, 2020).

PM über das Schweizer Gesundheitssystem informieren

Bevor eine Person ihre **Rechte** ausüben kann, muss sie von deren Existenz erfahren. Dieser Punkt ist für PM besonders wichtig, da sie andernorts sozialisiert wurden und daher mit anderen Organisations- und Funktionsweisen vertraut sind. Über das **schweizerische Gesundheitssystem** informiert zu sein, bedeutet unter anderem die Krankenversicherungen, die Gesundheitseinrichtungen und -angebote sowie die Rechte in Bezug auf den Zugang zu Einrichtungen und Behandlungen zu kennen. Eine elektronische Plattform HIV/STI und Migration wäre daher nützlich, weil sie die PM je nach Wohnkanton zu den entsprechenden Informationsquellen weiterleiten könnte.

PM bei den administrativen Schritten für den Beitritt zu einer Krankenkasse und dem Erhalt einer Prämienverbilligung unterstützen

Die administrativen Schritte für den Beitritt zu einer Krankenkasse können für alle Menschen schwierig sein. Besonders schwierig sind sie jedoch für Personen, die nicht in der Schweiz sozialisiert wurden und die Landessprachen nicht sprechen. Es geht also darum, sie bei diesen Schritten zu unterstützen. Zudem ist bekannt, dass die **AKT** in diesem Bereich viel **Arbeit leisten**, die sowohl **aufgewertet** als auch **erleichtert** werden muss.

Die Kantone gewähren zwar Prämienverbilligungen für Personen in prekären Situationen. Doch um davon profitieren zu können, müssen die PM davon wissen und über die Kompetenz verfügen, einen Antrag zu stellen. Ausserdem kommt es vor, dass Sans-Papiers diese Schritte nicht wagen aus Angst vor einer Anzeige und Ausweisung aus der Schweiz. Es geht also darum, den PM Zugang zu diesen Verbilligungen zu verschaffen – indem man sie darauf aufmerksam macht, ihnen versichert, dass der Antrag auf

Prämienverbilligung keine Auswirkungen auf ihre rechtliche Situation in der Schweiz hat, und indem man sie bei den Schritten zum Erhalt der Prämienverbilligung unterstützt.

PM bei der Bezahlung von medizinischen Leistungen bis zur Höhe der Franchise und des Selbstbehaltes finanziell unterstützen

Personen in prekären wirtschaftlichen Verhältnissen, die einer Krankenkasse angehören, bevorzugen Modelle mit hoher Franchise, um von günstigeren monatlichen Prämien zu profitieren. Dies hat zur Folge, dass sie die medizinischen Leistungen bis zur Höhe der Franchise und des Selbstbehalts bezahlen müssen, die sich auf über 2'500 CHF belaufen können. Um zu verhindern, dass PM auf Prävention und medizinische Versorgung verzichten, ist es daher wichtig, Personen in wirtschaftlich prekären Situationen finanziell zu unterstützen.

Wichtig ist auch die Abschaffung der 2012 eingeführten «Schwarzen Listen». Es sei darauf hingewiesen, dass die Praxis der schwarzen Liste im Kanton Graubünden 2018 zum Tod eines HIV-positiven, verschuldeten Mannes geführt hatte. Derzeit führen fünf Kantone diese Listen (Aargau, Luzern, Tessin, Thurgau, Zug) und sie können dies auch weiterhin tun gemäss Entscheid des Ständerates vom 7. Juni 2021. Nach Schätzungen, auf die die Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) verweist, befinden sich derzeit über 30'000 Personen auf den schwarzen Listen mit Leistungssperren[36], eine Zahl, die aufgrund der Gesundheitskrise im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie vermutlich noch steigen wird.

Umfassenden Zugang zu Prävention und Gesundheitsversorgung gewährleisten

Es geht darum, allen Personen, die sich in der Schweiz aufhalten, unabhängig von ihrem Rechtsstatus, ihrem Einkommen, ihrer Ausbildung oder einem anderen sozialen Merkmal, den Zugang zu Prävention und Gesundheitsversorgung zu garantieren. Im Bereich HIV/STI wie auch in anderen Gesundheitsbereichen kann der umfassende Zugang zu Prävention und Versorgung nur durch eine Umstrukturierung des Gesundheitssystems erreicht werden. Mehrere **Reformen** könnten dazu beitragen. Wir beschränken uns hier darauf, zwei davon zu skizzieren. Die erste wäre eine Vereinheitlichung der Gesundheitssysteme in der Schweiz. Der Föderalismus führt dazu, dass es in der Schweiz 26 Gesundheitssysteme gibt anstatt einem einzigen. **Der Wechsel von 26 Gesundheitssystemen zu einem einzigen** würde die Ungleichheiten zwischen den Kantonen beseitigen, die zu gesundheitsbedingter Mobilität innerhalb der Schweiz führt. Wie wir gesehen haben, ist dies insbesondere bei PM der Fall, die sich in einer rechtlichen und sozioökonomischen Vulnerabilitäts-situation befinden.

Die zweite Reform würde das System der **Krankenversicherungen** betreffen. Auf administrativer Ebene geht es darum, die Schritte für den Beitritt zu einer Krankenkasse zu vereinfachen, die für nicht in der Schweiz sozialisierte Personen zu komplex sind, sowie darum, die Anonymität bei erbrachten Leistungen zu gewährleisten. Wie wir gesehen haben, berichteten AKT von Situationen, in denen medizinische Einrichtungen und NGOs die Beratung und Leistungen anonymisiert erbrachten, die Krankenkassen jedoch die Rechnungen und Leistungsabrechnungen detailliert ausstellten. Dies ist z. B. bei der

[36] Die Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission der SAMW («Schwarze Listen» – Leistungssperrung medizinischer Versorgung aufgrund nichtbezahlter Prämien und Kostenbeteiligung) ist unter folgender Adresse abrufbar: https: https://www.samw.ch/de/Publikationen/Stellungnahmen.html [Website abgerufen am 15.07.2021]. In dieser Stellungnahme werden der Ursprung und die rechtlichen Grundlagen der schwarzen Listen gut erläutert.

Kostenzusammenstellung für die Steuererklärung der Fall. All das kann dazu führen, dass Informationen ungewollt offengelegt werden (z. B. eine PEP-Beratung, die Betreuung bei einer PrEP oder einem Schwangerschaftsabbruch, Anzeichen für eine aktive Sexualität und/oder SOGI), von denen die betroffenen Personen nicht unbedingt wollen, dass ihr Umfeld erfährt. Das können z. B. die Eltern oder andere Personen sein, die die PM unterhalten, da diese die detaillierten Rechnungen der Krankenkasse erhalten. Dasselbe gilt für die ART, die ein Hinweis auf eine HIV-Infektion ist, von der die betroffenen Personen jedoch vielleicht nicht wollen, dass nahestehende Personen davon wissen.

Auf finanzieller Ebene geht es darum, die Monatsprämien, Franchisen und den Selbstbehalt für Menschen in prekären wirtschaftlichen Verhältnissen zu senken, um zu verhindern, dass die Gesundheitsversorgung nicht in Anspruch genommen oder abgebrochen wird, was zu Spätdiagnosen, auch von HIV, führen kann. Es geht auch darum, die Kosten der Prävention zu decken. Die Kosten der PEP werden zwar von der Grundversicherung übernommen, nicht aber die Kosten der Kondome, der PrEP, der Tests und Selbsttests. Schliesslich geht es darum, die Kosten der Behandlungen zu senken oder sogar kostenlose Behandlungen anzubieten, insbesondere die ART, die auch eine Präventivbehandlung (TasP) ist.

Administrativen Stabilität der PM gewährleisten

Die Praktiken im Bereich der Betreuung von PM zeigen die Auswirkungen der Gesundheitspolitik und der Migrationspolitik. Die Verschärfung der Asylgesetze und die Einschränkungen des Zugangs zu den Rechten auf Bildung, Arbeit und Gesundheit für Menschen aus dem Asylbereich bringen die in der öffentlichen Gesundheit tätigen AKT in schwierige Situationen und zwingen sie zu der von uns beschriebenen «bricolage». In diesem Zusammenhang sei auf die Praktiken verwiesen, die kürzlich von Sylvie Morel und Victoire Cottereau in Frankreich analysiert wurden (Morel & Cottereau, 2020). Ihre Studie hatte das Ziel zu zeigen, wie sich das medizinische Personal in den Spitälern organisiert, um HIV-positive Patient*innen mit Migrationshintergrund in einem Arbeitsumfeld zu betreuen, das doppelt eingeschränkt ist durch die restriktive Migrationspolitik und die Verwaltungspolitik der Spitalstrukturen, die den Zugang zur Versorgung und deren Kontinuität erschweren. Die Autorinnen beschreiben, dass das medizinische Personal bei der Betreuung dieser Personen mitunter gegen institutionelle Normen und sogar Gesetze verstösst. Dies entspricht weitgehend den Praktiken, die von einigen AKT beschrieben wurden, die wir für die Befragungen 1 und 3 getroffen haben.

Im Schweizer Kontext könnte die administrative Stabilität der PM gewährleistet werden, indem die Asylverfahren beschleunigt (und die Dauer der N-Bewilligungen begrenzt), die Aufenthaltsbewilligungen B und C allgemein eingeführt und die F-Bewilligungen abgeschafft würden.

Sans-Papiers regularisieren

Die Regularisierung von Sans-Papiers könnte beispielsweise durch die Ausweitung der Operation Papyrus erfolgen, die zwischen 2017 und 2018 im Kanton Genf durchgeführt wurde. Dabei handelt es sich um ein Pilotprojekt zur Regularisierung von Arbeitnehmer*innen aus Nicht-EU/EFTA-Ländern, die sich gemäss AIG irregulär in der Schweiz aufhalten. Die Operation Papyrus, die gemeinsam vom kantonalen Amt für Bevölkerung und Migration (OCPM), dem SEM und den Genfer Organisationen zur Unterstützung von Sans-Papiers eingeführt wurde, war das erste Regularisierungsprogramm, das in der Schweiz eingerichtet wurde. Laut Angaben im Evaluationsbericht (Ferro-Luzzi et al., 2019) soll die Operation Papyrus über 3'000 Personen, die sich ohne legalen Status in Genf aufhielten, zu einer Aufenthaltsbewilligung verholfen haben.

8 Fazit

Die Mi.STI-Studie verfolgte drei Hauptziele:

- die Vulnerabilität von PM für HIV/STI zu untersuchen;
- die Massnahmen von Institutionen in Bezug auf die Vulnerabilität von PM für HIV/STI zu untersuchen;
- Reflexionsgrundlagen für Interventionen im Zusammenhang mit der Vulnerabilität von PM für HIV/STI zu erarbeiten.

Die ersten drei Punkte dieses Fazits greifen diese Ziele auf. Danach folgen drei weitere Punkte, die sich mit der Relevanz und Operationalisierung des Konzepts «Vulnerabilität», den Grenzen der Studie und den Perspektiven für die Zukunft befassen.

Vulnerabilität von PM für HIV/STI: eine von vielen Vulnerabilitäten

Die PM, die wir im Rahmen dieser Studie getroffen haben, weisen eine grosse Vielfalt an Lebenserfahrungen, Migrationshintergründen, Herkunft, Alter, Ausbildung oder Arbeitsformen auf. Sie haben unterschiedliche geschlechtliche, sexuelle oder kulturelle Identitäten und alle können zahlreiche materielle, soziale oder symbolische Ressourcen mobilisieren. Wir haben auch festgestellt, dass ihr Wissen und ihre Vorstellungen über Sexualität, HIV/STI oder schlicht über das Leben sehr unterschiedlich sind.

Auch wenn die Migrationswege und die Erfahrungen verschieden sind, konnten wir einige gemeinsame Merkmale herausarbeiten. Zunächst einmal haben alle der befragten PM eine geteilte Erfahrung: **geografische Mobilität**. Dabei sind zwei Haupterfahrungen zu unterscheiden: **transnationale Zirkulation** von einem Land zum anderen und **Zirkulation innerhalb der Schweiz** von einem Kanton zum andern oder von einer Region (Land-Stadt) zur anderen.

Bei der **transnationalen Zirkulation** geht es um mobile Menschen, die von einem Land ins andere ziehen. Manche leben seit ihrer Kindheit oder seit etwa 20 Jahren so, je nach rechtlichen Möglichkeiten (zeitlich begrenzte Bewilligungen an einem Ort), den Lebensbedingungen (finanzielle und berufliche Möglichkeiten, Wohnraum) oder dem Zugang zum Gesundheitssystem (Versorgung, Betreuung, Medikamente usw.). Der Wechsel von einem Land zu einem andere ist auch auf den Kontext der Akzeptanz oder umgekehrt der Diskriminierung bestimmter Merkmale wie Hautfarbe, Geschlechtsidentität, sexuelle Orientierung usw. zurückzuführen.

Die **Zirkulation innerhalb der Schweiz** betrifft mehrere Kategorien von PM. Sans-Papiers bewegen sich von einem Kanton in einen anderen, je nachdem, ob dieser aus rechtlicher, wirtschaftlicher oder sozialer Sicht für sie günstiger ist. LGBTQI+ Personen bewegen sich innerhalb desselben Kantons (vom Land in die Stadt) oder zwischen den Kantonen, je nachdem, als wie offen sie einen Kanton wahrnehmen in Bezug auf Fragen der Geschlechtsidentitäten und nicht-hetero-cis-normativen sexuellen Orientierungen. Sexarbeiter*innen ziehen je nach Arbeitsmöglichkeiten von einem Kanton zum anderen.

Unabhängig davon, ob diese Mobilität das Ergebnis einer als persönlich empfundenen Entscheidung oder eines Zwangs ist, kann sie die Situation und den Lebensstandard der PM verbessern, sie kann aber auch eine potenzielle Gefahr darstellen. Insbesondere im Hinblick auf die transnationale Mobilität können die PM auf der einen Seite einen rechtlichen Schutz erhalten, der es ihnen ermöglicht, in der Schweiz zu leben und neue Ressourcen zu erlangen (eine Ausbildung machen, eine Arbeit finden, finanzielle Unterstützung erhalten usw.). Auf der anderen Seite setzen sich die PM jedoch verschiedenen Risiken aus, z. B. dem

Verlust der Beziehungen zur Herkunftsfamilie oder zu Mitgliedern der ethnischen Gemeinschaft, der Verweigerung des Bleiberechts in der Schweiz oder dem Erhalt eines zeitlich begrenzten und/oder mit Auflagen verbundenen Aufenthaltsrechts sowie der Stigmatisierung aufgrund ihres rechtlichen Status in der Schweiz. Mit anderen Worten: Sie laufen Gefahr, in Vulnerabilitätssituationen im **Zusammenhang mit ihrem rechtlichen und sozioökonomischen Status** zu geraten. Diese beiden Aspekte sind den PM, die wir getroffen haben, gemeinsam.

Je nach Merkmalen und Erfahrungen der PM, können zu den im vorherigen Abschnitt genannten Vulnerabilitäten noch weitere hinzukommen, z. B. die Vulnerabilität im Zusammenhang mit der SOGI oder mit Sexarbeit. Diese Vulnerabilitäten stehen nicht isoliert nebeneinander, sondern fügen sich zu Vulnerabilisierungsspiralen zusammen, die die betroffenen Personen in Prozesse der Prekarisierung, Stigmatisierung, Diskriminierung und Marginalisierung hineinziehen. Die verschiedenen Vulnerabilitäten wirken sich jedoch nicht in gleicher Weise auf diese Prozesse aus. Die Vulnerabilität, die die PM am stärksten trifft, ist diejenige, die für sie im Vergleich zu anderen benachteiligten Menschen ohne Migrationshintergrund spezifisch ist: die rechtliche Vulnerabilität. Das Fehlen einer Aufenthaltsbewilligung oder eine prekäre Aufenthaltsbewilligung wie die N- und F-Bewilligungen erschweren den Zugang zu Arbeit, Bildung, Wohnraum und Gesundheit und setzen PM zudem dem Risiko der Ausweisung aus. Diese Bedingungen, zusammen mit einem niedrigen Bildungsniveau oder der Nichtanerkennung von im Ausland erworbenen Diplomen in der Schweiz, bringen die Betroffenen in prekäre sozioökonomische Lagen. Die Gesundheitskrise im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie hat auch Personen mit einer B-Bewilligung zugesetzt, da die Bewilligung an die Bedingung der finanziellen Unabhängigkeit der Inhaber*innen geknüpft ist. Diese Bedingung ist durch die Gesundheitskrise nun schwieriger zu erreichen, insbesondere für Personen mit niedriger Ausbildung oder Abschlüssen, die in der Schweiz nicht anerkannt sind. Neben dieser rechtlichen Vulnerabilität ist zu betonen, dass die Migrationserfahrung die PM auch mit einem Verlust an Bindungen konfrontiert. Es fehlen ihnen dadurch wichtige menschliche Ressourcen im Migrationskontext und sie können in eine Situation der Isolation geraten.

Das Zusammenspiel der verschiedenen Vulnerabilitäten wirkt sich auf die Vulnerabilität für HIV/STI aus. Man kann von **Vulnerabilisierungsspiralen** sprechen, **die das Risiko für eine HIV/STI-Infektion und das Fehlen des Zugangs zu Behandlungen oder den Abbruch von Behandlungen erhöhen**. Das Fehlen einer Aufenthaltsbewilligung hindert Sans-Papiers daran, legal zu arbeiten, und zwingt sie, schlecht bezahlte Jobs anzunehmen. Das führt zu Schwierigkeiten beim Zugang zu Wohnraum und Gesundheit sowie beim Zugang zu HIV/IST-Prävention und -Behandlung. Und es kann dazu führen, dass sozial benachteiligte Menschen sich auf sexuelle Transaktionen einlassen, sprich auf Sexualkontakte im Gegenzug für eine Wohnung oder die Bezahlung von Rechnungen, z. B. der Krankenkassenprämien. Bei diesen Transaktionen ist es für die beteiligten PM aufgrund der asymmetrischen Machtverhältnisse, die solche Beziehungen kennzeichnen, nicht einfach, die Verwendung von Kondomen auszuhandeln.

Personen mit einer unsicheren Aufenthaltsbewilligung, einem niedrigen Bildungsniveau oder im Ausland erworbenen Diplomen, die in der Schweiz nicht anerkannt sind, haben ebenfalls Schwierigkeiten beim Zugang zum Arbeitsmarkt. Ihre niedrigen Löhne können sie dazu veranlassen, Paarbeziehungen einzugehen, die durch Machtasymmetrie gekennzeichnet sind und in denen sich die Aushandlung der Verwendung von Kondomen als schwierig erweist. Dies gilt insbesondere für Frauen, aber auch und vor allem für Angehörige geschlechtlicher Minderheiten. Ihre Erfahrungen zeigen, dass eine trans oder queere Identität den Zugang zum Arbeitsmarkt weiter einschränkt. Auch die Fälle von sexueller Gewalt, von denen berichtet wurde, fanden im Rahmen asymmetrischer Beziehungen statt, sei es in Paar- oder Unterhaltsbeziehungen oder Beziehungen gegen Bezahlung. Unter diesen Beziehungen stellen die

Unterhaltsbeziehungen einen Beziehungsrahmen dar, in dem in Bezug auf HIV/STI mehr Risiken eingegangen werden. Denn Unterhaltsbeziehungen sind die durch eine starke Machtasymmetrie zwischen der Person, die unterhält, und der Person, die im Austausch für sexuelle Gefälligkeiten unterhalten wird, gekennzeichnet. Die Person, die unterhalten wird, ist nicht in der Lage, ihre Selbstbestimmung auszuüben, um die Verwendung von Kondomen zu verhandeln. Dies führt uns zu der Schlussfolgerung, dass es letztendlich die **relationale Vulnerabilität** ist, die das Risiko einer HIV/STI-Infektion erhöht, eine Vulnerabilität, die wiederum das Ergebnis der Verflechtung mit anderen Vulnerabilitäten ist. Risiken werden in asymmetrischen Beziehungen eingegangen, in Momenten, die als schwierig beschrieben werden aufgrund der Lebensbedingungen in der Schweiz (insbesondere im Zusammenhang mit der Aufenthaltsbewilligung, dem Zugang zum Arbeitsmarkt, der Perspektivlosigkeit) und/oder einer nicht-hetero-cis SOGI.

Zwei weitere Dimensionen spielen bei der Risikobereitschaft eine Rolle: Mangelndes Wissen über HIV/STI, Schutzmöglichkeiten und Tests sowie die individuelle Präferenz für Sexualkontakte ohne Kondom. Sie spielen jedoch eine kleinere Rolle und sie manifestieren sich in anderer Weise als die asymmetrischen Machtverhältnisse in intimen Beziehungen. Neben der Erfahrung von Sexismus und Rassismus können PM aufgrund ihres rechtlichen Status, ihres niedrigen Bildungsniveaus und Einkommens und, wo dies zutrifft, aufgrund ihrer HIV-Infektion benachteiligt werden. Auch die Auswirkungen von Heterosexismus und Cissexismus, die LGBTQI+ Personen erleiden, können zu einem erhöhten HIV/STI-Infektionsrisiko führen aufgrund der negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit.

Für den Zugang zur Gesundheitsversorgung und deren Kontinuität spielen eher die rechtlichen und sozioökonomischen Vulnerabilitäten eine zentrale Rolle, da die PM Schwierigkeiten haben, eine Krankenversicherung abzuschliessen, die Monatsprämien für die Versicherung und die medizinischen Behandlungen bis zur Höhe der Franchise und des Selbstbehalts zu bezahlen.

Es wird deutlich, dass die Vulnerabilität für HIV/STI eher das Ergebnis **struktureller Vulnerabilität** ist als das Ergebnis mangelnder Kenntnisse der PM – einschliesslich der Kenntnisse über die Präventions- und Gesundheitseinrichtungen, an die sie sich wenden können – oder das Ergebnis schlechter Erfahrungen mit entsprechenden Einrichtungen. Die PM verfügen bei der Ankunft in der Schweiz über Kenntnisse zu HIV/STI, die sie im Migrationskontext aktualisieren. Ihre Lebensbedingungen in der Schweiz, die sich aus den ihnen auferlegten Einschränkungen ergeben, führen dazu, dass sie ihre Prioritäten wo anders als auf die Gesundheit – geschweige denn die sexuelle Gesundheit – setzen und/oder in Paar- oder Unterhaltsbeziehungen geraten, die durch für sie ungünstige Machtverhältnisse gekennzeichnet sind. Diese Vulnerabilitäten, denen die PM ausgesetzt sind, liegen im Schnittpunkt der Migrationspolitik, insbesondere der Politik im Asylbereich, und der Gesundheitspolitik, die Zugang zur Gesundheitsversorgung regelt, sei es zu Prävention oder Behandlung (von privaten Krankenkassen verwaltete obligatorische Grundversicherung, Prämienkosten usw.). Das von der GFCH, dem BAG und der GDK vorgeschlagene Modell zur Analyse von gesundheitlichen Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten veranschaulicht die strukturelle Dimension dieser Vulnerabilitäten sehr gut (Weber, 2020).

Massnahmen der Institutionen in Bezug auf die Vulnerabilität von PM für HIV/STI: Vertrauensaufbau und «bricolage»

Aus der Befragung 2 mit den AKT ging hervor, dass die Bandbreite an Interventionen im Bereich HIV/STI und Migration sehr gross ist und von der Betreuung im Sinne eines umfassenden Gesundheits-

verständnisses über Interventionen im Bereich der sexuellen Gesundheit bis hin zu gezielteren Interventionen zur Prävention und Behandlung dieser Infektionen reicht.

Diejenigen der befragten AKT, die der Ansicht sind, dass sie aus einer Perspektive des umfassenden Gesundheitsverständnisses arbeiten, beschreiben Interventionen, die die Gesundheit (körperlich, geistig, sexuell, relational), den Wohnraum, den Rechtsstatus und die Versicherungen umfassen. Hinzu kommen spezifische Aspekte in den Bereichen der Sexarbeit (in Verbindung mit dem Arbeitsrecht, den Arbeitsbedingungen usw.) und LGBTQI+ (in Verbindung mit den SOGI). Im Einklang mit der Ottawa-Charta (1986) werden sowohl der Gesundheitszustand der Menschen als auch die materiellen Bedingungen, unter denen sie leben (Aufenthaltsbewilligung, Arbeit, Wohnraum, Ernährung), berücksichtigt.

Die Interventionen im Bereich der **sexuellen Gesundheit** zielen auf die Aufklärung über sexuelle Rechte ab und berücksichtigen neben HIV/STI auch andere sexuelle Risiken, z. B. ungewollte Schwangerschaften und sexuelle Gewalt.

Die gezielten Interventionen zu **HIV/STI** gliedern sich in fünf Arten von Massnahmen: Sensibilisierung, Testung, Behandlung, Begleitung und Weitervermittlung. Bei der Sensibilisierung geht es darum, über die Arten von STI, die Übertragungswege, die Schutzmöglichkeiten usw. aufzuklären. Es geht dabei auch darum in Erfahrung zu bringen, was die PM über HIV/STI und Schutzmassnahmen wissen und welche Vorstellungen und Praktiken sie in Bezug auf Sexualität haben, wobei ethnozentrische und heteronormative Werturteile vermieden werden sollen. Diese Informations- und Aufklärungsarbeit ist auf die Vermittlung geeigneter Ratschläge in Bezug auf Schutz und Tests ausgerichtet. Um möglichst viele PM zu erreichen, werden die Tests in verschiedenen medizinisch-sozialen Einrichtungen im Spital- und Vereinskontext angeboten. Zu diesem Zweck werden Tests auch ausserhalb dieser Organisationen angeboten (bei Veranstaltungen, am Arbeitsort von Sexarbeiter*innen usw.). Die Behandlung von HIV/STI wird in dafür vorgesehenen medizinisch-sozialen Einrichtungen sichergestellt, ebenso wie die Begleitung der PM bei den Problemen, mit denen sie konfrontiert sind (auf medizinischer, psychosozialer und auch administrativer Ebene), und bei den verschiedenen Schritten zur Bewältigung dieser Probleme (Tests, Behandlung, PEP, PrEP, Gesprächsgruppen für Menschen, die mit HIV leben, usw.). In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass Interventionen zum Angebot der PEP in den Beschreibungen der befragten AKT nicht häufig vorkommen, und dass Interventionen zum Angebot der PrEP und der Begleitung auf medizinischer und psychosozialer Ebene von Personen, die sie in Anspruch nehmen, noch seltener sind. Solche Interventionen sind im Wesentlichen auf die Gay-Communities beschränkt und die PrEP ist Männern vorbehalten, die die Kosten dafür tragen können, da das für diese Behandlung verwendete Medikament nicht von der Grundversicherung gedeckt ist und die Erstattung der erforderlichen Arztbesuche im Rahmen der Behandlung nicht gewährleistet ist. Schliesslich besteht ein Teil der Massnahmen der AKT darin, die PM, mit denen sie in Kontakt kommen, an Betreuungseinrichtungen zu verweisen, die für ihre Probleme spezialisiert sind.

Im Rahmen der Interventionen werden **fünf Hauptansätze** angewendet, oft in Kombination. Das **umfassende Gesundheitsverständnis** besteht darin, sowohl den Gesundheitszustand der Menschen als auch die materiellen Bedingungen, unter denen sie leben (Aufenthaltsbewilligung, Arbeit, Wohnraum, Ernährung), zu berücksichtigen und darauf einzuwirken. Der **vulnerabilitätsbasierte Ansatz** gemäss dem Rahmenkonzept MV des BAG (BAG, 2016a) besteht darin, die PM als vulnerable Personen zu begreifen und bei den Vulnerabilitätsfaktoren anzusetzen, die das Risiko einer HIV/STI-Infektion erhöhen. Beim

personenzentrierten Ansatz geht es darum, sich den Menschen zuzuwenden und zu versuchen, zu verstehen, wo sie mit ihren Erfahrungen, Ideen und Vorstellungen stehen, anstatt von vornherein Informationen und Diskussionen über Sexualität und sexuelle Gesundheit anzubieten. Der **Ansatz der aufsuchenden Arbeit** besteht im Wesentlichen darin, auf die Menschen dort zuzugehen, wo sie sich aufhalten (wo sie leben, arbeiten, ausgehen usw.), anstatt von ihnen zu verlangen, dass sie sich in spezialisierte Einrichtungen begeben. Der **gemeinschaftsbasierte/partizipative Ansatz** besteht darin, die betroffenen Personen als Akteur*innen mit Wissen, Fähigkeiten und Ressourcen zu begreifen und sie bei der Konzeptualisierung (strategische Ebene) und Umsetzung (operative Ebene) von Interventionen einzubeziehen. Er lässt sich gut zusammenfassen als «Tun mit» statt «Tun für» die Betroffenen.

Die **Prinzipien**, auf denen die von den befragten AKT beschriebenen Interventionen basieren, sind **Vertrauen, Respekt** und **Nicht-Bewertung**, **Anonymität** und **Vertraulichkeit** sowie **Agency**. Da es in der Arbeit um sensible und intime Themen wie Sexualität und sexuelle Gesundheit geht, ist der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu den PM für jede Intervention von entscheidender Bedeutung. Dieses beruht unter anderem auf der von den PM erwarteten Zusicherung, dass die AKT die ihnen anvertrauten Geschichten vertraulich behandeln. Die PM schätzen die Möglichkeit, Präventionsmassnahmen anonym durchzuführen (z. B. einen HIV/STI-Test), und die AKT sehen die Anonymität als grundlegende Dimension der Präventionsangebote. Die Offenheit der AKT gegenüber den von den PM beschriebenen Sexualpraktiken, der Respekt vor ihren Vorstellungen sowie deren Nicht-Bewertung sind ebenfalls grundlegende Prinzipien, die die Interventionen im Bereich der HIV/STI-Prävention leiten. Dasselbe gilt für das Prinzip der Agency, das darin besteht, die Personen als Akteur*innen und nicht als Opfer zu betrachten und die Interventionen auf die Ressourcen zu stützen, über die sie verfügen, um die Menschen dabei zu unterstützen, ihre Handlungsfähigkeit zu stärken.

Die wichtigsten Interventionsinstrumente sind **Gespräche** (Einzel-, Paar- und Gruppengespräche) und **interkulturelles Dolmetschen**. Eine Verdolmetschung ist in allen Interventionsbereichen wichtig, wenn die Personen die Landessprachen nicht sprechen. Im Bereich der Sexualität und der sexuellen Gesundheit ist sie aber aufgrund der intimen und sensiblen Themen, die angesprochen werden, von grundlegender Bedeutung. Da die PM im Ausland sozialisiert wurden, sprechen sie diese Themen allenfalls auf unterschiedliche Weise an oder betrachten sie als Tabu. Die Anwesenheit interkultureller Dolmetscher*innen erleichtert das Verständnis der von den AKT vermittelten Informationen und kann auch dazu führen, dass die PM freier über Sexualität und die damit verbundenen Probleme sprechen.

Schliesslich sind sowohl **intra-** als auch **interinstitutionelle Kooperationen** wichtige Dimensionen für die Umsetzung der Interventionen. Die intrainstitutionelle Kooperation zwischen AKT mit unterschiedlichen beruflichen Profilen und Erfahrungen ermöglicht es, Wissen und Kompetenzen zu bündeln, um effizienter zu agieren. Die Situationen, in denen einige PM leben, sind in rechtlicher, wirtschaftlicher, sozialer und administrativer Hinsicht sehr komplex und wirken sich auf ihren Zugang zu Prävention und Behandlung aus. Die AKT benötigen folglich spezifische Kenntnisse und Fähigkeiten in verschiedenen Bereichen – eine Voraussetzung, die durch die kollaborative Arbeit leichter zu erfüllen ist. Interinstitutionelle Kooperationen wiederum erleichtern die interdisziplinäre Arbeit und ermöglichen es, die Grenzen der Dienstleistungen und Angebote zu kompensieren, die von einer Institution angeboten werden, die auf ein bestimmtes Gebiet spezialisierten ist, nicht aber auf ein anderes, sowie eine Institution zu unterstützen, die die Nachfrage nach Interventionen wegen Kapazitätsgrenzen nicht decken kann.

Die Daten, die wir bei den befragten AKT erhoben haben, verdeutlichten nicht nur die grosse Bandbreite der durchgeführten Interventionen, sondern zeigten auch die Herausforderungen auf, mit denen die AKT in ihrer Berufspraxis konfrontiert sind. Diese Herausforderungen hängen mit der Komplexität der

Situationen zusammen, in denen sich einige PM befinden, sowie mit den Einschränkungen, die durch die Migrationsgesetze (insbesondere im Asylbereich) und die Bedingungen für den Zugang zum Gesundheitssystem auferlegt werden. Nicht zuletzt hängen sie auch mit den institutionellen Zwängen zusammen, mit denen die AKT konfrontiert sind. Es wurde der Vergleich zu Handwerker*innen gezogen, die ihre Kreativität einsetzen müssen, um massgeschneiderte Lösungen zu finden. Es geht darum, angepasste Lösungen zu entwickeln, die immer in einem bestimmten und oft dringlichen Kontext zu verorten sind. Die Handlungen sind eine Form von «**bricolage**» im besten Sinne des Wortes, d. h. sie sind Ausdruck der praktischen Wirksamkeit von Handlungsweisen. Tatsächlich stellt die «bricolage» hohe Anforderungen an die Kompetenzen der AKT: Sie müssen sowohl Expert*innen als auch Generalist*innen sein, und zwar in Bezug auf die Bereiche (Gesundheit und Migration) als auch auf die Interventionsachsen (medizinisch, sozial, rechtlich, administrativ usw.), da die Problematiken, mit denen die PM konfrontiert sind, an der Schnittstelle dieser Bereiche und Interventionsachsen zu verorten sind.

Das wiederum konfrontiert die AKT mit einer Reihe von **Schwierigkeiten, die sich sowohl aus strukturellen und institutionellen Zwängen** als auch aus Einschränkungen aufgrund der soziokulturellen Situation der PM ergeben. In Bezug auf die strukturellen und institutionellen Rahmenbedingungen berichteten die befragten AKT von einem Mangel an Ressourcen, sowohl wirtschaftlicher als auch personeller Art, um ihre Aufgaben zu erfüllen. Es wurden auch einige Schwierigkeiten erwähnt, die sich aus den Konkurrenzbeziehungen zwischen den Institutionen ergeben, insbesondere zwischen der AHS und SGCH. Die grössten Schwierigkeiten ergeben sich jedoch aus dem Politik- und Gesundheitssystem. Während der Föderalismus und die daraus resultierenden kantonalen Unterschiede die Arbeit der AKT nicht gerade erleichtern, wird vor allem das System der Krankenversicherungen infrage gestellt. Es sei zu komplex, als dass Menschen, die nicht in der Schweiz sozialisiert wurden, es verstehen könnten und zu teuer für Personen in prekären sozioökonomischen Verhältnissen, ferner sei es lückenhaft in seinen Leistungen (Nichtvergütung bestimmter Schutzmassnahmen wie Kondome oder PrEP) und es würde nicht die Anonymität wahren, die eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass HIV/STI-Tests und Behandlungen in vollem Vertrauen durchgeführt werden können.

Die **Einschränkungen aufgrund der soziokulturellen Situationen** der PM treten in verschiedenen Formen auf. Sie sind Ausdruck der Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Ausbeutungssituationen und der Hindernisse, die mit kontrollierenden sozialen und familiären Kontexten verbunden sind. Die Kontrolle und Einflussnahme auf die Sexualität durch andere (Eltern, Partner*innen, Ausbeuter*innen) erschweren die Prävention von HIV/STI und anderen sexuellen Risiken wie ungewollten Schwangerschaften. Die Stigmatisierung von nicht-hetero-cis-normativen Gendern und Sexualitäten sowohl in der breiten Bevölkerung als auch in ethnischen Gemeinschaften erschwert es den AKT, PM zu erreichen, deren SOGI zu einer Minderheit gehört. Dasselbe gilt für die Stigmatisierung von Sexarbeiter*innen, was die Interventionen der AKT erschwert. Die Überzeugungen und Vorstellungen, die PM über HIV und Schutzmöglichkeiten haben, sowie Tabus in Bezug auf Sexualität können Präventionsmassnahmen komplexer machen.

Ohne die Bedeutung der Schwierigkeiten, mit denen die AKT im Zusammenhang mit diesen soziokulturellen Situationen konfrontiert sind, zu schmälern, zeigen die erhobenen Daten, dass die Hauptschwierigkeiten struktureller Art sind. Sie ergeben sich aus den Migrations- und Gesundheitssystemen, die die Lebensbedingungen der PM in der Schweiz durch die ihnen auferlegten Einschränkungen und Zwänge prägen.

Reflexionsgrundlagen für Interventionen im Zusammenhang mit der Vulnerabilität von PM für HIV/STI

Im Rahmen der drei durchgeführten Befragungen wurden fünf Ziele bzw. Hauptinterventionsachsen und fünf Ansätze identifiziert, die zur Erreichung dieser Ziele nützlich sind.

Ziele

1. **Die Bedürfnisse der PM in Bezug auf die umfassende Gesundheit verstehen**

Eine wesentliche Voraussetzung dafür, geeignete Interventionsstrategien vorschlagen zu können, besteht darin, die Praktiken und Vorstellungen der PM im Bereich der sexuellen Gesundheit und noch spezifischer im Bereich HIV/STI zu verstehen. Dazu muss man in Erfahrung bringen, welche Bedürfnisse die Menschen in Bezug auf die umfassende Gesundheit haben. Denn je nach rechtlichem und sozioökonomischem Status in der Schweiz können sie gegenüber anderen Personen (Partner*innen, Privatpersonen, Arbeitgeber*innen) in benachteiligenden Machtverhältnissen eingebunden sein, wodurch ihr Zugang zu Prävention eingeschränkt ist (Schwierigkeiten bei der Aushandlung der Verwendung von Kondomen). Ihr Zugang zu medizinischer Behandlung kann auch dadurch eingeschränkt oder beeinträchtigt sein, dass sie keine Krankenversicherung haben oder nicht über die wirtschaftlichen Ressourcen zur Bezahlung der monatlichen Krankenkassenprämien, der Franchise und des Selbstbehalts verfügen. Bei Interventionen, die auf HIV/STI ausgerichtet sind, ist es daher wichtig, dass sie auf andere Aspekte der umfassenden Gesundheit ausgeweitet werden.

2. **PM über sexuelle Rechte, sexuelle Gesundheit und HIV/STI informieren**

PM müssen unabhängig von ihrem rechtlichen und sozioökonomischen Status, ihrer ethnischen Herkunft, ihrem Alter, ihrem Geschlecht, ihrer SOGI und allen anderen Merkmalen über sexuelle Rechte, sexuelle Gesundheit und HIV/STI informiert werden. Den befragten PM sind die sexuellen Rechte sowie andere STI als HIV (Typen, Symptome, Behandlung) weitgehend unbekannt. Dasselbe gilt für Selbsttests, PEP, PrEP und TasP. Daher müssen weitere Anstrengungen unternommen werden, um eine bessere Aufklärung in diesen Punkten zu gewährleisten.

Auf praktischer Ebene muss sichergestellt werden, dass die Informationen für fremdsprachige und analphabetische Personen zugänglich sind. Konkret bedeutet dies, dass die Informationen in die Sprachen übersetzt werden, die von den in der Schweiz stark vertretenen Migrationsgemeinschaften gesprochen werden, dass sie in Leichte Sprache übersetzt werden, dass die Verbreitungskanäle und -medien (Internetseiten, soziale Netzwerke, Community Medien, Dating-Apps, Flyer, Videos usw.) diversifiziert werden und dass interkulturelle Dolmetscher*innen eingesetzt werden, die in sexueller Gesundheit ausgebildet sind. Die Schaffung einer vom BAG verwalteten e-Plattform würde es ermöglichen, alle Informationen über HIV/STI sowie den Zugang für PM zu Gesundheit, Bildung, Arbeit usw. zu zentralisieren, da sich dies auf den Zugang zur Prävention und die Annahme von Präventivverhalten auswirkt. Die Umsetzung dieser Plattform muss noch diskutiert werden. Idealerweise sollte sie an die nationale Strategie «Gesundheitliche Chancengleichheit» angegliedert werden.

3. **PM eine diversifizierte Prävention gegen HIV/STI und andere sexuelle Risiken anbieten**

Angesichts der Vielfalt, die sich hinter der Kategorie PM verbirgt (in Bezug auf Alter, Geschlecht, SOGI, Bildungsniveau, beruflichen Status usw.), ist es wichtig, eine diversifizierte Prävention gegen HIV/STI sowie andere sexuelle Risiken (ungewollte Schwangerschaften, Gewalt usw.) anzubieten. In Bezug auf HIV/STI gilt es sowohl eine sogenannte Verhaltensprävention anzubieten, die die VCT und die Verwendung von

Kondomen fördert, als auch eine sogenannte biomedizinische Prävention, die auf der Einnahme von Medikamenten (TasP, PEP, PrEP) beruht.

Der Zugang zu den verschiedenen Formen der Prävention muss für die Migrationsbevölkerung verbessert werden. Er muss unabhängig vom rechtlichen und sozioökonomischen Status durch die Gewährleistung der Anonymität, der Krankenversicherung und der kostenlosen Bereitstellung von Kondomen, Tests, Behandlungen und Gesundheitsversorgung gewährleistet werden. Der Zugang zur sogenannten biomedizinischen Prävention muss für diese Bevölkerungsgruppe deutlich verbessert werden, insbesondere für die am stärksten benachteiligten Gruppen, die keine Krankenversicherung haben und/oder nicht über die wirtschaftlichen Ressourcen verfügen, um Medikamente und Behandlungen zu bezahlen.

Idealerweise sollte auch jede Einrichtung, die Präventions- und Betreuungsangebote für PM anbietet (sei es eine Abteilung im Spital, ein Ambulatorium in der Stadt, ein mobiles Ambulatorium oder eine regionale Fachstelle der AHS), eine möglichst grosse Bandbreite an Präventionsarten (verhaltensorientierte und biomedizinische Prävention) anbieten können, um das Risiko zu vermeiden, dass man Personen bei der sexuellen Gesundheit verliert. Dieses Risiko ist insbesondere bei Sans-Papiers gross. Es ist bekannt, dass Menschen mit illegalem Aufenthaltsstatus dazu neigen, sich in ihrer Mobilität einzugrenzen und Orte zu meiden, an denen sie entdeckt werden könnten. Wenn sie für weitere Kontrollen an Spitäler überwiesen werden, erscheinen sie dort oft nicht aus Angst vor einer Anzeige und Ausweisung aus der Schweiz.

4. **Intersektionale Stigmatisierung und Diskriminierung bekämpfen**

Bei einem Teil der PM kommen Merkmale, Identitäten oder Status (in Verbindung mit ihrer ethnischen Herkunft, ihrem Rechtsstatus, ihrer SOGI, Religion, HIV-Infektion), Lebensbedingungen oder Lebenserfahrungen (z. B. Sexarbeit, Menschenhandel) zusammen, die sie verschiedenen Formen von Stigmatisierung und Diskriminierung aussetzen, z. B. Sexismus, Rassismus, Heterosexismus, Cissexismus, Diskriminierung aufgrund einer HIV-Infektion, Islamophobie usw. Es ist daher wichtig, Massnahmen zur Bekämpfung dieser intersektionalen Formen von Diskriminierung zu ergreifen. Denn die Diskriminierungen können dazu führen, dass die betroffenen PM die Präventionsstrukturen nicht aufsuchen aus Angst, damit konfrontiert zu werden.

Im medizinischen Bereich und im Asylwesen ist es wichtig, die in den letzten Jahren unternommenen Anstrengungen fortzusetzen, das Personal für Geschlechtsidentitäten und sexuelle Orientierungen von Minderheiten sowie für Rassisierungsprozesse zu sensibilisieren.

5. **Gesundheitliche Chancengleichheit verbessern**

Das Schweizer Gesundheitssystem ist komplex. Daher ist es wichtig, die PM über die Funktionsweise des Systems zu informieren und sicherzustellen, dass sie es verstehen. Es geht auch darum, sie bei den administrativen Schritten für den Beitritt zu einer Krankenkasse zu unterstützen und denjenigen finanziell zu helfen, die nicht über die Mittel zur Bezahlung der Monatsprämien verfügen.

Im Bereich HIV/STI bedeutet die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit umfassenden Zugang zu Prävention und Behandlung zu gewährleisten. Kostenlose Kondome, kostenlose Tests, Kostendeckung für Medikamente (sowohl für die Prävention wie PrEP als auch für die Behandlung wie ART) und Anonymität bei der Behandlung sind wesentliche Voraussetzungen dafür, dass PM in rechtlichen und sozioökonomischen Vulnerabilitätssituationen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben und kontinuierlich davon profitieren können. Das Gleiche gilt auch für Personen, die mobiler sind. Auf rechtlicher Ebene würde die Gewährleistung der administrativen Stabilität von PM durch verschiedene

Massnahmen, z. B. die Abschaffung der F-Bewilligungen und die Regularisierung von Sans-Papiers, die gesundheitliche Chancengleichheit verbessern.

Ansätze

Die Ergebnisse aus den drei Befragungen zeigen, dass sich fünf Ansätze als besonders nützlich erweisen, um die Ziele zu erreichen:

1. **Umfassendes Gesundheitsverständnis**

Interventionen auf der Basis eines umfassenden Gesundheitsverständnisses durchzuführen bedeutet gemäss der Ottawa-Charta (1986), dass sowohl der Gesundheitszustand der Personen (körperliche, geistige, sexuelle und relationale Gesundheit) als auch die materiellen Bedingungen, unter denen sie leben, berücksichtigt werden. Bei PM geht es also darum, neben dem sozioökonomischen Status auch den rechtlichen Status in der Schweiz zu berücksichtigen, da dieser Auswirkungen auf ihren Zugang zu Gesundheit, Bildung, Arbeit und Wohnraum hat. Das umfassende Gesundheitsverständnis wird bereits in mehreren Institutionen angewandt, in denen die befragten AKT arbeiten, und auch in den verschiedenen Interventionsprogrammen wird es empfohlen, sei es im «Nationalen Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen» oder noch weitgehender im «Nationalen Programm Gesundheitliche Chancengleichheit».

2. **Gemeinschaftsbasierter Ansatz**

Interventionen, die auf einem gemeinschaftsbasierten Ansatz beruhen, setzen voraus, dass die PM als Akteur*innen (Mitglieder, Teilnehmer*innen) betrachtet werden, die über Fähigkeiten und Ressourcen verfügen, um über ihre Lebenserfahrungen zu sprechen und ihre Bedürfnisse in Bezug auf HIV/STI zu äussern. Dieser Ansatz sieht vor, dass die PM sowohl bei der Konzeptualisierung als auch bei der Umsetzung von Massnahmen einbezogen werden. Wie der vorhergehende Ansatz, wird auch dieser Ansatz bereits in mehreren Einrichtungen, in denen die befragten AKT arbeiten, angewandt und in verschiedenen nationalen Programmen zur Intervention im Bereich HIV/STI und ganz allgemein im Bereich Gesundheit empfohlen.

3. **Inklusiver Ansatz**

Interventionen auf der Basis eines inklusiven Ansatzes durchzuführen bedeutet, dass sich die Interventionen an alle Menschen richten, unabhängig von Merkmalen wie Alter, Geschlecht, SOGI, ethnische Herkunft, Rechtsstatus in der Schweiz usw. Dies führt dazu, dass die Interventionen darauf ausgerichtet sind, die Kategorien von Zielgruppen aufbrechen, die, wie wir gesehen haben, im Hinblick auf die Komplexität und Intersektionalität der sexuellen und geschlechtlichen Identifikationen sowie der sexuellen Praktiken zu beschränkt sind. Einen inklusiven Ansatz zu verfolgen bedeutet, mit ethno-hetero-cis-zentrierten Ansätzen zu brechen. Während das «Nationale Programm Gesundheitliche Chancengleichheit» auf das Prinzip der Inklusivität ausgerichtet ist, bleibt das «Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen» auf die Differenzierung von Zielgruppen fokussiert.

4. **Intersektionaler Ansatz**

Interventionen auf der Basis eines intersektionalen Ansatzes durchzuführen bedeutet, eine Person nicht auf ein oder wenige Merkmale zu reduzieren, die sie identifizieren (Migrant*in, ältere Person, Sans-Papiers, heterosexuelle Person, trans Person usw.), sondern alle ihre Merkmale zu berücksichtigen. Die hier vorgestellten Ergebnisse haben deutlich gezeigt, dass es notwendig ist, PM nicht nur auf ihre Identität

als Migrant*in zu reduzieren. Die Dimensionen Alter, Geschlecht, SOGI, ethnische und religiöse Zugehörigkeit sowie der rechtliche Status in der Schweiz sind ebenso wie die materiellen Lebensbedingungen, die Mobilität und die zur Verfügung stehenden Ressourcen (sprachlich, materiell, kognitiv, symbolisch) Dimensionen, die berücksichtigt werden müssen, um Intervention für diese Personen zu gestalten. In diesem Sinne ist die Weiterentwicklung des nationalen Programms «Migration und Gesundheit» zu «Gesundheitliche Chancengleichheit» sowie der Spitalstrukturen von «Migrant Friendly Hospitals» zu «Swiss Hospitals for Equity» [37] durchaus relevant.

Die Intervention auf einen intersektionalen Ansatz zu stützen bedeutet auch, die Überschneidungseffekte zwischen den Merkmalen zu berücksichtigen und die Machtverhältnisse, in die die Menschen eingebunden sind (Sexismus, Heterosexismus, Cissexismus, Rassismus usw.), zu bedenken. Beides manifestiert sich in alltäglichen Interaktionen, sei es in intimen, beruflichen oder anderen Beziehungen. Schliesslich befasst sich der intersektionale Ansatz auch mit den Strategien, die Menschen einsetzen, um gegen Unterdrückungssysteme zu kämpfen. Und er vermeidet es, sie auf passive Individuen zu reduzieren, die Opfer von Diskriminierungen sind.

Interventionen, die auf einem intersektionalen Ansatz beruhen, setzen voraus, dass die AKT vorab eine selbstreflexive und selbstkritische Arbeit leisten, um sich ihrer eigenen Position im System der Privilegien und Unterdrückung bewusst zu werden. Diese Arbeit besteht darin, sich dafür zu engagieren:

- die Existenz eines Machtverhältnisses im Kontext jeder Intervention – sei sie sozial, medizinisch, rechtlich usw. – anzuerkennen, insbesondere wenn es um sensible Themen wie Migration, Sexualität, sexuelle Gesundheit oder HIV/STI geht;
- sich der eigenen gesellschaftlichen Position bewusst zu werden, da diese die Beziehungen zu den anderen an der Intervention beteiligten Personen beeinflusst;
- sich Fragen zu den eigenen Merkmalen und Identitäten (Geschlecht, Alter, ethnische Herkunft, SOGI usw.), Vorstellungen (von Gender, Sexualität, Migration, Gesundheit usw.), moralischen Werten und Überzeugungen (politische, religiöse usw.) zu stellen;
- sich bewusst zu werden, dass die eigenen Identitäten, Vorstellungen und Überzeugungen Auswirkungen auf die Beziehungen zu den anderen an der Intervention beteiligten Personen haben.

In den Interventionen mit PM kann der intersektionale Ansatz konkret auf diese Weise operationalisiert werden:

- Jede Person wird als einzigartig betrachtet und man geht auf sie zu, ohne im Voraus über ihre Merkmale, Identitäten, Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen, Meinungen, Kulturen, Sprachen oder Religionen zu urteilen.
- Man hört zu und respektiert, wie jede Person sich selbst definiert, ihre Erfahrungen erzählt und über ihre Bedürfnisse spricht.
- Die Vielfalt und Beteiligung der betroffenen Personen wird auf allen Ebenen der Intervention (Interventionsteams und Entscheidungsgremien) gestärkt und gefördert.

[37] Weitere Informationen über das Nationale Programm Gesundheitliche Chancengleichheit: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitliche-chancengleichheit.html
Weitere Informationen zu den Swiss Hospitals for Equity: https://www.hospitals4equity.ch/?lang=de

- Das Empowerment der teilnehmenden Personen wird gefördert (Handlungsfähigkeit und Autonomie, Gefühl der Einflussnahme auf das eigene Leben).

5. **Cultural Safety Ansatz**

Der intersektionale Ansatz lässt sich gut mit dem Cultural Safety Ansatz kombinieren. Dieser bricht mit der Vorstellung, dass sich das medizinische Personal auf die Kenntnis der kulturellen Normen und Werte verschiedener ethnischer Gruppen fokussieren sollte. Das könnte nämlich zu einem kulturellen Essentialismus führen, der auf Stereotypen und der Tendenz zur Homogenisierung von Gruppen, die nicht homogen sind (Afrikaner, Subsahara-Afrikaner, Eritreer usw.), basiert. Der kulturelle Essentialismus soll mithilfe des Cultural Safety Ansatzes verhindert werden, indem sich das medizinische Personal durch einen selbstreflexiven und selbstkritischen Prozess seiner eigenen kulturellen Werte und deren Auswirkungen auf die Beziehung zum Anderssein und auf die Versorgungsbeziehung bewusst wird. Das bedeutet, dass es seine Einstellungen, Vorstellungen, Apriori, Stereotypen und Vorurteile hinterfragen muss, die sich alle auf die Qualität der Gesundheitsversorgung auswirken.

Eher sozialer als gesundheitlicher Notstand

Letztlich zeigen die Ziele und Ansätze, dass es im Bereich HIV/STI und Migration einen Notstand gibt, der jedoch eher sozialer als gesundheitlicher Natur ist. Die Hindernisse bei der Umsetzung von Präventionsmassnahmen im Bereich HIV/STI sind eher struktureller und relationaler Natur als institutioneller oder individueller Art. Die Hindernisse können nur verstanden werden, wenn Folgendes berücksichtigt wird:

1. die **Lebensbedingungen der PM** (Rechtsstatus, Wohnraum, Arbeit usw. gemäss einem umfassenden Gesundheitsverständnis) und die **Dominanzverhältnisse**, in die sie eingebunden sind (Abhängigkeits-, Unterordnungs- oder gar Ausbeutungsverhältnisse). Die sozialen Ungleichheiten bedeuten für die PM Einschränkungen und verringern ihre Ressourcen, was letztlich zu gesundheitlichen Ungerechtigkeiten führt.
2. die **sozialen Beziehungen** und die **Arten von Beziehungen**, die die Rahmenbedingungen für Sexualkontakte bilden:
   - **Geschlechterverhältnisse**: In heterosexuellen Beziehungen wird das Aushandeln der Verwendung von Kondomen als für Frauen schwieriger beschrieben als für Männer und das umso mehr, wenn sie wirtschaftlich und/oder rechtlich von ihrem Partner abhängig sind.
   - **Abhängigkeitsbeziehungen:** In Paarbeziehungen, in denen eine Person von der anderen abhängig ist, wird das Aushandeln der Verwendung von Kondomen als für die Person schwieriger beschrieben, die rechtlich und/oder wirtschaftlich von der anderen Person abhängig ist (sowohl in heterosexuellen als auch in homosexuellen Beziehungen), da die abhängige Person eine Schuldigkeit empfindet. Ausserdem handelt es sich um Situationen, in denen die Gefahr für Gewalt und Missbrauch grösser ist.
   - **Ausbeutungsbeziehungen**: Personen, die Opfer von Menschenhandel sind, können sich dazu verleiten lassen, bezahlte Sexualkontakte ohne Kondom zu haben (die auf dem Sexmarkt teurer sind), aufgrund des Bestrebens, so schnell wie möglich die Schulden bei den Menschenhändler*innen zu begleichen.

- **Sexuelle Transaktionen**: Je schlechter die wirtschaftliche und/oder rechtliche Situation einer Person ist, umso schwieriger ist das Aushandeln der Verwendung von Kondomen.

Diese Aspekte zeigen, wie wichtig es ist zu beachten, dass die Vulnerabilität für HIV/STI nur eine von vielen Formen sexueller Vulnerabilität ist, mit denen PM konfrontiert sein können (z. B. Verfolgung wegen SOGI, FGM, sexuelle Gewalt, physische und psychische Gewalt bei Sexualkontakten). Die sexuelle Vulnerabilität ist wiederum nur eine von vielen Vulnerabilitäten, einschliesslich der rechtlichen und sozioökonomischen Vulnerabilitäten, die für die PM von grösserer Bedeutung sind.

All das zeigt, dass **strukturelle Interventionen notwendig sind, um die sozialen Ungleichheiten zu verringern** zwischen Schweizer*innen oder Personen mit Niederlassungsbewilligung und PM (rechtlicher Status und damit verbunden Rechte in Bezug auf den Zugang zu Wohnraum, Arbeit, Sozialhilfe und Gesundheit). Es sind diese sozialen Ungleichheiten, welche die PM, die wir im Rahmen dieser Studie befragt haben, in eine Situation vielfältiger Vulnerabilitäten bringen. Die Interventionen der AKT reichen nicht aus, um die Schwierigkeiten, mit denen diese Personen konfrontiert sind, einzudämmen, da diese Schwierigkeiten durch ungleiche sozioökonomische Mechanismen entstehen. Um die Vulnerabilität der PM für HIV/STI zu verringern, müssen politische Massnahmen ergriffen werden, um eine gerechtere Verteilung der Ressourcen zu gewährleisten.

Mit Blick auf die Gleichstellung müssen die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen für alle Menschen zugänglich sein, unabhängig von ihrem rechtlichen und sozioökonomischen Status und ihres Krankenversicherungsschutzes. Es geht aber noch darüber hinaus: Aus der Perspektive eines umfassenden Gesundheitsverständnisses muss der Zugang zu Wohnraum, Arbeit und Bildung für jede in der Schweiz lebende Person unabhängig von ihrem rechtlichen und sozioökonomischen Status gewährleistet sein. Und da keine PM auf ihren Migrationsstatus und ihren sozioökonomischen Status reduziert werden darf, ist es auch wichtig, eine gerechtere Ressourcenverteilung für weniger gut ausgebildete Personen, für Personen mit nicht-hetero-cis SOGI und für alle anderen benachteiligten Personen zu gewährleisten.

Zum Abschluss unserer Reflexion zu den Interventionsstrategien schliessen wir uns der Forderung von UNAIDS an, dass es notwendig ist, eine vierte 90 zum Ziel «90-90-90» hinzuzufügen[38]: «Prekarität und die Verletzung von Rechten führen dazu, dass sich die Schlüsselpopulationen der Epidemie vom Gesundheitssystem entfernen, und sie verhindern, dass das Ziel '90-90-90' vollständig erreicht wird. Da eine wirksame Bekämpfung von Epidemien nicht ohne die Bekämpfung sozialer Ungleichheiten möglich ist, muss eine 'vierten 90', die sich auf die Lebens- und Versorgungsbedingungen der Menschen konzentriert, in die HIV-Strategie integriert und zu einer Priorität der Gesundheitspolitik werden. Dies kann als Modell im Kampf gegen andere Epidemien, wie die Corona-Pandemie, dienen» (AIDES, 2020, S. 19, übersetzt von den Autor*innen).

Relevanz und Operationalisierung des Vulnerabilitätskonzepts für die Gestaltung von Interventionen im Bereich HIV/STI

Die Ergebnisse dieses Berichts zeigen, dass das Konzept der Vulnerabilität relevant ist, um die Erfahrungen der PM zu erfassen, sofern Vulnerabilität weder als unveränderliche Tatsache noch als Conditio einer Person verstanden wird. Sie ist höchstens eine universelle Grundbedingung menschlichen Lebens.

[38] Gemäss diesem Ziel sollen 90 % der Menschen, die mit HIV leben, ihren HIV-Status kennen, 90 % aller getesteten HIV-Infizierten eine dauerhafte ART erhalten und 90 % der Menschen, die eine ART bekommen, eine dauerhaft nichtnachweisbare Viruslast haben.

Insbesondere im Hinblick auf HIV/STI ist jede sexuell aktive Person einem Infektionsrisiko ausgesetzt und damit potenziell vulnerabel. Allerdings sind manche Menschen zu bestimmten Zeiten und unter bestimmten Umständen diesem Risiko stärker ausgesetzt, insbesondere in Abhängigkeit von ihrer SOGI und/oder der Arbeit, die sie ausüben (Sexarbeit), sowie in Abhängigkeit von ihrem rechtlichen Status in der Schweiz, ihrem sozioökonomischen Status und den Machtverhältnissen, in die sie aufgrund ihrer Merkmale und ihres Status eingebunden sind. Diese Machtverhältnisse führen zu Lebensbedingungen und Beziehungsverhältnissen, die die Betroffenen einem erhöhten Risiko aussetzen, sich mit HIV/STI zu infizieren.

Daraus ergibt sich, dass die Vulnerabilität für HIV/STI – zu der ein erhöhtes Risiko für eine HIV/STI-Infektion (aufgrund bestimmter Kontexte, Situationen und Beziehungen, in die bestimmte Personen eingebunden sind) und die Verschlechterung des Gesundheitszustands infizierter Personen (aufgrund des erschwerten Zugangs zur Gesundheitsversorgung für Personen, die mit HIV/STI leben) gehört – nur unter Berücksichtigung der anderen Vulnerabilitäten verstanden werden kann, mit denen die PM konfrontiert sind. Dies gilt insbesondere für die Vulnerabilitäten im Zusammenhang mit ihrem Rechtsstatus in der Schweiz (eine für PM spezifische Situation), ihrem sozioökonomischen Status, ihrer SOGI, ihrer ethnischen Herkunft und – bei einigen PM – der Ausübung von Sexarbeit. Wie die hier vorgestellten Ergebnisse verdeutlichen, sind die Vulnerabilitäten miteinander verwoben und fügen sich zu Vulnerabilisierungsspiralen zusammen, in die die PM hineingezogen werden. Die PM sind damit nicht vulnerabel, sondern vulnerabilisert aufgrund der Strukturen und Systeme, die sie marginalisieren.

Die hier aufgeführten Ergebnisse unterstreichen die Relevanz des Konzepts der Vulnerabilität, um die von PM erlebten Situationen im Zusammenhang mit HIV/STI zu erfassen. Doch wir werden im letzten Punkt des Fazits über die Zukunftsperspektiven aufzeigen, dass der Wechsel vom Paradigma der Vulnerabilität zum Paradigma des Empowerments einen dynamischeren (in prozessualer Hinsicht) und positiveren Ansatz ermöglichen würde.

Grenzen der Studie und künftige Forschungsprojekte

Die Mi.STI-Studie ist, wie jede Studie, in mehrerlei Hinsicht begrenzt. Wir gehen hier auf die Aspekte ein, die wir für die Wichtigsten halten.

Wie in Kapitel 2 erwähnt, konnten die beiden Ziele zu den Kommunikationsformen zwischen den Institutionen, den Netzwerken und der Kooperationen nur zum Teil untersucht werden. In den Einzelinterviews mit den AKT thematisierten die Befragten eher ihre tägliche Interventionspraxis und die Schwierigkeiten, denen sie begegnen, als die Kooperationen mit ihren Partner*innen. Wir hatten geplant, diesen Punkt in den Fokusgruppen (FG) mit den AKT aufzugreifen, aber aufgrund der Einschränkungen im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie mussten wir die Methode der Datenerhebung für diese Forschungsphase ändern. Das führte dazu, dass wir die Informationen über die Kooperationsformen und -netzwerke der Einrichtungen nicht vervollständigen konnten.

Da es sich um eine Explorationsstudie handelt, war die Fragestellung sehr weit gefasst. Dies führte dazu, dass in den Befragungen sehr viele Themen zur Sprache kamen, die nicht alle vertieft behandelt werden konnten. Zur Vertiefung hätte ein zweites Gespräch mit den Befragten (oder einigen von ihnen) stattfinden müssen.

Eine weitere Grenze der Studie liegt in den Stichproben, sowohl die der AKT als auch die der PM. Angesichts der Vielzahl an Einrichtungen, die in der Schweiz im Bereich HIV/STI und Migration tätig sind, mussten wir

eine sehr begrenzte Auswahl auf der Grundlage von bestimmten Kriterien treffen, die mit dem COPIL und der PARTEN-Gruppe besprochen wurden. Dasselbe gilt für die PM, was dazu führt, dass bestimmte Profile nicht repräsentiert sind.

Schliesslich spiegelt die Vorgabe, HIV und andere STI gleichzeitig zu berücksichtigen, ein Problem wider, das auch in der Praxis besteht: Werden HIV und andere STI parallel thematisiert, rücken die anderen STI im Vergleich zu HIV in den Hintergrund. So ist beispielsweise die Kategorie der Frauen, die Sexualkontakte mit Frauen haben (FSF), in den gesundheitspolitischen Massnahmen zur Bekämpfung von HIV/STI nicht sichtbar, da es in dieser Bevölkerungsgruppe nur wenige HIV-Infektionen gibt – doch viele dieser Frauen sind von anderen STI betroffen. Auch in unseren Befragungen wurde viel mehr über HIV als über andere STI gesprochen und in unserer Stichprobe befanden sich unter den befragten PM keine FSF.

Was künftige Forschungsarbeiten betrifft, verweisen die Ergebnisse der Mi.STI-Studie darauf, dass es wichtig ist, sich auf die sozialen Ungleichheiten beim Zugang zur HIV/STI-Prävention und -Behandlung zu konzentrieren. Die Ergebnisse zeigen mehrere Ansatzpunkte für künftige Forschungsprojekte auf. Ein erster Ansatzpunkt besteht, wie bereits erwähnt, darin, sich auf andere sexuell übertragbare Krankheiten als HIV zu konzentrieren, um mehr über das Wissen und Verhalten der PM in Bezug auf diese Krankheiten zu erfahren. Ein zweiter Ansatzpunkt besteht darin, die Auswirkungen der verschiedenen Arten von Diskriminierung, die die PM erleiden (Sexismus, Heterosexismus, Cissexismus, Rassismus usw.), auf das Präventivverhalten in Bezug auf HIV/STI und auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu untersuchen. Schliesslich gibt es weitere Ansatzpunkte für künftige Forschungsarbeiten, die sich auf spezifischere Fragen beziehen, zum Beispiel im Hinblick auf die Nutzung bestehender Einrichtungen durch PM mit minoritären SOGI, das Wissen und die Akzeptanz der PrEP bei PM oder die Ansichten der PM über den BerDa-Fragebogen, der bei den VCT verwendet wird.

Zukunftsperspektiven: Drei Paradigmenwechsel

Die Ergebnisse der Mi.STI-Studie weisen darauf hin, dass sich für die kommenden Jahre drei Paradigmenwechsel abzeichnen:

- vom Paradigma, das sich auf Zielpopulationen (oder Schlüsselpopulationen) konzentriert, hin zu einem inklusiven Paradigma
- vom biomedizinischen Paradigma hin zu einem sozialmedizinischen Paradigma
- vom Paradigma der Vulnerabilität hin zu einem Paradigma des Empowerments.

Das inklusive Paradigma wird eine bessere Vereinbarkeit mit einem der wichtigsten Ziele im öffentlichen Gesundheitswesen ermöglichen: der gesundheitlichen Chancengleichheit.

Das sozialmedizinische Paradigma wird es ermöglichen, den sozialen Notstand des Zugangs zu Prävention und Gesundheitsversorgung für alle Personen in der Schweiz anzugehen.

Das Paradigma des Empowerments wird die Stärkung der Handlungsfähigkeit und Autonomie der PM ermöglichen.

Die Kombination der drei Veränderungen kann zur Entwicklung einer inklusiveren Gesellschaft beitragen, die Vielfalt respektiert, indem die Kompetenzen und Ressourcen der PM wertgeschätzt und der Erwerb von Kompetenzen und Ressourcen, über die die PM nicht verfügen, erleichtert wird. So wird die Handlungsfähigkeit und Autonomie vulnerabilisierter Personen gefördert.

9 Literaturverzeichnis

Achtermann, W., & Berset, C. (2006). *Les Politiques suisses de santé. Potentiel pour une politique nationale*. Office fédéral de la santé publique.

AIDES. (2020). *VIH/hépatites, la face cachée des discriminations*. Rapport 2020.

Alla, F., & Kivits, J. (2015). La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. *Santé Publique, 27*(3), 303-304. https://doi.org/10.3917/spub.153.0303

Amsellem-Mainguy, Y., & Le Grand, É. (2014). Conclusion. *Cahiers de l'action, 43*(3), 73-74. https://doi.org/10.3917/cact.043.0073

BAG (2016a). Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+. Rahmenkonzept für die HIV/STI-Prävention. *Bundesamt für Gesundheit BAG*, 1-96. https://www.bag.admin.ch/rahmenkonzept-mv

BAG (2016b). Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSS) zur Präexpositionsprophylaxe gegen HIV (PrEP) in der Schweiz. *BAG-Bulletin, 4,* 77-79.

BAG (2020). Übertragbare Krankheiten. *Bulletin vom 23. November 48*, 8-39.

Baghdadi, N., Reutlinger, C., & Schöne, M. (2014). "Arbeiten gegen des Strom": Transnationale Zugänge inder Sozialen Arbeit. In S. Voelin, M. Eser Davolio, & M. Lindenau (Eds.), *Le travail social: entre résistance et innovation. Sozial Arbeit: zwischen Widerstand and Innovation* (pp. 111-121). IES.

Balthasar, H., & Dubois-Arber, F. (2007). *Évaluation des activités de prévention du VIH/sida auprès des clients de la prostitution en Suisse*. Raisons de santé, 128, IUMSP.

Beaud, S. (1996). L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique». *Politix, 9*(35), 226-257. https://doi.org/10.3406/polix.1996.1966

Beck, L., Fuchs, S., Thoma, M., Althaus, E., & Glaser, M. (2018). *Offre d'aide au logement pour les ménages vulnérables. Guide pour les cantons, les villes et les communes*.

Becker, H. S. (2002). *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. La Découverte.

Bilge, S. (2009). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogène, 225*(1). https://doi.org/10.3917/dio.225.0070

Bilge, S. (2010). De l'analogie à l'articulation : théoriser la différenciation sociale et l'inégalité complexe. *L'Homme et la société, 176-177*(2), 43. https://doi.org/10.3917/lhs.176.0043

Bilge, S., & Roy, O. (2010). La discrimination intersectionnelle : la naissance et le développement d'un concept et les paradoxes de sa mise en application en droit antidiscriminatoire. *Canadian journal of law and society, 25*(1), 51-74. https://doi.org/10.1017/s0829320100010218

Biscontin, G., Christinet, V., Cand, J.-P., Volkmar, E., & Périat, E. (2017). Santé des travailleuses du sexe transgenres, un projet pilote. *Revue Médicale Suisse, 13,* 2192-2193.

Biscontin, G., Christinet, V., Dallinge, A., Lambelet Métraux, N., & Cand, J.-P. (2020). Dépistage du VIH hors murs avec annonce du résultat sur place auprès des HSH. *Revue Médicale Suisse, 16*, 1660-1661.

Biscontin, G., Dallinge, A., Christinet, V., Lambelet Métraux, N., & Cand, J.-P. (2019). *Tests du VIH à résultat rapide avec annonce du résultat sur place chez les HSH qui fréquentent les établissement « gay »*

et lieux de rencontre extérieurs vaudois et fribourgeois. Evaluation de la faisabilité et de l'impact. Fondation PROFA-Checkpoint VD.

Bize, R., Samitca, S., & Henry, V. (2017). *Etat des lieux sur la prescription de PrEP auprès d'un échantillon de médecins en Suisse*. Raisons de santé, 280, IUMSP.

Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Armand Colin.

Blanchet Garneau, A., & Pepin, J. (2012). La sécurité culturelle : une analyse du concept. *Recherche en soins infirmiers, 111*(4), 22-35. https://doi.org/10.3917/rsi.111.0022

Bowleg, L. (2008). When Black + Lesbian + Woman ≠ Black Lesbian Woman: The Methodological Challenges of Qualitative and Quantitative Intersectionality Research. *Sex Roles, 59*(5), 312-325. https://doi.org/10.1007/s11199-008-9400-z

Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: intersectionality-an important theoretical framework for public health. *Am J Public Health, 102*(7), 1267-1273. https://doi.org/10.2105/ajph.2012.300750

Bresson, M. (2013). Les populations : qui est vulnérable ? In M. Bresson, V. Geronimi, & N. Pottier (Eds.), *La vulnérabilité : questions de recherche en sciences sociales* (pp. 19-22). Fribourg Academic Press.

Broqua, C., & Deschamps, C. (2014). *L'échange économico-sexuel*. EHESS.

Browne, A. J., Varcoe, C., Smye, V., Reimer-Kirkham, S., Lynam, M. J., & Wong, S. (2009). Cultural safety and the challenges of translating critically oriented knowledge in practice. *Nurs Philos, 10*(3), 167-179. https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2009.00406.x

Browne, K. (2005). Snowball sampling: using social networks to research non-heterosexual women. *International Journal of Social Research Methodology, 8*(1), 47-60. https://doi.org/10.1080/1364557032000081663

Carbajal, M., Colombo, A., & Tadorian, M. (2019). Consentir à des expériences sexuelles sans en avoir envie. La logique de redevabilité : responsabilité individuelle ou injonction sociale genrée? *Journal des anthropologues, 156-157*, 197-218. https://doi.org/10.4000/jda.8244

Cattacin, S., Chimienti, M., Hachimi Alaoui, M., Nacu, A., & Paugam, S. (2009). *Politique de migration et politique de santé en Europe. Des normes aux pratiques.* Eris et Département de sociologie.

Champenois, K., Le Gall, J. M., Jacquemin, C., Jean, S., Martin, C., Rios, L., Benoit, O., Vermoesen, S., Lert, F., Spire, B., & Yazdanpanah, Y. (2012). ANRS-COM'TEST: description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men. *BMJ Open, 2*(2). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000693

Collins, P. H. (2013). Intersecting Oppressions. *Sage*, 1-11. http://www.uk.sagepub.com/upm-data/13299_Chapter_16_We

Combessie, P., & Mayer, S. (2013). Une nouvelle économie des relations sexuelles. *Ethnologie française, 43*(3), 381-389.

Corbin, J., & Strauss, A. L. (2015). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. Sage.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 139-168.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review, 43*(6), 1241-1299. https://doi.org/10.2307/1229039

Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S.-J., & Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health, 18*(1), 174. https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3

De Certeau, M., & Giard, L. (1990). *L'invention du quotidien. Arts de faire* (Vol. 1). Gallimard.

De Jonckheere, C. (2010). *83 mots pour penser l'intervention en travail social*. IES.

Denver-Prinzipien (1983).

Di Ciaccio, M. (2019). *Approche psychosociale de la gestion du risque VIH des Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH) dans un essai de prévention biomédicale communautaire (ANRS-IPERGAY)*. Université de Lyon.

Doyal, L. (2009). Challenges in researching life with HIV/AIDS: an intersectional analysis of black African migrants in London. *Cult Health Sex, 11*(2), 173-188. https://doi.org/10.1080/13691050802560336

Duchesne, S., & Haegel, F. (2008). *L'entretien collectif. L'enquête et ses méthodes*. Armand Colin.

Durieux-Paillard, S., & Jackson, Y.-L. (2019). Migrants en situation vulnérable : leur accès aux soins correspond-il à leurs besoins de santé ? *Revue Médicale Suisse, 15*, 478-481.

Ferro-Luzzi, G., Duvoisin, A., & Fakhoury, J. (2019). *Évaluation du projet pilote Papyrus relatif à la régularisation des travailleurs sans statut légal à Genève*. Département de la sécurité et de l'économie; Département de la sécurité.

Ferron, C., Breton, E., & Guichard, A. (2013). *Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble* (Vol. 425). Inpes.

Fontaine, A. (2014). Le travail de rue : accompagner les jeunes au fil de leurs aléas existentiels et quotidiens. *Lien social et Politiques*, *70*, 189-203. https://doi.org/10.7202/1021163ar

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2012). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Aldine.

Gloor, E., Meystre-Agustoni, G., Ansermet-Pagot, A., Vaucher, P., Durieux-Paillard, S., Bodenmann, P., & Cavassini, M. (2011). Travailleuses du sexe : un accès aux soins limité? *Revue Médicale Suisse, 7*, 1428-1432.

Hachfeld, A., Darling, K., Calmy, A., Ledergerber, B., Weber, R., Battegay, M., Wissel, K., Di Benedetto, C., Fux, C. A., Tarr, P. E., Kouyos, R., Ruggia, L. S., Furrer, H. J., & Wandeler, G. (2019). Why do sub-Saharan Africans present late for HIV care in Switzerland? *HIV Med, 20*(6), 418-423. https://doi.org/10.1111/hiv.12727

Hadj, L., Desgrées du Loû, A., Dupont, J., & Nguyen, V. K. (2017). Acceptabilité et freins chez les populations africaines et caribéennes vivant en Île-de-France d'une nouvelle offre de prévention du VIH : le Truvada® en prophylaxie pré-exposition (PrEP). Une enquête exploratoire. *Bull Epidémiol Hebd, 6*, 110-114.

Hampel, B., Kusejko, K., Braun, D. L., Harrison-Quintana, J., Kouyos, R., & Fehr, J. (2017). Assessing the need for a pre-exposure prophylaxis programme using the social media app Grindr®. *HIV Med, 18*(10), 772-776. https://doi.org/10.1111/hiv.12521

Hancock, A.-M. (2007). Intersectionality as a Normative and Empirical Paradigm. *Politics & Gender, 3*(2), 248-254. https://doi.org/10.1017/S1743923X07000062

Henchoz, C., Poglia Mileti, F., & Coste, T. (2020). Circuits transnationaux d'endettement et parcours migratoire : rémitances, échanges économiques et dettes des migrants en Suisse. *Revue européenne des migrations internationales, 36*(4), 167-188.

Hoenigl, M., Little, S. J., Grelotti, D., Skaathun, B., Wagner, G. A., Weibel, N., Stockman, J. K., & Smith, D. M. (2020, Oct 23). Grindr Users Take More Risks, but Are More Open to Human Immunodeficiency Virus (HIV) Pre-exposure Prophylaxis: Could This Dating App Provide a Platform for HIV Prevention Outreach? *Clin Infect Dis, 71*(7), e135-e140. https://doi.org/10.1093/cid/ciz1093

Kaufmann, J.-C. (2016). *L'entretien compréhensif*. Armand-Colin.

Lejeune, C. (2014). *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter, ni classer*. De Boeck.

Lorente, N., Preau, M., Vernay-Vaisse, C., Mora, M., Blanche, J., Otis, J., Passeron, A., Le Gall, J. M., Dhotte, P., Carrieri, M. P., Suzan-Monti, M., Spire, B., & Group, A.-D. S. (2013). Expanding access to non-medicalized community-based rapid testing to men who have sex with men: an urgent HIV prevention intervention (the ANRS-DRAG study). *Plos One, 8*(4), e61225. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061225

Maillefer, F., Bovet, É., Jaton, L., Bodenmann, P., & Ninane, F. (2019). Facilitateurs et barrières pour l'accès aux soins chez les requérants d'asile du canton de Vaud en Suisse et recommandations. *Recherche en soins infirmiers, 137*(2), 26-40. https://doi.org/10.3917/rsi.137.0026

Martuccelli, D. (2014). La vulnérabilité, un nouveau paradigme? . In A. Brodiez, C. Laval, & B. Ravon (Eds.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales* (pp. 27-39). Presses Universitaires de Rennes.

Mellini, L., Poglia Mileti, F., & Villani, M. (2016). Migrantes et séropositives : les stratégies de l'agir secret. *Interrogations ?, 22*. http://www.revue-interrogations.org/Migrantes-et-seropositives-en

Mellini, L., Poglia Mileti, F., & Villani, M. (2020). La vulnérabilisation des femmes africaines et séropositives en contexte migratoire. In B. F. Bationo & A. Palé (Eds.), *Vulnérabilités et accès aux soins de santé en Afrique contemporaine*. Editions Science et Bien Commun. https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/vulnerabilites/chapter/la-vulnerabilisation-des-femmes-africaines-et-seropositives-en-contexte-migratoire/

Monceau, G. (2008). Entre pratique et institution. L'analyse institutionnelle des pratiques professionnelles. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, 41*(1), 145-159. https://doi.org/10.3917/nras.041.0145

Morel, S., & Cottereau, V. (2020). L'accès aux soins des migrants primo-arrivants. *Emulations - Revue de sciences sociales*(35-36), 81-94. https://doi.org/10.14428/emulations.03536.06

Müller, F., Laubereau, B., Bucher, N., & Ostrowski, G. (2017). *Soins de santé pour les requérants d'asile. Rapport à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)*.

Ottawa-Charta (1986).

Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Berg, R. C., Fernández-Dávila, P., Mirandola, M., Marcus, U., Weatherburn, P., & Schmidt, A. J. (2017). Anti-LGBT and Anti-immigrant Structural Stigma: An Intersectional Analysis of Sexual Minority Men's HIV Risk When Migrating to or Within Europe. *J Acquir Immune Defic Syndr, 76*(4), 356-366. https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001519

Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Hickson, F., Weatherburn, P., Berg, R. C., Marcus, U., & Schmidt, A. J. (2015). Hidden from health: structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey. *AIDS, 29*(10), 1239-1246. https://doi.org/10.1097/qad.0000000000000724

Paillé, P. (2007). La recherche qualitative: Une méthodologie de la proximité. In H. Dorvil & R. Mayer (Eds.), *Problèmes sociaux. Théories et méthodologies* (Vol. 3, pp. 409-444). Presses de l'Université de Québec. https://doi.org/10.2307/j.ctv18pgtsn.20

Parazelli, M., & Bourbonnais, M. (2017). L'empowerment en travail social. Perspectives, enseignements et limites. *Sciences & Actions Sociales, 6*(1), 23-52. https://doi.org/10.3917/sas.006.0023

Pariser Community-Erklärung (2017).

Pialoux, G. (2020). Stratégies comportementales et prévention mécanique. In C. Katlama, J. Ghosn, & G. Wandeler (Eds.), *VIH, hépatites virales, santé sexuelle* (pp. 687-691). EDP Sciences.

Pluess, S., & Zellweger, E. (2013). *Gérer la diversité en milieu hospitalier. Programme d'action "migrant-friendly hospitals"*. Evaluanda.

Potvin, L., Di Ruggiero, E., & Shoveller, J. (2013). Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations. In C. Ferron, É. Breton, & A. Guichard (Eds.), *Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble* (Vol. 425, pp. 13-16). Inpes.

Potvin, L., Sherri L. Bisset, S. L., & Walz, L. (2010). Participatory action research: Theoretical perspectives on the challenges of researching action. In I. Bourgeault, R. Dingwall, & H. De Vries (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research* (pp. 433-453). SAGE https://doi.org/10.4135/9781446268247

Pouchadon, M.-L. (2017). Évolutions des principes d'intervention et des pratiques professionnelles des travailleurs sociaux. *Sciences & Actions Sociales, 7*(2), 116-127. https://doi.org/10.3917/sas.007.0116

PREOS (2012). *Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT : le rôle du système de santé. État des lieux et recommandations*.

Ramos, E. (2015). *L'entretien compréhensif en sociologie. Usages, pratiques, analyses*. Armand Colin.

Ramsden, I. (1993). Cultural safety in nursing education in Aotearoa (New Zealand). *Nurs Prax N Z, 8*(3), 4-10.

Reutlinger, C., Baghdadi, N., & Kniffki, J. (2011). *Die soziale Welt quer denken. Transnationalisierung und ihre Folgen für die Soziale Arbeit*. Frank & Timme.

Sexuelle Gesundheit Schweiz (2014). Beratung zu sexueller und reproduktiver Gesundheit für Migrantinnen und Migranten – Leitfaden für Fachpersonen.

Slotwinskiy, M., Stutzerz, A., & Uhligx, R. (2018). *Are asylum seekers more likely to work with more inclusive labor market access regulations?* WWZ Working Paper, University of Basel.

Staat Freiburg (2019). *Bienvenue dans le canton de Fribourg. Français/Langage simplifié*. Bureau de l'intégration des migrant-e-s et de la prévention du racisme.

Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz. Begriffsklärungen,theoretische Einführung, Praxisempfehlungen.* Grundlagenbericht. Bern: GFCH, BAG, GDK.

Wetzel, D., Delicado, N., Wehrli, M., & Pecoul, V. (2019). *Mise en place d'une consultation VCT VIH/IST pour les personnes exerçant la prostitution à Genève. Rapport d'activité de la phase pilote mars 2017- mars 2019*.

Wetzel, D., Jeannot, E., & Durieux-Paillard, S. (2019). Niveau de connaissances et comportement en matière de prévention du VIH au sein d'une population de migrants. *Revue Médicale Suisse, 15*, 748-751.

Anhang 1: Zusammenfassung der Studie

Hintergrund

Mi.STI (*Migration & Sexually Transmitted Infections*) ist eine qualitative und partizipative Studie, die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) finanziert und von einem Team aus Soziolog*innen der Universität Freiburg von Oktober 2019 bis März 2022 durchgeführt wurde.

Für den Bereich HIV/STI und Migration hat das BAG das «Rahmenkonzept für die HIV/STI-Prävention – Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+» (Rahmenkonzept MV) erstellt. Darin werden verschiedene Vulnerabilitätsfaktoren für HIV/STI identifiziert und verschiedene Interventionsformen für sogenannte vulnerable Migrant*innen empfohlen: Sensibilisierung für sexuelle Rechte; Primärprävention von HIV/STI; Beratung, Diagnostik und Therapie; Schaffung nachhaltiger Rahmenbedingungen.

Das Ziel der Mi.STI-Studie war es, aus qualitativer Sicht zu verstehen, welche Realitäten die Personen mit Migrationshintergrund (PM) und die verschiedenen Akteur*innen vor Ort (AKT) erleben, die in diesen Bereich – der sowohl Gesundheit, Migration und soziale Intervention betrifft – involviert sind.

Ziele und Methoden

Die Mi.STI-Studie wurde in obenerwähntem Zusammenhang in Auftrag gegeben und hatte das Ziel:

- die Vulnerabilität von PM für HIV/STI zu untersuchen;
- die Massnahmen von Institutionen in Bezug auf die Vulnerabilität von PM für HIV/STI zu untersuchen;
- Reflexionsgrundlagen für Interventionen im Zusammenhang mit der Vulnerabilität von PM für HIV/STI vorzuschlagen.

Um diese Ziele zu erreichen, wurde die Studie in drei Phasen unterteilt:

1. **Befragung 1** wurde mit **AKT** durchgeführt, die im Bereich HIV/STI und Migration tätig sind. Ziel der Befragung war es, die Massnahmen der Institutionen im Hinblick auf die HIV/STI-Vulnerabilität im Kontext von Migration zu untersuchen. Es ging darum, die subjektiven Erfahrungen der Personen, die im Bereich HIV/STI und Migration tätig sind, zu sammeln, einen Überblick über die durchgeführten Aktivitäten zu gewinnen und die von den AKT festgestellten Hauptschwierigkeiten zu identifizieren.
2. **Befragung 2** wurde mit **PM** durchgeführt. Ziel dieser Befragung war es, ihre Vulnerabilität für HIV/STI zu untersuchen. Es ging darum, die Vulnerabilitätssituationen, mit denen sie konfrontiert sind, zu identifizieren und deren Verflechtung aufzuzeigen. Ferner ging es darum herauszufinden, welche subjektiven Erfahrungen die PM im Zusammenhang mit HIV/STI gemacht haben und welche Kenntnisse sie über Präventionsangebote haben.
3. In **Befragung 3** traten **AKT** und **PM** miteinander in einen Dialog. Ziel dieser Befragung war es, auf der Basis des gemeinsamen Gesprächs Interventionsmöglichkeiten im Zusammenhang mit der HIV/STI-Vulnerabilität von PM zu erarbeiten.

Die Mi.STI-Studie wurde von einer Koordinationsgruppe (COPIL) geleitet, die aus zwei Mitgliederinnen des Forschungsteams und zwei Vertreterinnen des BAG bestand. Die Studie basiert auf einem partizipativen

Ansatz und wurde von einer transdisziplinären Gruppe aus Praxispartner*innen (PARTEN-Gruppe) begleitet. Letztere war in alle Phasen der Studie involviert: angefangen bei der Entwicklung des methodischen Aufbaus über die Konzeptualisierung einer Interventionsstrategie bis hin zur Diskussion und Vermittlung der Studienergebnisse.

Die Daten wurden im Rahmen von vertiefenden Interviews mit AKT (N=20) und PM (N=28) sowie im Rahmen eines Gesprächs im Tandem aus AKT und PM (N=12) erhoben.

Die Stichprobe der befragten AKT setzte sich aus Personen zusammen, die in verschiedenen deutsch- und französischsprachigen Kantonen wohnen und in unterschiedlichen Interventionsbereichen tätig sind: Medizin, Soziales, Migration, sexuelle Gesundheit, HIV/STI, Sexarbeit, LGBTQI+, Asyl, Sans-Papiers, Menschenhandel und Gewalt. Der Status und die Funktionen der AKT waren sehr verschieden: Ärzt*innen, Pflegefachpersonen, Berater*innen für sexuelle Gesundheit, Sozialarbeiter*innen, Projektleiter*innen, Mediator*innen, Peers und Dolmetscher*innen.

Die Stichprobe der PM bestand aus sogenannten Erstmigrant*innen, die über 18 Jahre alt sind, sexuelle Erfahrungen und einen prekären Rechtsstatus in der Schweiz haben (Aufenthaltsbewilligung N, F, B oder keine Aufenthaltsbewilligung). Die Stichprobe war hinsichtlich der Wohnkantone, der Herkunftsländer, der sexuellen Orientierungen, der Geschlechtsidentitäten und des HIV/STI-Serostatus diversifiziert.

Bei der Zusammensetzung der Stichprobe wurden die verschiedenen Kategorien sogenannter vulnerabler Migrant*innen berücksichtigt, die anhand der im Rahmenkonzept MV des BAG festgelegten Vulnerabilitätsfaktoren für HIV/STI definiert wurden: Hohe Prävalenz von HIV und anderen STI im Herkunftsland, Tätigkeit als Sexarbeiter*in, Zugehörigkeit zur Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben, Zugehörigkeit zur Gruppe der trans Personen, injizierender Drogenkonsum, illegaler oder prekärer Aufenthalt in der Schweiz sowie Kultur, Religion, soziale und wirtschaftliche Prekarität sowie niedriges Bildungsniveau.

An der Rekrutierung der interviewten Personen waren verschiedene Vermittler*innen beteiligt: Institutionen, die im Bereich HIV/STI und Migration tätig sind, die Netzwerke der Mitglieder der PARTEN-Gruppe, die Netzwerke des Forschungsteams und die Befragten, die andere Personen um die Teilnahme an der Befragung baten (*Schneeball-Sampling*).

Ergebnisse

Die empirischen Daten haben gezeigt, dass die verschiedenen Kategorien sogenannter vulnerabler Migrant*innen, wie sie bisher im Rahmenkonzept MV des BAG definiert wurden, zu starr sind. Sie legen den Fokus auf Kategorien von Personen (vulnerable Migrant*innen), wodurch die Kontextelemente, die die Vulnerabilität verursachen, nicht ausreichend berücksichtigt werden können. Anstatt also zu versuchen, die Vulnerabilitätsfaktoren zu erklären, auf denen diese Kategorien beruhen, haben wir Situationen der Vulnerabilität und Prozesse der Vulnerabilisierung analysiert, mit denen die PM konfrontiert sein können.

Vielfältige und strukturelle Vulnerabilitäten

Wir verstehen Vulnerabilität für HIV/STI als eine Situation, in der die Betroffenen medizinischen Risiken ausgesetzt sind. Bei nicht infizierten Personen handelt es sich um das Risiko, sich mit HIV/STI zu infizieren.

Bei infizierten Personen handelt es sich um das Risiko, dass sich der Gesundheitszustand aufgrund von Schwierigkeiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung verschlechtert.

Jeder Mensch, der sexuell aktive ist, kann von HIV/STI betroffen sein. Doch unsere Ergebnisse haben gezeigt, dass PM in Situationen leben, die spezifisch sind aufgrund ihrer Migrationserfahrung, ihres Status und der Vorstellungen, die mit den Kategorien, mit denen sie in Verbindung gebracht werden, assoziiert werden können. Diese Elemente zusammengenommen schaffen Situationen der Vulnerabilität, die das medizinische Risiko im Zusammenhang mit HIV/STI erhöhen. Schwierige Migrationswege und Gewalterfahrungen auf dem Migrationsweg konfrontieren PM mit medizinischen Risiken. Es sind aber auch und vor allem der unsichere Rechtsstatus und der prekäre sozioökonomische Kontext in der Schweiz, die ihren Zugang zu rechtlichen, wirtschaftlichen, sozialen und medizinischen Ressourcen einschränken und Vulnerabilitätssituationen für HIV/STI schaffen. Denn wenn das Überleben das wichtigste Ziel ist, rücken Gesundheitsfragen in den Hintergrund. Dieser allgemeine Kontext der Prekarität sowie die Zugehörigkeit zu Kategorien, die negativ konnotiert oder sogar stigmatisiert sein können (geschlechtsspezifisch, sexuell, kulturell, religiös usw.), kann zu Abhängigkeitssituationen oder ungleichen Machtverhältnissen führen, die den Handlungsspielraum der Menschen einschränken. Selbst wenn sie also über die Übertragungswege des Virus und die Möglichkeiten, sich davor zu schützen oder sich behandeln zu lassen, informiert sind, führen diese Faktoren zu Kontexten, Situationen und Beziehungen, die PM einem grösseren Infektionsrisiko aussetzen.

Menschen, die sich aufgrund der Einschränkungen durch das Asylgesetz in einer **rechtlich** instabilen Situation in der Schweiz befinden, haben Schwierigkeiten beim Zugang zu Arbeit, Wohnung und Gesundheit. Die Kosten der Prävention, z. B. die Kosten für HIV-Tests oder die PrEP, sind für PM in **sozioökonomisch** prekären Situationen nicht erschwinglich. Diese Schwierigkeiten verschärfen sich für Menschen mit minoritären **sexuellen Orientierungen und Geschlechtsidentitäten** (nicht-hetero-cis). Diese Vulnerabilitäten, die mit dem sozioökonomischen Status, dem rechtlichen Status sowie den sexuellen Orientierungen und Geschlechtsidentitäten verbundenen sind, können die Betroffenen – ob bewusst oder unbewusst – dazu zwingen, asymmetrische Paarbeziehungen einzugehen. Die ungleichen Machtverhältnisse benachteiligen die PM, die sich auf Unterhaltsbeziehungen (oder sexuelle Transaktionen) einlassen. Bei Sexualkontakten im Rahmen solcher Beziehungen haben sie oftmals nicht die Möglichkeit, über Schutzmassnahmen – in diesem Fall die Verwendung von Kondomen – zu verhandeln.

HIV/STI-positive Menschen können beim Zugang zur Gesundheitsversorgung mit Schwierigkeiten konfrontiert sein, was zu einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands führt. Jeder Mensch kann zwar aufgrund mangelnder Ressourcen (fehlende Informationen, fehlende wirtschaftliche Ressourcen, um die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse oder eine Behandlung zu bezahlen) auf diese Schwierigkeiten stossen, doch unsere Ergebnisse zeigen, dass einige PM diesem Risiko besonders ausgesetzt sind, da sie die Landessprachen nicht beherrschen oder nicht wissen, wie das Gesundheitssystem in der Schweiz funktioniert.

Die **Vorstellungen** der PM über HIV/STI und Sexualität spielen ebenfalls eine Rolle, da diese sie manchmal daran hindern, Gesundheitszentren aufzusuchen – weder in ihrem Herkunftsland noch in der Schweiz. Beispielsweise ist es für Menschen mit einem sehr negativen Bild von HIV/Aids schwierig, die regionalen Fachstellen der Aids-Hilfe Schweiz aufzusuchen, da im Namen noch das Wort «Aids» vorhanden ist.

Auch die **Stigmatisierung** der Sexarbeit oder die Stigmatisierung nicht-hetero-cis Identifikationen spielt eine Rolle. Die zweite Stigmatisierung kann die Betroffenen zu versteckteren Sexualpraktiken verleiten,

bei denen das Aushandeln der Verwendung von Kondomen schwieriger ist. Aus Angst, vom medizinischen Personal für ihren Beruf oder ihre geschlechtliche Identität bzw. sexuelle Orientierung verurteilt zu werden, können diese Stigmatisierungen auch die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowohl in der Prävention als auch in der Behandlung behindern.

PM sind daher mit vielfältigen Vulnerabilitäten konfrontiert, die sie sozialen Risiken wie wirtschaftlicher Prekarisierung, Marginalisierung, Stigmatisierung und Diskriminierung aussetzen. Die Vulnerabilitäten ergeben sich aus der Überschneidung von Migrations- und Gesundheitspolitik. Die Migrationspolitik regelt die Bedingungen für die Erteilung einer Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz und die damit verbundenen Einschränkungen beim Zugang zu Arbeit, Wohnung und Gesundheit. Die Gesundheitspolitik legt die Regeln für den Zugang zur Gesundheitsversorgung fest, sei es im Bereich der Prävention oder der Behandlung.

Komplexe Interventionen

Die Schwierigkeiten, auf die die AKT bei der Begleitung von PM stossen, sind unterschiedlicher Art. Im Hinblick auf die institutionelle Ebene berichten die AKT von mangelnden Ressourcen sowohl wirtschaftlicher als auch personeller Art, wodurch sie die ihnen anvertrauten Aufgaben nicht so erfüllen können, wie sie es gerne würden. Auch Konkurrenzbeziehungen zwischen den Institutionen wurden angesprochen. Doch das Hauptproblem, mit dem sich die AKT konfrontiert sehen, hängt mit dem politischen und gesundheitspolitischen System der Schweiz zusammen. Schon der Föderalismus und die kantonalen Unterschiede erleichtern ihre Arbeit nicht gerade. Kritisiert wird aber vor allem das System der Krankenversicherungen: Für Menschen, die nicht in der Schweiz sozialisiert wurden, gilt es als zu komplex zu verstehen, für Menschen in sozioökonomisch prekären Situationen als zu teuer, in Bezug auf die Leistungen als lückenhaft (Nichtvergütung bestimmter Präventionsmassnahmen wie Kondome oder PrEP) und in Bezug auf Anonymität als ebendiese nicht wahrend – was allerdings eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass HIV/STI-Tests und -Behandlungen in vollem Vertrauen durchgeführt werden können.

Die AKT müssen sich also mit einem Arbeitsumfeld arrangieren, das ihrer Meinung nach nicht ausreichend auf die Begleitung von PM angepasst ist, obwohl sich diese Menschen in vielfältigen und komplexen Vulnerabilitätssituationen befinden. Auch wenn die AKT auf institutioneller Ebene in bestimmten Interventionsbereichen tätig sind (Migration, Sozialarbeit, Gesundheitsversorgung, HIV/STI), müssen sie sich mit Aspekten befassen, die über die jeweiligen Bereiche hinausgehen. Denn ihre Interventionen, sei es in der Primär- oder Sekundärprävention, erfordern sowohl spezialisierte Fähigkeiten als auch umfangreiche Kenntnisse des Migrationskontextes, der Krankenversicherungen, der medizinischen Aspekte usw. In den Interviews wurde der Vergleich zu «Handwerker*innen» gezogen. Wie diese müssen die AKT ihre Kreativität einsetzen, um – oftmals unter Zeitdruck – massgeschneiderte Lösungen zu finden, die an die Situation der PM angepasst sind.

Um mit diesen Zwängen so gut wie möglich zurechtzukommen und trotz der Komplexität der Fälle eine Interventionslinie aufrechtzuerhalten, stützen sich die AKT auf grundlegende Prinzipien, die ihre Interventionen leiten, z. B. Vertrauen, Respekt und Nicht-Bewertung, Anonymität und Vertraulichkeit sowie die Wertschätzung der Agency. Die Komplexität führt zu einer Art «bricolage» im Berufsalltag, das eine erhöhte Flexibilität erfordert und Teil der Interventionsansätze ist, die für die AKT sinnvoll sind. Je nach Sensibilität, Auftrag der Institution oder der jeweiligen zu lösenden Situation beziehen sich die AKT auf verschiedene Ansätze oder Kombinationen davon, darunter der Ansatz des umfassenden Gesundheitsverständnisses, der vulnerabilitätsbasierte Ansatz, der personenzentrierte Ansatz, die aufsuchende Arbeit oder der gemeinschaftsbasierte und partizipative Ansatz.

Inklusive Interventionsstrategien

Die Studie zielte auch darauf ab, Ansatzpunkte für zukünftige Interventionen zu erarbeiten, die sowohl den Bedürfnissen der PM als auch den Erwartungen der AKT gerecht werden könnten. Die Analyse der erhobenen Daten sowie der Austausch und die Reflexionen innerhalb der PARTEN-Gruppe ermöglichten es, fünf Hauptziele für Interventionen und fünf Ansätze, die zur Erreichung dieser Ziele mobilisiert werden können, zu identifizieren:

1. **Die Bedürfnisse der PM in Bezug auf die umfassende Gesundheit verstehen**

Um eine HIV/STI-Prävention anbieten zu können, die auf PM zugeschnitten ist, müssen die Lebensbedingungen in der Schweiz und der Zugang zu Bildung, Arbeit, Wohnen und Gesundheit berücksichtigt werden. Bei Fragen zu HIV/STI und im weiteren Sinne zur sexuellen Gesundheit müssen die Lebensumstände der PM und die Prioritäten, die sie vor diesem Hintergrund setzen, berücksichtigt werden. Es geht auch darum, Situationen und Beziehungen der Abhängigkeit und Ausbeutung zu identifizieren, welche die Vulnerabilität dieser Menschen für HIV/STI erhöhen.

2. **PM über sexuelle Rechte, sexuelle Gesundheit und HIV/STI informieren**

Die PM, die wir getroffen haben, kennen weitestgehend weder die sexuellen Rechte noch andere sexuell übertragbare Krankheiten als HIV (Arten, Symptome, Behandlung). Dasselbe gilt für Selbsttests, PEP und PrEP. Es müssen daher weitere Anstrengungen unternommen werden, um eine bessere Aufklärung in dieser Hinsicht zu gewährleisten. Auf praktischer Ebene ist es wichtig, dafür zu sorgen, dass die Informationen auch für fremdsprachige und analphabetische Personen zugänglich sind. Konkret bedeutet dies, dass die Informationen in die Sprachen übersetzt werden, die von den in der Schweiz stark vertretenen Migrationsgemeinschaften gesprochen werden, dass sie in Leichte Sprache übersetzt werden, dass die Informationskanäle und -medien diversifiziert werden (Internetseiten, soziale Netzwerke, Community Medien, Dating-Apps, Flyer, Videos, Community Medien usw.) und dass interkulturelle Dolmetscher*innen mit einer Ausbildung in sexueller Gesundheit eingesetzt werden. Die Entwicklung einer vom BAG verwalteten e-Plattform würde es ermöglichen, alle Informationen zu zentralisieren, sowohl über HIV/STI als auch über den Zugang für PM zu Gesundheit, Bildung, Arbeit usw. Denn der Zugang zu diesen Informationen hat Auswirkungen auf den Zugang zur Prävention und die Annahme von Präventivverhalten.

3. **PM eine diversifizierte Prävention gegen HIV/STI und andere sexuelle Risiken anbieten**

Angesichts der Vielfalt, die sich hinter der Kategorie «Personen mit Migrationshintergrund» verbirgt (in Bezug auf Alter, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität, Bildungsniveau, beruflichen Status usw.), ist es wichtig, eine diversifizierte Prävention gegen HIV/STI anzubieten, wobei auch andere sexuelle Risiken (ungewollte Schwangerschaften, Gewalt usw.) nicht aussenvor gelassen werden dürfen. Der Zugang zu verschiedenen Formen der Prävention und Versorgung für die Migrationsbevölkerung muss weiter verbessert werden. Er muss unabhängig vom rechtlichen und sozioökonomischen Status durch die Gewährleistung von Anonymität und Krankenversicherungsschutz für alle in der Schweiz ansässigen Personen sichergestellt werden. Der Zugang zur sogenannten biomedizinischen Prävention für die Migrationsbevölkerung muss deutlich verbessert werden, insbesondere für die am stärksten benachteiligten Gruppen, die keine Krankenversicherung haben und/oder nicht über ausreichende wirtschaftliche Ressourcen verfügen, um Medikamente und Behandlungen bezahlen zu können.

4. **Intersektionale Stigmatisierung und Diskriminierung bekämpfen**

Ein Teil der PM verfügt über Merkmale (im Zusammenhang mit ihrer ethnischen Zugehörigkeit, ihrem rechtlichen Status, ihrer sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität, ihrer Religion, ihrem HIV-Status) und lebt unter Bedingungen (wirtschaftliche und rechtliche Prekarität, Sexarbeit oder Menschenhandel), die sie verschiedenen Formen von Stigmatisierung und Diskriminierung aussetzen. Sexismus, Rassismus, Heterosexismus, Cissexismus, Islamophobie oder Diskriminierung aufgrund einer HIV-Infektion behindern die Selbstbestimmung der Menschen und schränken ihre Fähigkeit ein, in intimen Beziehungen eine Verhandlungsposition einzunehmen, die Unterstützung von Institutionen in Anspruch zu nehmen, sich auf Behandlungen einzulassen usw. Es ist daher wichtig, Massnahmen zur Bekämpfung dieser Formen der intersektionalen Diskriminierung zu ergreifen. Denn die Diskriminierungen können dazu führen, dass die betroffenen PM Präventionsstrukturen nicht aufsuchen aus Angst, damit konfrontiert zu werden.

Im medizinischen Bereich und im Bereich Asyl ist es wichtig, die in den letzten Jahren unternommenen Anstrengungen zur Sensibilisierung des Personals für minoritäre Geschlechtsidentitäten und sexuelle Orientierungen sowie für Rassisierungsprozesse fortzusetzen.

5. **Gesundheitliche Chancengleichheit verbessern**

Das Schweizer Gesundheitssystem ist komplex und es hat sich gezeigt, dass es bei der Betreuung von PM Grenzen hat. Nichtsdestoweniger ist es wichtig sicherzustellen, dass PM verstehen, wie es funktioniert, sie bei den administrativen Schritten für den Beitritt zu einer Krankenkasse zu unterstützen und finanzielle Unterstützungssysteme zu entwickeln, die es ihnen ermöglichen, die Monatsprämien zu bezahlen. Im Bereich HIV/STI ist es von grundlegender Bedeutung, die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern, um den Zugang zu Prävention und Behandlung zu gewährleisten. Kostenlose Kondome, kostenlose Tests, Kostendeckung für Medikamente (sowohl bei der Prävention wie der PrEP als auch bei Behandlungen wie der antiretroviralen Therapie) und die Gewährleistung der Anonymität bei der Betreuung sind wesentliche Voraussetzungen dafür, dass PM in rechtlichen und sozioökonomischen Vulnerabilitätssituationen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben und diese auch kontinuierlich in Anspruch nehmen können. Würde auf rechtlicher Ebene die administrative Stabilität von PM durch verschiedene gesetzliche Massnahmen und die Regularisierung von Sans-Papiers gewährleistet, könnte die gesundheitliche Chancengleichheit besser sichergestellt werden.

Ansätze

Die Ergebnisse aus den drei Befragungen zeigen, dass sich fünf Ansätze als besonders nützlich erweisen, um die Ziele zu erreichen: das umfassende Gesundheitsverständnis, der gemeinschaftsbasierte Ansatz, der inklusive Ansatz, der intersektionale Ansatz und der Cultural Safety Ansatz. Die ersten beiden Ansätze werden in den verschiedenen Präventionsprogrammen empfohlen und in den Einrichtungen, in denen die befragten AKT arbeiten, bereits weitgehend angewandt. Im Bereich HIV/STI und Migration sollte der Einsatz des inklusiven Ansatzes verstärkt werden. Da der intersektionale Ansatz und der Cultural Safety Ansatz für diesen spezifischen Bereich besonders geeignet sind, könnte ihre Einführung die bereits bestehenden Interventionen unterstützen.

1. **Umfassendes Gesundheitsverständnis**

Interventionen auf der Basis eines umfassenden Gesundheitsverständnisses durchzuführen bedeutet gemäss der Ottawa-Charta, dass sowohl der Gesundheitszustand der Menschen (körperliche, geistige, sexuelle und relationale Gesundheit) als auch die materiellen Bedingungen, unter denen sie leben, berücksichtigt werden. Bei PM geht es darum, ihren rechtlichen Status in der Schweiz, ihren

sozioökonomischen Status, die Bildungsmöglichkeiten sowie den Zugang zu Arbeit und Wohnraum zu berücksichtigen, da sich all diese Elemente direkt auf die Gesundheit auswirken.

2. **Gemeinschaftsbasierter Ansatz**

Interventionen, die auf einem gemeinschaftsbasierten Ansatz beruhen, setzen voraus, dass PM als AKT (Mitglieder, Teilnehmer*innen) betrachtet werden. Dadurch werden die Kompetenzen und Ressourcen anerkannt, über die sie verfügen, um über ihre Lebenserfahrungen zu sprechen und ihre Bedürfnisse in Bezug auf HIV/STI zu äussern. Dieser Ansatz sieht vor, dass PM sowohl bei der Konzeptualisierung als auch bei der Gestaltung und Umsetzung von Massnahmen und Interventionsprogrammen einbezogen werden.

3. **Inklusiver Ansatz**

Interventionen auf der Basis eines inklusiven Ansatzes durchzuführen bedeutet, dass sich die Interventionen an alle Menschen richten, unabhängig von Merkmalen wie Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität, ethnische Herkunft, Rechtsstatus in der Schweiz usw. Dies führt dazu, dass die Interventionen darauf ausgerichtet sind, die Kategorien der Zielpopulationen aufzubrechen, die im Hinblick auf die Komplexität und Intersektionalität der sexuellen und geschlechtlichen Identifikationen sowie der sexuellen Praktiken zu beschränkt sind. Einen inklusiven Ansatz zu verfolgen bedeutet, mit ethno-hetero-cis-zentrierten Ansätzen zu brechen.

4. **Intersektionaler Ansatz**

Interventionen auf der Basis eines intersektionalen Ansatzes durchzuführen bedeutet, alle Merkmale zu berücksichtigen, die eine Person ausmachen (Migrantin*in, ältere Person, Sans-Papier, heterosexuelle Person, trans Person usw.), um sie nicht auf eine einzige Dimension zu reduzieren. Die hier vorgestellten Ergebnisse haben deutlich gezeigt, dass es notwendig ist, PM nicht nur gemäss ihrem Migrationsstatus zu identifizieren, auch wenn sie sich dadurch in spezifischen Vulnerabilitätssituationen befinden. Denn die sexuelle Orientierung und die Geschlechtsidentität, die ethnische und religiöse Zugehörigkeit und der rechtliche Status in der Schweiz sowie die materiellen Lebensbedingungen, die Mobilität und die verfügbaren Ressourcen (sprachlich, materiell, kognitiv, symbolisch) sind allesamt Dimensionen, die berücksichtigt werden müssen, um Intervention für diese Personen zu gestalten.

Die Intervention auf einen intersektionalen Ansatz zu stützen bedeutet auch, die Überschneidungseffekte zwischen den Merkmalen zu berücksichtigen und die Machtverhältnisse, in die die Menschen eingebunden sind (Sexismus, Heterosexismus, Cissexismus, Rassismus usw.), zu bedenken. Beides manifestiert sich in alltäglichen Interaktionen, sei es in intimen Beziehungen, Unterstützungs- oder Versorgungsbeziehungen.

Interventionen, die auf einem intersektionalen Ansatz beruhen, setzen voraus, dass die AKT vorab eine selbstreflexive und selbstkritische Arbeit leisten, um sich ihrer eigenen Position im System der Privilegien und Unterdrückungen bewusst zu werden. Diese Arbeit besteht darin, sich dafür zu engagieren:

- die Existenz eines Machtverhältnisses im Kontext jeder Intervention – sei sie sozial, medizinisch, rechtlich oder anderweitig – anzuerkennen, insbesondere wenn es um sensible Themen wie Migration, Sexualität, sexuelle Gesundheit oder HIV/STI geht.
- sich der eigenen gesellschaftlichen Position bewusst zu werden, da diese die Beziehungen zu den anderen an der Intervention beteiligten Personen beeinflusst.
- sich Fragen zu den eigenen Merkmalen und Identitäten (Geschlecht, Alter, ethnische Herkunft, SOGI usw.), Vorstellungen (über Gender, Sexualität, Migration, Gesundheit usw.), moralischen Werten und Überzeugungen (politische, religiöse usw.) zu stellen.

- sich bewusst zu werden, dass die eigenen Identitäten, Vorstellungen und Überzeugungen Auswirkungen auf die Beziehungen zu den anderen an der Intervention beteiligten Personen haben.

5. **Cultural Safety Ansatz**

Der Cultural Safety Ansatz bricht mit der Vorstellung, dass sich das medizinische Personal auf die Kenntnis der kulturellen Normen und Werte der Angehörigen verschiedener ethnischer Gruppen fokussieren sollte. Es ist zwar absolut notwendig, den strukturellen Kontext zu kennen, der die Rahmenbedingungen für die von PM erlebten Realitäten bildet. Doch der Cultural Safety Ansatz schützt vor der Gefahr eines kulturellen Essentialismus, welcher dazu führen kann, dass Gruppen homogenisiert werden, die nicht homogen sind (Afrikaner, Subsahara-Afrikaner, Eritreer usw.). Mithilfe des Cultural Safety Ansatzes soll sich das medizinische Personal durch einen selbstreflexiven und selbstkritischen Prozess seiner eigenen kulturellen Werte und deren Auswirkungen auf die Beziehung zu anderen bewusst werden. Das bedeutet, dass es seine Apriori und Einstellungen hinterfragen muss, die sich auf die Interventionen auswirken können.

Die Reflexionsgrundlagen für die Umsetzung von Interventionsstrategien zeigen, dass **strukturelle Interventionen notwendig sind, um soziale Ungleichheiten zu verringern**. Diese Ungleichheiten bestehen zwischen Schweizer*innen oder Personen mit Niederlassungsbewilligung und PM, die sich in einer Situation vielfältiger Vulnerabilitäten befinden können. Das Engagement und die Interventionen der AKT reichen nicht aus, um die vorhandenen Schwierigkeiten zu beheben. Um die Vulnerabilitäten von PM zu verringern, die sie einem HIV/STI-Risiko aussetzen oder ihren Zugang zur Gesundheitsversorgung beschränken, müssen auch politische Massnahmen ergriffen werden, die eine gerechtere Verteilung der Ressourcen ermöglichen würden.

Anhang 2: Übersichtstabelle über die Akteur*innen vor Ort

Akteur*innen vor Ort (N=20)		
Bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht	Weiblich	15
	Männlich	5
Geschlechtsidentität	Cis	19
	Queer	1
Sexuelle Orientierung	Heterosexuell	19
	Pansexuell	1
Alter	21-30	3
	31-40	3
	41-50	7
	51-60	5
	61+	2
Herkunft	Schweiz	7
	Anderes europäisches Land	5
	Land in Afrika	6
	Land im Nahen Osten	1
	Land in Asien	1
Aufenthaltsbewilligung	Schweizer Nationalität	15
	Ausweis C	3
	Ausweis B	1
	Fehlende Informationen	1
Konfession	Katholisch	6
	Protestantisch	6
	Atheistisch	8
Ausbildung	Hochschulstudium (BA/MA) im medizinischen Bereich	10
	Hochschulstudium (BA/MA) im sozialen Bereich	5
	Hochschulstudium (BA/MA) in einem anderen Fachgebiet	3
	Lehre	2
Status innerhalb der Institution	Arzt*in	4
	Pflegefachperson	3
	Berater*in für sexuelle Gesundheit	3
	Projektbeauftragte*r	3
	Koordinator*in	3
	Mediator*in	2
	Dolmetscher*in	1
	Pfarrer*in	1
Beschäftigungsdauer in der Institution	0-5 Jahre	7
	6-10 Jahre	8
	11-15 Jahre	3
	16-20 Jahre	2

Institutionen, bei denen die AKT arbeiten (N=18)		
Typ	Regionale Fachstelle der Aids-Hilfe Schweiz	4
	Zentrum für sexuelle Gesundheit	1
	Niederschwelliges Zentrum (Menschen in prekären Situationen, Sans-Papiers, Sexarbeit)	3
	Abteilung im Spital	3
	Checkpoint	2
	Verein im Bereich Sexarbeit	1
	Verein im Bereich Asyl und LGBTIQ+	1
	Verein im Bereich Migration	1
	Sammelunterkunft Asylbereich	1
	Religiöse Einrichtung	1
Status	Öffentlicher Dienst	4
	Verein	14
Kantonale Verankerung	Basel	2
	Bern	4
	Freiburg	1
	Genf	4
	Neuenburg	1
	Waadt	3
	Zürich	3
Finanzierung	Öffentliche Quellen	4
	Gemischte Quellen	13
	Private Quellen	1

Anhang 3: Übersichtstabelle über die Personen mit Migrationshintergrund

Personen mit Migrationshintergrund (N=28)		
Bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht	Weiblich	13
	Männlich	15
Geschlechtsidentität	Cis	24
	Trans	3
	Queer	1
Sexuelle Orientierung	Heterosexuell	24
	Homosexuell	2
	Bisexuell	1
	Queer	1
Alter	18-30	8
	31-40	11
	41-50	8
	51-60	1
Herkunft	Afghanistan, Argentinien, Äthiopien (3), Brasilien (2), Burkina Faso (2), Demokratische Republik Kongo, Dominikanische Republik, Elfenbeinküste, Eritrea, Gambia, Georgien, Ghana, Guinea (2), Iran, Jamaika, Kolumbien, Kenia, Nigeria (2), Philippinen, Rumänien, Syrien, Türkei	22 Länder
In der Schweiz seit	1-5 Jahre	13
	6-10 Jahre	11
	11-15 Jahre	4
Aufenthaltsbewilligung	B	12
	F	4
	N	1
	Arbeitserlaubnis 90 Tage	3
	Ohne Aufenthaltsbewilligung	8

Familienstand	Ledig	12
	Verheiratet	6
	Getrennt	3
	Geschieden	6
	Verwitwet	1
Beziehungsstatus	Single	21
	In einer Beziehung/mit Partner*in	7
Kinder	Ohne Kinder	15
	Mit Kindern (1-3)	13
Wohnform	In einer Wohnung allein	9
	In einer Wohnung als Paar/Familie	7
	In einer Wohngemeinschaft	6
	In einer Sammelunterkunft	5
	Zimmer in einem Erotiksalon	1
Ausbildung	Grundschule	6
	Sekundarstufe I	8
	Sekundarstufe II (Lehre/BAC)	9
	Tertiärstufe	5
Einkommensquellen	Gemeldete Arbeit	4[39]
	Schwarzarbeit, Gelegenheitsjobs	6
	Lehre	3
	Sozialhilfe /Nothilfe /IV	12/2/2
	Stipendium	1
	Praktikum	4
	Gehalt Ehepartner*in/Partner*in	2
Zur Verfügung stehende Beträge pro Monat	<1000 CHF	6
	1001-2000 CHF	15
	2001-3000 CHF	2
	Sehr unterschiedlich	5
Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse	Ja	21
	Nein	7
Religion	Christlich	15
	Muslimisch	9
	Andere	1
	Atheistisch	3
STI	HIV	5
	Chlamydien	4
	Syphilis	2

[39] Personen, die im Bereich Sexarbeit tätig sind.

Anhang 4: Bespiel für eine in der Befragung 3 verwendete Beschreibung

Azeez ist ein 30-jähriger Mann, der in Nigeria geboren wurde. Aus politischen Gründen verlässt er 2017 sein Land. Nach einer langen und schwierigen Reise kommt er in die Schweiz, wo er einen Asylantrag stellt. Seit zwei Jahren lebt er in einer Asylunterkunft. Nach und nach versteht er besser Französisch, hat aber immer noch Schwierigkeiten, die offiziellen Dokumente zu verstehen. Die Monate vergehen und Azeez macht sich Sorgen um seine Situation. Schliesslich kommt der Entscheid: Er erhält eine F-Bewilligung, d. h. eine vorläufige Aufenthaltsbewilligung. Er hatte gehofft, als Flüchtling anerkannt zu werden, aber wenigstens ist es kein Ablehnungsentscheid. Ausserdem kann er mit dieser Bewilligung arbeiten, was er sich sehr wünscht. In seinem Heimatland hatte er ein kleines Geschäft und er beginnt nun, nach Arbeit im Bereich Verkauf zu suchen. Seit mehreren Monaten versucht Azeez, eine Arbeitsstelle zu finden, aber er erhält nur Absagen. Er ist frustriert und macht sich grosse Sorgen um seine Zukunft in der Schweiz.

Situationen und Fragen

1. Bei seiner Ankunft in der Schweiz wird Azeez im Registrierungszentrum erklärt, dass alle Asylsuchenden einen Gesundheitscheck machen müssen. Bei der Untersuchung wird ihm auch angeboten, einen HIV-Test zu machen. Azeez hat nicht damit gerechnet. Er hat Angst, weil er weiss, dass er auf dem Weg in die Schweiz Sexualkontakt ohne Kondom hatte. **Was könnte dazu beitragen, dass Azeez sich wohlfühlt, den Test zu machen? Wo und von wem wäre der Test am besten durchzuführen? Worauf muss geachtet werden?**

2. Seit einigen Wochen verspürt Azeez einen Juckreiz an seinen Genitalien. Da er damit beschäftigt ist, eine Arbeit zu finden und in der Schweiz zu bleiben, kümmert er sich nicht sofort darum, obwohl er Ausfluss feststellt. Er erinnert sich, dass eine Frau aus einem Verein gekommen war und in der Unterkunft über sexuelle Gesundheit gesprochen hatte. Er traut sich jedoch nicht anzurufen, schämt sich und zögert hinzugehen, weil er Angst hat, dort jemanden zu treffen, den*die er kennt. Schliesslich geht er doch hin. **Wie können die Menschen, die an diesem Ort arbeiten, dafür sorgen, dass Azeez sich wohlfühlt, über seine gesundheitlichen Probleme zu sprechen? Was ist wichtig für ihn?**

3. Azeez kauft gerne in einem Geschäft für afrikanische Produkte ein, das von einer Frau geführt wird, die aus dem gleichen Land kommt wie er. Als er heute in den Laden kommt, stellt ihm die Besitzerin eine Nigerianerin vor, die als Vermittlerin für ein Programm zur Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen arbeitet. Azeez und die Frau lernen sich kennen. Nach ein paar Minuten beginnt die Vermittlerin, mit ihm über sexuelle Gesundheit zu sprechen und zeigt ihm Informationsbroschüren, die sie von einer Kommode nimmt, auf der auch Kondome liegen. **Was wird Azeez von diesem Ansatz halten? Was ist für ihn wichtig? Wie können Azeez' Bedürfnisse in diesem Bereich ermittelt werden?**