

**Rapid Assessment im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit
(Vertrag Nr. 00.000647)**

***Interventionsplan
HIV/Aids-Prävention
bei Sub-Sahara MigrantInnen***

**Brigit Zuppinger, Christine Kopp, Hans-Rudolf Wicker
Institut für Ethnologie
Universität Bern**

Dezember 2000

Inhaltsverzeichnis

1	ABSTRACT (FRANÇAIS)	1
2	ABSTRACT (DEUTSCH)	3
3	ABSTRACT (ENGLISH)	5
4	DANK	7
5	EINLEITUNG	8
5.1	Aufbau des Berichts	10
6	VORGEHEN UND METHODEN	11
7	ZIELGRUPPEN	12
7.1	Sozio-demographische Übersicht über die Zielgruppen.....	12
7.1.1	Asylbereich.....	16
7.1.2	Ständige Wohnbevölkerung	20
7.2	Organisationsstrukturen in den Zielgruppen.....	24
7.3	Erreichbarkeit und Kommunikation	27
7.4	Medien der Zielgruppen	28
8	PRIMÄRPRÄVENTION	30
8.1	Tabuisierung von HIV/Aids	30
8.2	Vulnerabilität von Sub-Sahara MigrantInnen	32
8.3	Wissen und Praxis	33
8.4	Umgang mit Sexualität.....	37
8.5	Geschlechtsspezifische Aspekte der HIV-Prävention	38
8.6	Kinder und Jugendliche	45
8.7	DrogenkonsumentInnen	46
8.8	Homosexuelle Männer	46
8.9	Zugang zu Beratungsangeboten.....	47
8.10	HIV-Test.....	48
8.11	Prävention in Asylunterkünften	49
8.12	MediatorInnen aus der Sub-Sahara Region	50
8.13	Präventionsmaterial	50

9	PRÄVENTION BEI HIV-POSITIVEN SUB-SAHARA MIGRANTINNEN	53
9.1	Bedeutungen von Aids	53
9.2	Zugang zu medizinischer, psychosozialer und rechtlicher Beratung und Betreuung	55
9.3	Illegalisierte MigrantInnen	60
9.4	Geschlechtsspezifische Aspekte der Prävention bei HIV-positiven Frauen	61
10	PROJEKTE UND PROJEKTTRÄGERINNEN IN DER SCHWEIZ	63
11	HIV/AIDS-PRÄVENTION IN AFRIKANISCHEN LÄNDERN	66
11.1	Uganda	67
11.2	Senegal	68
11.3	HIV/Aids-Prävention in der schweizerischen Entwicklungszusammenarbeit mit afrikanischen Ländern	69
12	PRÄVENTIONSERFAHRUNGEN, PROJEKTE UND PROJEKTTRÄGERINNEN IN EUROPÄISCHEN LÄNDERN	71
12.1	Grossbritannien	72
12.2	Deutschland	72
12.3	Belgien	73
12.4	Frankreich	74
12.5	Europäische Netzwerke	74
13	GRUNDLAGEN UND SZENARIEN FÜR DIE HIV/AIDS-PRÄVENTIONSARBEIT MIT SUB-SAHARA MIGRANTINNEN	76
13.1	Grundlagen	76
13.1.1	Projektkoordination	76
13.1.2	Projektumsetzung	77
13.1.3	MediatorInnen	78
13.2	Szenarien für die Ansiedlung der Projektkoordination	79
13.3	Weiterführende Aktivitäten	81
14	LISTE DER MATERIALIEN	82
15	ORGANISATIONEN AFRIKANISCHER MIGRANTINNEN IN DER SCHWEIZ UND EUROPÄISCHE KONTAKTADRESSEN	84
16	INTERNET-LINKS	86
17	BIBLIOGRAPHIE	87

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Ausländische Wohnbevölkerung aus der Sub-Sahara Region nach Staatsangehörigkeit und Aufenthaltsstatus 1999.....	14
Tabelle 2: Personen des Asylbereichs aus der Sub-Sahara Region nach Staatsangehörigkeit, Geschlecht und Alter 1999	16

Verzeichnis der Grafiken

Grafik 1: Personen des Asylbereichs aus der Sub-Sahara Region nach Geschlecht 1999	17
Grafik 2: Personen des Asylbereichs aus der Sub-Sahara Region nach Alter 1999.....	18
Grafik 3: Personen des Asylbereichs aus der Sub-Sahara Region nach Zivilstand 1999.....	18
Grafik 4: Ständige ausländische Wohnbevölkerung aus der Sub-Sahara Region nach Wohnkanton 1999	20
Grafik 5: Ständige ausländische Wohnbevölkerung aus der Sub-Sahara Region nach Geschlecht 1999	21
Grafik 6: Ständige ausländische Wohnbevölkerung aus der Sub-Sahara Region nach Alter und Geschlecht 1999	21
Grafik 7: Jahresaufenthalter und Niedergelassene (nur ZAR) aus der Sub-Sahara Region nach Aufenthaltsdauer und Geschlecht 1999.....	22
Grafik 8: Ständige ausländische Wohnbevölkerung aus der Sub-Sahara Region nach Zivilstand und Geschlecht 1999	23
Grafik 9: Verheiratete Jahresaufenthalter und Niedergelassene (nur ZAR) aus der Sub-Sahara Region nach Herkunft des Partners/der Partnerin und Geschlecht 1999	24

1 Abstract (Français)

Introduction

L'évaluation rapide commandée par l'Office fédéral de la santé publique comprend l'élaboration d'un plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida chez les migrants subsahariens en Suisse. Le manque d'offres de prévention spécifiques à ce groupe cible, qui présente un taux d'infections VIH/sida relativement élevé, est à l'origine de cette démarche.

Méthode

Les méthodes qualitatives utilisées (entretiens avec des personnes-clés, discussions de groupes focus, observation participante) ont permis de recueillir aussi bien les points de vue de personnes-clés appartenant aux groupes cibles que des délégués des institutions et de la recherche impliqués. La mise en réseau de ces différents acteurs a donc revêtu une importance centrale et a fait que cette étude a, à un certain degré, joué le rôle d'une recherche-action.

Résultats

L'étude présente le groupe cible (du point de vue sociodémographique, des structures d'organisation, des formes de communication, des médias) et met en évidence les possibilités et les difficultés de la prévention primaire ainsi que de la prévention auprès des personnes VIH-positives dans les groupes cibles, en se focalisant sur les aspects spécifiques au sexe. Elle présente également des projets menés avec des personnes originaires des régions subsahariennes en Suisse, dans des pays subsahariens et dans d'autres pays européens. A partir de ces données, sont développés des bases et des scénarios pour le travail envisagé en Suisse avec la collaboration des migrants subsahariens. L'étude comporte de plus une compilation des adresses, documents et liens internet relatifs à ce thème.

Les résultats de l'étude confirment l'hétérogénéité marquée du groupe cible. On a pu cependant constater qu'en dépit du manque de structures d'organisation, il existe en Suisse différents groupements et associations de migrants subsahariens au sein desquels il est possible de mener un travail de prévention spécifique. Il s'est avéré que les réseaux sociaux sont structurés par des contacts informels établis par des personnes-clés. C'est la raison pour laquelle, pour ce travail de prévention du VIH/sida au sein des groupes cibles de migrants subsahariens, il est primordial d'établir avec les organisations et les personnes-clés une collaboration basée sur la confiance et surtout sur la communication orale. Cela signifie que le travail de prévention du VIH/sida doit se faire de façon participative et être coordonné par un/e migrant/e subsaharien/ne. Les expériences faites avec les médiateurs doivent être inventoriées et leur travail professionnalisé. De plus, il faut promouvoir les organisations et structures d'organisation existantes des groupes cibles, en particulier celles spécifiques aux femmes, ainsi que leurs approches en matière de prévention.

L'étude montre également que les migrants subsahariens sont exposés à une stigmatisation relativement forte en Suisse, qu'il ne faut en aucun cas renforcer par une éventuelle association avec le sida. Le VIH/sida reste dans les groupes cibles un sujet fortement tabou si bien que, par exemple, ils connaissent mal l'ampleur de l'épidémie en Suisse. Cette méconnaissance est renforcée par l'idée selon laquelle il est possible d'identifier une personne porteuse du virus VIH/sida, l'infection étant associée en particulier à la maigreur („slim disease“). Supprimer le tabou qui entoure le VIH/sida est l'un des principaux objectifs de la prévention. Un travail de prévention spécifique au sexe est nécessaire vu les différences d'organisation entre hommes et femmes, et leurs différents points de rencontre.

Comme la communication au sujet de la sexualité ne va guère au-delà du sexe en tant que tel, il est essentiel d'établir une approche spécifique au sexe qui prenne également en considération la

position souvent défavorisée des femmes par rapport au safer sex. En raison de la vulnérabilité élevée des femmes (prévalence VIH plus élevée, plus grande dépendance économique et sociale, plus forte stigmatisation en général et par rapport au sida, car elles sont susceptibles de transmettre l'infection à leurs enfants, renforcement du risque VIH par une éventuelle circoncision) il faut absolument veiller à ce que les messages de prévention spécifiques au sexe ne provoquent pas une stigmatisation supplémentaire des femmes. Il faut ici insister sur la responsabilité des hommes.

Le problème principal de la prévention chez les personnes touchées par le VIH/sida est que l'infection VIH chez les migrants subsahariens n'est la plupart du temps découverte que tardivement, en général lorsque les symptômes liés au sida sont visibles ou lors d'une maternité. Ce phénomène est dû en premier lieu au tabou qui entoure cette maladie mais également aux conditions de migration très absorbantes et aux barrières d'accès au système suisse de la santé. De plus, c'est une idée courante d'attribuer l'infection à un comportement social fautif. Ces modèles de cause sont souvent liés à des approches thérapeutiques qui tendent en premier lieu à éliminer les causes sociales et qui ne s'appuient donc qu'en second lieu sur des mesures médicales. Il faut faire connaître les possibilités médicales et la valeur du test VIH et rendre accessibles les offres de consultation et d'encadrement. Il y a un déficit en offres d'accompagnement spécifiques au groupe cible pour les personnes atteintes du VIH/sida, surtout dans le secteur psychosocial. Les modèles de cause mentionnés et la toujours forte association du VIH/sida avec la mort encouragent également l'exclusion des personnes touchées. Il faut sensibiliser les groupes cibles à la situation des personnes touchées et discuter des processus d'exclusion.

Les premiers projets en Suisse et surtout les projets menés dans les pays subsahariens et européens ont obtenu des résultats prometteurs en matière de prévention du VIH/sida avec les personnes des régions subsahariennes. Il est indispensable pour les personnes impliquées dans les projets d'échanger leurs impressions avec les responsables des projets menés dans d'autres pays et de faire partie de réseaux appropriés afin de tirer profit des expériences réciproques et le cas échéant de reprendre le matériel de prévention disponible ou de l'adapter. Pour établir une collaboration internationale dans le domaine du VIH/sida, il faut de plus intensifier la coopération au développement, car le VIH/sida étant un problème global, il faut également l'aborder d'une manière globale.

Recommandations

Pour les projets menés en Suisse, nous recommandons, outre l'encouragement de la compétence transculturelle au sein des organisations constituées et d'autres activités telles que le développement de la promotion de la santé dans les établissements pour requérants d'asile, la coordination OFSP-DDC et l'inscription de la migration comme point fort du programme national de recherche sur le sida, l'élaboration de projets avec les migrants subsahariens reposant sur la participation et aménagés sur le long terme. Les projets prévus et les médiateurs sont mis en réseau et coordonnés au niveau national. Les projets peuvent être intégrés soit au travail de prévention spécifique aux migrants que mène l'OFSP, soit aux structures de prévention du VIH/sida, soit à celles d'une organisation d'entraide. Ils ne doivent pas se focaliser exclusivement sur le VIH/sida mais prendre en considération d'autres aspects de la promotion de la santé et de l'empowerment des migrants.

2 Abstract (Deutsch)

Einleitung

Das vom Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegebene Rapid Assessment beinhaltet die Erarbeitung eines Interventionsplans zur HIV/Aids-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz. Ausgangslage dazu ist der Mangel an auf diese Zielgruppe ausgerichteten Präventionsangeboten bei einer vergleichsweise hohen HIV-Infektionsrate.

Methode

Es kamen qualitative Methoden (Schlüsselpersoneninterviews, Fokus-Gruppen Diskussionen, teilnehmende Beobachtung) zur Anwendung. Dabei wurden sowohl die Sichtweisen von Schlüsselpersonen der Zielgruppen wie von in das Thema involvierten VertreterInnen aus Institutionen und Forschung erfasst, wobei die Vernetzung der verschiedenen AkteurInnen einen zentralen Stellenwert hatte. Durch das Einbinden und Vernetzen dieser AkteurInnen wirkte die Studie zu einem gewissen Grad als Interventionsforschung.

Resultate

Die Studie gibt eine Übersicht über die Zielgruppe (hinsichtlich Sozio-Demographie, Organisationsstrukturen, Kommunikationsformen, Medien) und zeigt die Möglichkeiten und Probleme der Primärprävention sowie der Prävention bei Menschen mit HIV/Aids in den Zielgruppen mit einem speziellen Fokus auf geschlechtsspezifische Aspekte auf. Weiter werden Projekte und Projekterfahrungen mit Personen aus der Sub-Sahara in der Schweiz, in Ländern der Sub-Sahara sowie in europäischen Ländern vorgestellt. Vor diesem Hintergrund werden Grundlagen und Szenarien für die geplante Projektarbeit mit Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz entwickelt. Die Studie beinhaltet zudem eine Zusammenstellung der für das Thema relevanten Adressen, Materialien und Internet-Links.

Die Studienergebnisse bestätigen die ausgeprägte Heterogenität der Zielgruppe. Es konnte jedoch festgestellt werden, dass trotz fehlenden übergreifenden Organisationsstrukturen in der Schweiz verschiedene Gruppierungen und Organisationen von Sub-Sahara MigrantInnen bestehen, an die die zielgruppenspezifische Präventionsarbeit anknüpfen kann. Dabei hat sich gezeigt, dass die sozialen Netzwerke durch informelle Kontakte über Schlüsselpersonen strukturiert sind. In der HIV/Aids-Prävention bei den Zielgruppen der Sub-Sahara MigrantInnen kommt deshalb der Zusammenarbeit mit Organisationen und Schlüsselpersonen auf Basis eines Vertrauensverhältnisses und insbesondere der mündlichen Kommunikation eine zentrale Bedeutung zu. Das bedeutet, dass die HIV/Aids-Präventionsarbeit partizipativ erfolgen und durch eine Sub-Sahara Migrantin/einen Sub-Sahara Migranten koordiniert werden muss. Die bestehenden Erfahrungen mit aufsuchender Arbeit mittels MediatorInnen sollen aufgenommen, müssen jedoch professionalisiert werden. Ferner müssen die bestehenden Organisationen und Organisationsstrukturen der Zielgruppen, insbesondere frauenspezifische Organisationen und Strukturen, sowie deren Präventionsansätze gefördert werden.

Die Studie zeigt weiter auf, dass Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz einer relativ starken Stigmatisierung ausgesetzt sind, welche auf keinen Fall durch eine allfällige Assoziation mit Aids zusätzlich verstärkt werden darf. HIV/Aids ist in den Zielgruppen nach wie vor ein stark tabuisiertes Thema, so dass beispielsweise auch die Verbreitung der Infektion in der Schweiz kaum bekannt ist. Dies wird verstärkt durch die gängige Annahme, dass eine Person mit HIV/Aids als solche erkennbar sei, wobei die Infektion insbesondere mit Magerkeit („slim disease“) in Verbindung gebracht wird. Die Enttabuisierung von HIV/Aids stellt ein Hauptziel der Präventionsarbeit dar. Da sich Frauen und Männer teilweise in unterschiedlichen Formen organisieren und in unterschiedlichen sozialen Räumen treffen, muss die geschlechtsspezifische Präventionsarbeit entsprechend situiert werden.

Da Kommunikation über Sexualität kaum über Geschlechtsgrenzen hinweg geschieht, ist ein geschlechtsspezifischer Ansatz, der auch die oft schlechte Position der Frauen im Aushandeln von safer sex berücksichtigt, zentral. Auf Grund der erhöhten Vulnerabilität von Frauen (höhere HIV-Prävalenz, grössere ökonomische und soziale Abhängigkeit, stärkere Stigmatisierung allgemein sowie im Zusammenhang mit Aids u.a. als potentielle Überträgerinnen der Infektion auf Kinder, Verstärkung des HIV-Risikos durch eine allfällige Genitalverstümmelung) muss jedoch unbedingt darauf geachtet werden, dass bei geschlechtsspezifischen Präventionsbotschaften eine zusätzliche Stigmatisierung von Frauen vermieden wird. Die Verantwortung der Männer muss hier betont werden.

Als Hauptproblem der Prävention bei von HIV/Aids betroffenen Personen hat sich gezeigt, dass die HIV-Infektion bei Sub-Sahara MigrantInnen meist erst spät entdeckt wird, im Allgemeinen erst durch Aids-Symptome oder auf Grund einer Schwangerschaft. Dies hängt primär mit der bereits erwähnten Tabuisierung, aber auch mit den absorbierenden Migrationsbedingungen und den Zugangsbarrieren zum schweizerische Gesundheitssystem zusammen. Zudem sind exogene Ursachenmodelle von Aids, welche die Infektion als eine Folge von sozialem Fehlverhalten thematisieren, gängig. Diese sind oft mit Therapieansätzen verbunden, welche primär auf die Behebung der sozialen Ursachen abzielen und somit nur bedingt oder ergänzend auf medizinische Massnahmen abstützen. Die medizinischen Möglichkeiten, der HIV-Test sowie die entsprechenden Beratungs- und Betreuungsangebote müssen bekannt und zugänglich gemacht werden. Ein Defizit an zielgruppenspezifischen Beratungsangeboten für Menschen mit HIV/Aids zeigt sich hier insbesondere im psychosozialen Bereich. Die erwähnten Ursachenmodelle und die nach wie vor starke Konnotation von HIV/Aids mit dem Tod fördern auch die Ausgrenzung Betroffener. Die Zielgruppen müssen für die Situation Betroffener sensibilisiert und Ausgrenzungsprozesse müssen thematisiert werden.

Erste Projektansätze in der Schweiz sowie insbesondere Projekte in Sub-Sahara Ländern und in europäischen Ländern zeigen Erfolge in der HIV/Aids-Prävention mit Personen aus der Sub-Sahara. Der Austausch mit Projekten in anderen Ländern sowie die Beteiligung an entsprechenden Netzwerken ist zentral, um gegenseitig von Erfahrungen zu profitieren und vorhandenes Präventionsmaterial gegebenenfalls zu übernehmen oder zu adaptieren. Eine internationale Zusammenarbeit im Bereich HIV/Aids muss zudem auch in der Entwicklungszusammenarbeit intensiviert werden, da HIV/Aids als globales Problem auch global angegangen werden muss.

Empfehlungen

Für die Projektarbeit in der Schweiz empfehlen wir nebst der Förderung der transkulturellen Kompetenz in den Regelorganisationen sowie weiterführender Aktivitäten (z. B. Ausbau der Gesundheitsförderung in Asylunterkünften, Koordination BAG-DEZA, Forschungsschwerpunkt Migration im Nationalen Aids-Forschungsprogramm) eine auf Partizipation beruhende, längerfristig angelegte Projektarbeit mit Sub-Sahara MigrantInnen. Im Rahmen der Projektarbeit werden entsprechende Projekte und MediatorInnen national vernetzt und koordiniert. Diese Projektarbeit lässt sich entweder in die migrantInnenspezifische Präventionsarbeit des BAG, in die HIV/Aids-Präventionsstrukturen oder in die Strukturen eines Hilfswerk integrieren. Sie soll nicht ausschliesslich auf HIV/Aids fokussiert sein, sondern auch weitere Aspekte der Gesundheitsförderung und des Empowerments von MigrantInnen berücksichtigen.

3 Abstract (English)

Introduction

The Rapid Assessment commissioned by the Swiss Federal Office of Public Health includes an intervention plan for HIV and AIDS prevention among Sub-Saharan African migrants in Switzerland. The project fills a gap, since there are not enough measures specifically targeting this group, which shows a relatively high rate of HIV.

Methods

Qualitative methods were used, including interviews with key persons from the target group, discussions within focus groups, and participant observation. The opinions of the group representatives, of representatives of concerned institutions, and of researchers were taken into account. Networking between the different players was a major concern. Thanks to these approaches, i.e. direct involvement and networking, the study partly functioned as a form of action research.

Results

The study provides an overview of the target group's socio-demographic characteristics, organisational structures, forms of communication, and media-relevant aspects. It points to the opportunities and difficulties of primary prevention for the entire group, and of prevention for people living with HIV/AIDS, with a special focus on gender-specific issues. It presents projects targeting this group that have been or are being implemented in Switzerland, in some of the target group's countries of origin, or in European countries, and relates relevant experiences. These considerations serve to establish the foundations of and possible scenarios for the projected interventions in Switzerland. Finally, there is a list of useful addresses, materials and Internet links.

The study outcome confirmed two things. For one, the target group is highly heterogeneous. Secondly, it lacks umbrella structures, but does possess a number of groups and organisations in Switzerland liable to host targeted prevention measures. The study highlighted the fact that social networks are structured via informal contacts between the key persons. Consequently, confidence-based cooperation with these key persons and organisations, particularly oral communication, are of paramount importance for HIV and AIDS prevention. This should be implemented in participant forms and coordinated by a migrant from the given region. Past experiences gathered through outreach work by mediators will have to be integrated, though in more professional form. Organisations and organisational structures that already exist, in particular those specific to women, and their approaches to prevention, will have to be actively promoted.

The study showed further that Sub-Saharan African migrants in Switzerland suffer severe stigma, a state of affairs that should under no circumstances be aggravated by their possible association with AIDS in the public eye. HIV and AIDS are issues that are still "swept under the carpet" within these communities. As a result, little is known about the spread of the pandemic in Switzerland also. This ignorance is made worse by the widespread assumption that a person living with HIV or AIDS is recognisable as such; infection is usually associated with weight loss ("slim disease"). Lifting these taboos should be one of the major objectives of primary prevention. Gender-specific prevention measures should be attentive to the fact that men and women often prefer different forms of organisation, and meet in different social settings.

Communication on sexuality rarely breaches gender boundaries. It is therefore particularly important to adopt a gender-specific approach that accounts for the weaker position of women when it comes to negotiating safer sex conditions. Since women are generally more vulnerable than men – they have higher HIV prevalence, are more dependent economically and socially, suffer greater stigma in general as well as in the AIDS context (one of the reasons being that they may transmit the infection to their children) and are at greater risk of HIV infection if they have been genitally mutilated – great care must be taken to ensure that gender-specific prevention messages do not saddle them with additional blame. Men's responsibility must be insisted upon.

Prevention is doubly difficult since in the Sub-Saharan African migrant community HIV is usually detected very late, during a pregnancy or with the appearance of the first symptoms of AIDS. This is due primarily to the above-mentioned taboo, but living conditions for migrants – which are often rough – and difficulties to access the Swiss health care system also contribute to the problem. Exogenous models explaining AIDS as an infection caused by socially deviant behaviour are common, and often go hand in hand with therapeutic approaches that concentrate on the social causes and include medical measures as a sideline only. Medical opportunities, the HIV test, and available counselling and care must be made known and accessible. There is a definite lack of target group specific counselling for people with HIV/AIDS, above all in the psychosocial sector. The above-mentioned explanatory models and the continuing strong connotation of HIV/AIDS with death further contribute to the exclusion of people with HIV/AIDS. Awareness of their situation within the target groups has to be raised, and the processes that cause people living with HIV and AIDS to be excluded must be pinpointed and openly discussed.

First projects in Switzerland, and particularly in countries in Sub-Saharan Africa and Europe, have achieved positive results. Exchanges with such projects abroad, and networking, are ways to mutually share past experiences for the common benefit, and to use or adapt available prevention material. International cooperation relative to HIV and AIDS should also be intensified at the level of development cooperation; HIV and AIDS are global problems and must be tackled globally.

Recommendations

In Switzerland, we propose alongside measures to up transcultural sensibility within the health care system, and other activities (extending health promotion in shelters, improving coordination between the Swiss Federal Office of Public Health and the Swiss Agency for Development and Cooperation, establishing migration as a major focus within the National AIDS Research Programme), to implement a long term participant project with and for migrants from Sub-Saharan Africa. The project should attend to networking at national level and coordinate individual projects and mediators. It could be integrated within migrant-specific prevention by the Swiss Federal Office of Public Health, within HIV and AIDS prevention structures, or within a relief agency. In any case it should not concentrate exclusively on HIV and AIDS, and should take into account other relevant aspects of health promotion and empowerment of the migrant community in Switzerland.

4 Dank

Die vorliegende Studie basiert massgeblich auf den Erfahrungen und Informationen zahlreicher Fachleute aus den verschiedensten Bereichen, insbesondere aus Organisationen afrikanischer MigrantInnen, aus Gesundheitsinstitutionen, und aus der Forschung. Sie haben die Studie mitgeprägt, und wir danken ihnen herzlich für die kompetente Unterstützung und anregende Zusammenarbeit.

Dem Bundesamt für Gesundheit danken wir herzlich für den Anstoss zur Studie sowie deren Finanzierung.

Für die fachkundige und freundliche Unterstützung in administrativen und technischen Belangen sind wir Christiane Girardin, Institut für Ethnologie Bern, zu grossem Dank verpflichtet.

5 Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation postuliert ein „Recht auf Gesundheit für alle“, das bis ins Jahr 2000 Realität sein sollte (WHO 1981). Diese Forderung ist auch in der Schweiz nicht für alle Teile der Bevölkerung umgesetzt. Migrantinnen und Migranten gehören zu denjenigen Gruppen, welche insgesamt einen schlechteren Gesundheitszustand und Zugang zu Präventions- und Versorgungsangeboten als die Gesamtbevölkerung aufweisen. Damit Migrantinnen und Migranten vom Recht auf Gesundheit Gebrauch machen können, muss einerseits deren gesellschaftliche und politische Partizipation ermöglicht und unterstützt werden. Andererseits sind spezifische fördernde Massnahmen im Bereich Gesundheit erforderlich.

Der vorliegende Bericht liefert gemäss den Vorgaben des Bundesamtes für Gesundheit BAG die Grundlagen, um solche gesundheitsfördernden Massnahmen für MigrantInnen aus der Sub-Sahara Region in der Schweiz anzugehen. Der Hauptfokus liegt dabei auf der HIV/Aids-Prävention. Wie in der Folge gezeigt wird, kann dieses Thema nicht isoliert angegangen werden. Die Sub-Sahara Region schliesst, in Übernahme der vom Joint United Nations Programme on HIV/AIDS UNAIDS (2000b) verwendeten Abgrenzung, sämtliche afrikanischen Länder *ohne* Marokko (inkl. Westsahara), Algerien, Tunesien, Libyen, Ägypten und Sudan ein. Dass diese sehr grosse Region weder homogene politische oder soziale Strukturen aufweist noch die Definition ‚Sub-Sahara‘ einem Selbstverständnis der Bevölkerung entspricht, liegt auf der Hand. In Anbetracht der vergleichsweise eher kleinen Zahl von Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz scheint aber ein übergreifender Projektansatz dennoch sinnvoll, wobei der Heterogenität der MigrantInnen Rechnung getragen werden muss.

Neue epidemiologische Zahlen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG Abteilung Epidemiologie und Infektionskrankheiten und BAG Abteilung Sucht und Aids 2000) zeigen, dass Sub-Sahara MigrantInnen auch in der Schweiz in besonderem Mass von HIV/Aids betroffen sind. Dennoch bestehen für diese Gruppe kaum spezifische Präventionsangebote (Jeannin et al. 2000: 29). Die vergleichsweise hohen Raten an HIV-positiven Personen in dieser Bevölkerungsgruppe spiegeln die globale Situation: Die Menschen in den Länder der Sub-Sahara Region sind weltweit am stärksten von HIV/Aids betroffen (UNAIDS 2000b). Obwohl die HIV-Problematik bei Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz somit nicht lediglich auf nationaler Ebene angegangen werden kann, machen die vergleichsweise hohen Zahlen eine intensive und koordinierte HIV/Aids-Präventionsarbeit mit Sub-Sahara MigrantInnen zu einem zentralen Anliegen. Sowohl HIV/Aids-Prävention unter Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz als auch in Sub-Sahara Afrika muss vom Bund im Sinne des WHO-Postulats eines Rechts auf Gesundheit für alle unterstützt werden. Der Zugang zum Thema muss dabei umfassend sein und sowohl sozio-kulturelle, rechtliche, ökonomische und medizinische Aspekte einbeziehen.

Eine Grundbedingung der Präventionsarbeit mit Sub-Sahara MigrantInnen ist die Vermeidung einer zusätzlichen Stigmatisierung durch eine weitere Assoziation mit Aids. Dies ist deshalb von zentraler Bedeutung, weil AfrikanerInnen in der Schweiz bereits einer starken Stigmatisierung und Diskriminierung ausgesetzt sind (Mutombo 2000). Es besteht ferner eine europäische Tradition, diese Stigmatisierung mit der Idee von AfrikanerInnen als KrankheitsträgerInnen zu verbinden¹. Durch die anfänglich in Europa vorherrschende Sichtweise von Aids als importierter

¹ Übersichten dazu liefern: McCombie 1990; Patton 1990; Packard und Epstein 1992; Treichler 1992; Comaroff 1993

Krankheit werden afrikanische MigrantInnen in Europa teilweise erneut als Krankheitsvektoren wahrgenommen².

Im Fall von HIV/Aids als sexuell übertragbare Infektion wird dieses Stereotyp zudem verstärkt und ergänzt mit dem Stereotyp der überbordenden afrikanischen Sexualität. Sowohl afrikanische Männer wie Frauen werden als sexuell überaktiv wahrgenommen, ein Bild, das mit so widersprüchlichen Gefühlen wie Neid, Konkurrenz, Angst und Bedrohung verbunden wird (Ezeoba 2000). Die HIV/Aids-Prävention darf die beiden tief verwurzelten europäischen Stereotypen von Krankheit und Sexualität der AfrikanerInnen nicht zusätzlich verstärken.

Der Bedarf nach spezifischen Präventionsmassnahmen für die Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz begründet sich demnach nicht mit einem angenommenen riskanteren Sexualverhalten, sondern primär mit den migrationsbedingten Lebenslagen dieser Bevölkerungsgruppen, den daraus resultierenden gesundheitsgefährdenden Faktoren, sowie mit den zu wenig spezifisch auf diese Bevölkerungsgruppe zugeschnittenen kurativen und präventiven Angeboten des Gesundheitssystems (Aids-Hilfe beider Basel 1999b).

Die vorliegende Studie orientiert sich an den im Nationalen Programm 1999-2003 (Somaini et al. 1999) formulierten Visionen und Ziele. Zu den Zielen, welche für die geplanten Interventionen besonders relevant sind, gehören insbesondere³:

- „Ziel 4: Die in der Schweiz lebenden Jugendlichen und Erwachsenen werden weiterhin hinreichend über Risikosituationen und entsprechendes Schutzverhalten informiert. (...).
- Ziel 6: Vulnerable Gruppen oder Menschen werden vermehrt angesprochen und mit Präventionsangeboten nachhaltiger erreicht.
- Ziel 8: Der Stellenwert von diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und der entsprechende Zusammenhang mit der Prävention werden regelmässig kommuniziert.
- Ziel 9: Ab 2002 sind die Kompetenzen von HIV-positiven Menschen so weit etabliert, dass fast alle eine für ihre persönliche Lebensqualität persönliche Therapieentscheidung treffen können.
- Ziel 10: Ende 2001 sind 9 von 10 HIV-positiven Menschen in der Lage, sich für ihre HIV-bedingten Problemsituationen eine entsprechende Beratung oder Unterstützung zu verschaffen.
- Ziel 11: Organisationen oder Stellen werden bezeichnet, die den kantonalen und lokalen Organisationen sowie anderen Instanzen als Koordinations- und Informationsstellen für wichtige HIV/Aids-Bereiche zur Verfügung stehen.
- Ziel 13: Die internationale Zusammenarbeit im HIV/Aids-Bereich wird auf multinationaler und bilateraler Ebene dem aktuellen und zukünftigen Bedarf angepasst.
- Ziel 14: Ende 2001 haben alle im HIV/Aids-Bereich von der öffentlichen Hand unterstützten Organisationen/Instanzen ein Qualitätsmanagement eingeführt.“ (Somaini et al. 1999: 33-37)

² Nel van Beelen: HIV/AIDS and Migration - Specific needs and appropriate interventions in the field of policies, prevention and care. Satellite meeting at the 13th International AIDS Conference (<http://www.nigz.nl/aidsmobility/>)

³ Die hier aufgeführten Ziele erweitern die Auswahl von Zielen, welche in der Evaluation der Nationalen HIV/Aids-Programmes (Jeannin et al. 2000: 74) als für den Bereich Migration relevant definiert wurden, um die Ziele 9, 10 und 13. Diese erwiesen sich in unserer Studie als sehr wichtig.

5.1 Aufbau des Berichts

Der Hauptfokus dieses Berichtes liegt im Aufzeigen von möglichen Interventionsstrategien und den entsprechenden Voraussetzungen, die zu diesen Strategien führen.

Während die inhaltlichen Schwerpunkte der Präventionsarbeit fortlaufend in Form von Empfehlungen in die entsprechenden Kapitel eingeflochten werden, fassen wir in Kapitel 13 die unseres Erachtens wichtigsten Grundlagen der HIV-Aids Präventionsarbeit mit Sub-Sahara MigrantInnen zusammen und schlagen konkrete Szenarien für die Ansiedelung der Projektarbeit vor.

➔ **Formal sind die Empfehlungen durch Pfeil und Fettdruck gekennzeichnet und durchnummeriert**

Inhaltlich ist der Bericht in sieben Hauptteile gegliedert:

- **Kapitel 7** gibt eine Übersicht über die Zielgruppen bezüglich Sozio-Demographie, Organisationsstrukturen, Kommunikationsformen und durch diese Gruppen produzierten Medien
- **Kapitel 8** befasst sich mit den Möglichkeiten und Problemen der Primärprävention in den Zielgruppen
- **Kapitel 9** befasst sich mit den Möglichkeiten und Problemen der Prävention bei HIV-positiven Sub-Sahara MigrantInnen
- Die **Kapitel 10 bis 12** zeigen bestehende Projekte und Projekterfahrungen auf, und zwar im **Kapitel 10** in der Schweiz, im **Kapitel 11** in Ländern der Sub-Sahara und in **Kapitel 12** in europäischen Ländern. Ziel dieser Darstellung ist es, dass die geplante Projektarbeit an bereits gemachte Erfahrungen anknüpfen und sich mit bestehenden Strukturen vernetzen kann.
- Grundlagen und Szenarien der Projektarbeit sowie empfohlene weiterführende Aktivitäten werden im **Kapitel 13** dargestellt

Ein Serviceteil des Berichtes enthält folgende Angaben:

- Eine Materialliste (**Kapitel 14**) mit Angaben zu Videos, Präventions-, Informations- und Weiterbildungsmaterial
- Eine Adressliste von Organisationen afrikanischer MigrantInnen in der Schweiz sowie europäische Kontaktadressen (**Kapitel 15**)
- Eine Liste von Internet-Links (**Kapitel 16**) zu internationalen, europäischen und schweizerischen Organisationen, Institutionen, Projekten und Netzwerken
- Eine separate, kommentierte Adressdatei, die aus Gründen des Datenschutzes lediglich für den BAG-internen Gebrauch erstellt wurde, enthält gut 50 Adressen von Schlüsselpersonen aus Organisationen der Zielgruppen und aus schweizerischen, europäischen und internationalen Institutionen, mit denen wir Gespräche führten

6 Vorgehen und Methoden

Die Studie wurde gemäss den Vorgaben des Bundesamtes für Gesundheit und entsprechend der kurzen Projektdauer (4.5 Monate, zwei Anstellungen zu je 50%) in der Form eines Rapid Assessment (Manderson und Aaby 1992) mit einem Schwerpunkt auf ethnologischen Methoden und Ansätzen durchgeführt. Im Gegensatz zu beispielsweise epidemiologischen Ansätzen bedeutet dies, dass primär die Sichtweisen und Themen der Zielgruppen-VertreterInnen sowie der in das Thema involvierten VertreterInnen von Institutionen erfasst wurden und den Studienverlauf mitprägten, während etwa auf ein Quantifizieren von Ergebnissen verzichtet wurde. Ein spezielles Gewicht kam dem Eruiere von Schlüsselpersonen sowie der möglichen ProjektpartnerInnen und der Vernetzung dieser Personen zu. Diese Arbeit trug dazu bei, das Projektthema in Organisationen der Zielgruppen sowie schweizerischen Institutionen weiter zu etablieren und die Vernetzung unter diesen AkteurInnen zu fördern. In diesem Sinne stellte die Studie über die Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen indirekt bereits eine erste Intervention dar.

Empfehlung 1

→ Das durch die Studie gestärkte Interesse am Thema und die geknüpften Kontakte müssen weitergeführt werden. Die Projektarbeit muss daher möglichst bald begonnen werden.

Konkret wurden folgende Methoden angewendet:

Schlüsselpersoneninterviews

Insgesamt führten wir 23 persönliche und 23 telefonische Schlüsselpersoneninterviews mit VertreterInnen der folgenden Bereiche durch:

1. VertreterInnen von Vereinen, Organisationen, etc. der Sub-Sahara MigrantInnen
2. VertreterInnen von Institutionen, die in Kontakt stehen zu Sub-Sahara MigrantInnen und/oder aktiv sind in der HIV-Prävention bei MigrantInnen
3. ForscherInnen im Bereich Migration und HIV

Da der Zugang zu HIV-positiven Personen im Rahmen eines Rapid Assessment sehr beschränkt möglich ist und durch die Isolation der Betroffenen zusätzlich erschwert wird, wurde diese Perspektive primär via Bezugs- und Betreuungspersonen erhoben.

Fokus-Gruppen Diskussionen mit Schlüsselpersonen und –institutionen

Fokus-Gruppe 1, Diskussion der Fragestellung/Themenbereiche mit 14 Schlüsselpersonen aus den oben genannten Bereichen, Bern, 20.9.2000 (→ Protokoll im Anhang)

Fokus-Gruppe 2, Diskussion der Problemanalyse und der möglichen Interventionsstrategien mit fünf Vertretern von Organisationen der Sub-Sahara MigrantInnen, Bern, 8.12.2000

Explorative Kleinstudie

Teilnehmende Beobachtung und Workshopleitung an der Weiterbildung für Mediatorinnen des Barfüsser-Projekts (APiS) der Aids-Hilfe Schweiz 14./15. Oktober 2000

Teilnahme an Tagungen und Workshops

- Teilnahme an der Fokus-Gruppen Diskussion „Gemeinschaftszentrierte und zielgruppen-spezifische Aktionen“ im Rahmen der Erarbeitung eines Strategiepapiers Migration und Gesundheit 2001-2005, Schweizerisches Forum für Migrationsstudien, Bern, 1. September 2000
- Poster-Präsentation und mündliche Präsentation der Studie, Tagungsteilnahme sowie Teilnahme an den Workshops zu „Geschlecht und Risikoverhalten“ und „Partizipative Gesundheitspolitik“ an der Tagung „HIV/Aids-Forschung in der Schweiz in den Bereichen Sozialwissenschaften und Public Health“, Fachkommission Aids des Schweizerischen Nationalfonds (SNF), Thun, 9./10. November 2000

Publikationen

Um HIV-Prävention mit Sub-Sahara MigrantInnen in den schweizerischen Institutionen zu thematisieren, publizierten wir einen Studienbeschrieb in der Zeitschrift „Aids-Forschung Schweiz“ (November 2000) des Schweizerischen Nationalfonds und verfassten einen Artikel für die im Frühling 2001 zum Thema „Gender und Rassismus“ erscheinende Nummer der Zeitschrift „Tangram“ der Eidg. Kommission gegen Rassismus. Zudem wird ein kurzer Artikel zur Studie in der Zeitschrift „spectra“ des BAG veröffentlicht.

7 Zielgruppen

7.1 Sozio-demographische Übersicht über die Zielgruppen

Historisch lässt sich laut Ezeoba die Migration von AfrikanerInnen in die Schweiz grob in drei Phasen unterteilen: In einer ersten Phase, zwischen 1960 und 1975, immigrierten primär afrikanische StudentInnen auf der Suche nach Ausbildungsmöglichkeiten. Die zweite Phase, zwischen 1975 und 1985, war geprägt vom boomenden europäischen Tourismus nach Afrika. Viele der ImmigrantInnen hatten via TouristInnen Kontakte nach Europa geknüpft und migrierten oft als PartnerInnen von EuropäerInnen. Nach 1985 wurde die Gruppe der Asylsuchenden und Flüchtlinge zu einer Hauptgruppe afrikanischer MigrantInnen. Diese flüchteten vor Kriegen, Diktaturen, Hunger und ökonomischen Problemen. Während die StudentInnen der ersten Einwanderungsphase noch eine vergleichsweise gute Situation in der Schweiz vorfanden, sind die AsylbewerberInnen sowohl in wirtschaftlicher wie sozialpolitischer Hinsicht benachteiligt. Sie haben einen sehr unsicheren Aufenthaltsstatus in der Schweiz, werden, falls sie überhaupt arbeiten dürfen, auf der untersten Stufe des Arbeitsmarktes eingestuft, und sind am stärksten von Vorurteilen und Rassismus betroffen. (Ezeoba 2000)

Die ständige ausländische Wohnbevölkerung aus Sub-Sahara Afrika in der Schweiz ist im Verlauf des letzten Jahrzehnts stark angestiegen, nämlich von 9'666 Personen im Jahre 1990 (BAG Abteilung Epidemiologie und Infektionskrankheiten und BAG Abteilung Sucht und Aids

2000) auf 20'589 Personen im Jahr 1999⁴, wobei sie in ihrer Gesamtzahl im Vergleich zu anderen MigrantInnengruppen nach wie vor relativ klein ist. Die effektive Zahl ist allerdings erheblich höher und stärker schwankend, da in den oben genannten Zahlen die AsylbewerberInnen und Vorläufig Aufgenommenen sowie die illegalisierten MigrantInnen nicht enthalten sind.

In der Folge wird ein sozio-demographischer Überblick über die Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz auf Basis der Daten des Bundesamtes für Statistik BfS gegeben. Während Tabelle 1 sämtliche MigrantInnen aus der Sub-Sahara nach Herkunftsland und -region enthält, sind die darauf folgenden Angaben unterteilt nach Asylbereich (→ 7.1.1) und ständiger Wohnbevölkerung (→ 7.1.2). Zu illegalisierten MigrantInnen aus der Sub-Sahara lassen sich auf Grund der Daten des BfS keine Angaben machen.

⁴ Sämtliche Daten aus dem Jahre 1999 (Stand 31. Dezember 1999) erhielten wir freundlicherweise vom Bundesamt für Statistik, zusammengestellt von Frau Esther Salvisberg.

Tabelle 1: Ausländische Wohnbevölkerung aus der Sub-Sahara Region nach Staatsangehörigkeit und Aufenthaltsstatus 1999

Staatsangehörigkeit	Bestand am 31. Dezember							
	Aufenthaltsstatus							
	Total	Jahresaufenth. (Ausweis B)	Niedergelassene (Ausweis C)	Kurzaufenth. (>= 12 Monate) (Ausweis L)	Internationale Funktionäre & Diplomaten	Kurzaufenth. (< 12 Monate) (Ausweis L)	Asylsuchende (Ausweis N)	Vorläufig Aufgen. (Ausweis F)
Sub-Sahara	32 821	10 058	6 535	66	2 291	172	6 953	6 746
Ostafrika	~12 990	2 782	~2 215	11	854	49	~2 260	~4 820
Burundi	340	144	84	-	25	+	25	61
Komoren	+	+	-	-	-	-	+	-
Djibouti	+	+	+	-	+	-	-	-
Eritrea	1 252	389	140	-	21	-	626	76
Äthiopien	2 107	346	458	+	150	+	1 048	98
Kenia	991	465	350	+	142	13	9	8
Madagaskar	389	254	66	+	60	+	+	-
Malawi	22	+	-	-	18	-	-	-
Mauritius	855	358	432	-	59	+	+	-
Mosambik	42	16	14	-	9	-	+	+
Rwanda	582	219	102	-	25	+	61	169
Seyschellen	91	41	43	-	+	+	-	-
Somalia	5 569	369	321	-	+	+	465	4 407
Tansania	226	58	35	-	126	+	+	-
Uganda	255	42	106	+	90	+	11	+
Sambia	74	18	-	+	53	+	-	-
Zimbabwe	186	54	64	+	63	+	-	-
Zentralafrika	~10 820	3 708	~2 175	12	284	42	~2 720	~1 880
Angola	4 153	951	407	+	39	+	1 097	1 655
Kamerun	1 680	957	442	+	109	27	138	-
Zentralafrikan. Rep.	26	12	+	-	+	-	+	-
Tschad	62	25	27	+	+	-	+	+
Kongo	377	178	65	+	45	+	84	+
Congo dém.	4 447	1 556	1 201	+	70	7	1 388	223
Äquatorialguinea	14	+	9	-	-	+	+	-
Gabun	62	25	17	-	15	+	+	-
São Tome & Principe	+	+	-	-	-	-	-	-
Südafrika	~1 030	629	~210	25	139	19	+	+
Botswana	7	+	-	-	+	-	-	-
Lesotho	11	+	+	-	8	-	-	-
Namibia	19	10	+	-	+	-	-	-
Südafrika	982	614	200	25	114	19	+	+
Swasiland	12	+	+	-	+	-	-	-
Westafrika	~7 980	2 939	~1 935	18	1 014	62	~1 970	~40
Benin	137	72	38	-	22	+	+	-
Burkina Faso	185	85	24	+	28	+	42	-
Kapverden	957	346	603	-	7	+	-	-
Côte d'Ivoire	791	356	179	+	150	27	77	+
Gambia	160	117	18	-	15	+	9	-
Ghana	1 215	408	471	+	284	+	44	+
Guinea-Bissau	235	17	13	-	+	-	200	+
Guinea	588	158	56	-	24	+	345	+
Liberia	192	52	49	-	12	+	60	16
Mali	182	56	27	+	19	+	78	-
Mauretanien	120	21	9	+	17	-	72	-
Niger	35	28	+	-	+	-	+	-
Nigeria	1 202	589	138	+	235	9	216	10
Senegal	794	421	184	+	158	+	18	+
Sierra Leone	778	24	24	+	30	-	697	+
Togo	407	189	100	+	7	+	108	+

Zahlen zwischen 1-6 wurden aus Gründen des Datenschutzes durch + ersetzt. Aus denselben Gründen sind einige Summen gerundet (~).

Tabelle 1 gibt eine Übersicht bezüglich Aufenthaltsstatus über die insgesamt (einschliesslich Asylbereich) rund 33'000 Personen aus Ländern der Sub-Sahara, die Ende 1999 in der Schweiz lebten. Die am stärksten vertretene Herkunftsregion ist Ostafrika (n~12990), gefolgt von Zentralafrika (n~10'820) und Westafrika (n~7'980). Die Region Südafrika ist mit ~1'030 vergleichsweise schwach vertreten, wobei die meisten Personen dieser Region aus dem Land Südafrika selbst stammen. Insgesamt am meisten MigrantInnen stammen aus den Ländern Somalia, dem Congo démocratique (ehemals Zaïre) und aus Angola. Während bei den SomalierInnen ein Grossteil der MigrantInnen zu den Vorläufig Aufgenommenen gehört, verteilen sich Personen aus dem Congo démocratique und Angola auf die Ausweise Bund C sowie auf AsylbewerberInnen und Vorläufig Aufgenommene. Weitere Herkunftsländer mit rund 1000 und mehr MigrantInnen sind, in absteigender Reihenfolge, Äthiopien, Kamerun, Eritrea, Ghana, Nigeria, Kenia, und Südafrika.

Empfehlung 2

→ **Präventionsarbeit und MediatorInnen sollten zumindest die in der Schweiz am stärksten vertretenen Sub-Sahara *Communities* erreichen (Ostafrika: Somalia; Zentralafrika: Kongo/Angola; Westafrika: Ghana/Nigeria)**

7.1.1 Asylbereich

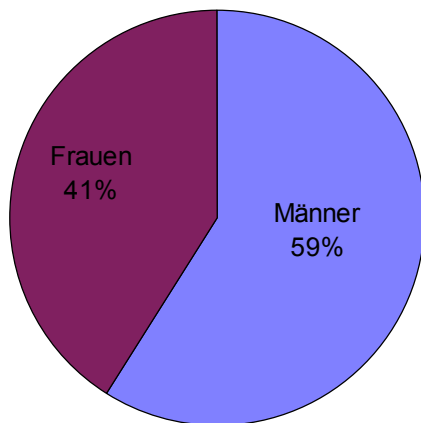
Tabelle 2: Personen des Asylbereichs aus der Sub-Sahara Region nach Staatsangehörigkeit, Geschlecht und Alter 1999

Staatsangehörigkeit	Bestand der Personen des Asylbereichs (Ausweise F und N) am 31. Dezember							
	Total	Geschlecht		Alter				
		Männer	Frauen	0-14 J.	15-19 J.	20-39 J.	40-64 J.	65-79 J.
Sub-Sahara	13 699	8 075	5 624	3 934	1 825	6 776	1 105	57
Ostafrika	7 077	3 688	~3 390	~2 345	~720	~3 275	~ 690	~45
Burundi	86	40	46	11	+	58	13	-
Komoren	+	+	-	-	-	+	-	-
Djibouti	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	702	369	333	215	39	355	91	+
Äthiopien	1 146	597	549	101	128	868	49	-
Kenia	17	8	9	+	+	8	-	-
Madagaskar	+	+	-	-	-	-	+	-
Malawi	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritius	+	+	-	-	-	-	+	-
Mosambik	+	+	-	-	-	+	-	-
Rwanda	230	123	107	73	28	106	23	-
Seyschellen	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	4 872	2 534	2 338	1 936	514	1 861	514	43
Tansania	+	+	-	-	-	+	-	-
Uganda	13	+	7	+	+	8	-	-
Sambia	-	-	-	-	-	-	-	-
Zimbabwe	-	-	-	-	-	-	-	-
Zentralafrika	4 602	2 546	~2 055	~1 515	~320	~2 400	~360	~10
Angola	2 752	1 553	1 199	1 031	161	1 341	217	+
Kamerun	138	72	66	8	18	106	+	-
Zentralafrikan. Republik	+	+	+	-	-	+	-	-
Tschad	8	8	-	-	-	8	-	-
Kongo	87	57	30	21	+	54	7	-
Congo dém.	1 611	853	758	453	133	887	131	7
Äquatorialguinea	+	+	-	-	-	+	-	-
Gabun	+	-	+	-	+	+	-	-
São Tome und Principe	-	-	-	-	-	-	-	-
Südafrika	10	7	+	+	+	+	+	-
Botswana	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	-	-	-	-	-	-	-	-
Namibia	-	-	-	-	-	-	-	-
Südafrika	10	7	+	+	+	+	+	-
Swasiland	-	-	-	-	-	-	-	-
Westafrika	2 010	1 834	~175	~75	~790	~1 095	~50	-
Benin	+	+	+	-	-	+	-	-
Burkina Faso	42	33	9	+	+	31	+	-
Kapverden	-	-	-	-	-	-	-	-
Côte d'Ivoire	78	61	17	+	10	66	+	-
Gambia	9	7	+	+	-	+	-	-
Ghana	46	26	20	11	+	22	12	-
Guinea-Bissau	202	201	+	+	96	104	+	-
Guinea	347	332	15	7	176	157	+	-
Liberia	76	63	13	+	14	50	7	-
Mali	78	78	-	+	28	48	+	-
Mauretanien	72	72	-	-	29	42	+	-
Niger	+	+	-	-	-	+	-	-
Nigeria	226	192	34	17	17	183	9	-
Senegal	20	14	+	+	+	16	+	-
Sierra Leone	699	672	27	10	407	279	+	-
Togo	109	78	31	12	+	86	7	-

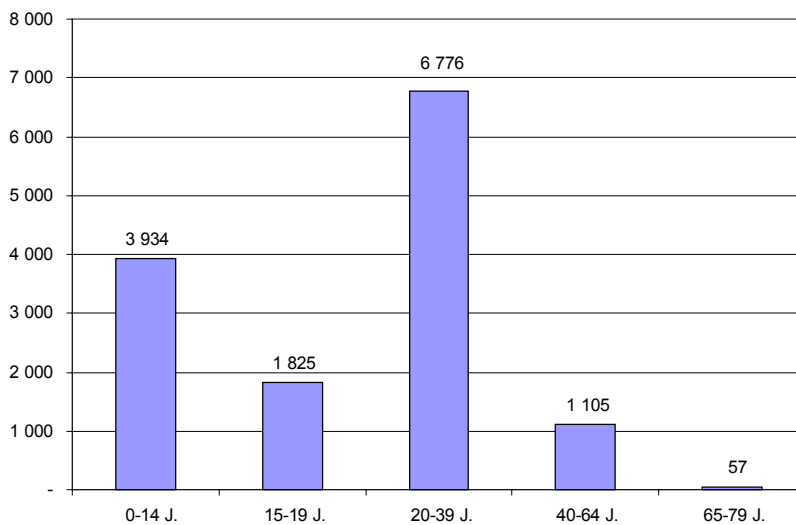
Zahlen zwischen 1-6 wurden aus Gründen des Datenschutzes durch + ersetzt. Aus denselben Gründen sind einige Summen gerundet (~).

Im Jahre 1999 lebten 6'953 Asylsuchende und 6746 Vorläufig Aufgenommene aus der Sub-Sahara Region in der Schweiz (→ vorangegangene Tabelle 1), total also 13'699 Personen im Asylbereich. Wie Tabelle 2 zeigt, sind im Asylbereich die Herkunftsregionen zahlenmässig in gleicher Reihenfolge vertreten wie in der gesamten ausländischen Wohnbevölkerung: Am meisten Personen des Asylbereichs stammen aus Ostafrika (n=7'077), gefolgt von Zentral- (n=4'602) und Westafrika (n=2'010). Südafrika (n=10) ist im Asylbereich kaum vertreten. Aufgeschlüsselt nach Ländern ist Somalia (n=4'872) deutlich am stärksten vertreten, gefolgt von Angola (n=2'752), dem Congo démocratique (n=1'611) und Äthiopien (n=1'146).

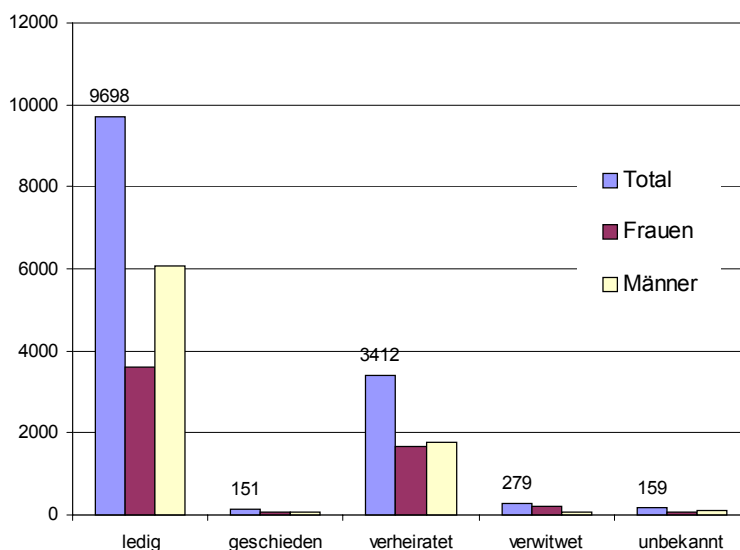
Grafik 1: Personen des Asylbereichs aus der Sub-Sahara Region nach Geschlecht 1999



Anders als bei der ständigen Wohnbevölkerung aus der Sub-Sahara (→ Grafik 5), ist im Asylbereich die Verteilung nach Geschlecht nicht ausgeglichen. Es migrierten mehr Männer (59%, n=8'075) als Frauen (41%, n=5'624) in die Schweiz. Wie Tabelle 2 zeigt, ist diese ungleiche Verteilung nach Geschlecht primär auf die Migration aus Westafrika zurückzuführen. Aus dieser Region migrierten 1'834 Männer, jedoch lediglich ~175 Frauen. Aus Ost- und Zentralafrika migrierten ebenfalls jeweils mehr Männer als Frauen, wobei die Differenz vergleichsweise gering ist.

Grafik 2: Personen des Asylbereichs aus der Sub-Sahara Region nach Alter 1999

Die Altersverteilung unter den Personen aus dem Asylbereich ist grob mit derjenigen in der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung (→ Grafik 6) vergleichbar. Sie zeigt eine Spitze bei den 20-39-Jährigen ($n=6'776$). Ebenfalls relativ stark vertreten sind Kinder von 0-14 Jahren ($n=3'934$). Wie Tabelle 2 zeigt, weist die Herkunftsregion Westafrika wiederum ein anderes demographisches Muster auf als die übrigen Regionen der Sub-Sahara: Die relativ grosse Zahl von Kindern von 0-14 Jahren stammen aus den Regionen Ost- und Zentralafrika, während aus Westafrika kaum Kinder von 0-14 Jahren ($n\sim 75$) migrierten. Die Altersgruppe von 15-19 Jahren aus Westafrika ($n\sim 790$) ist hingegen anteilmässig deutlich höher vertreten als aus den anderen Regionen

Grafik 3: Personen des Asylbereichs aus der Sub-Sahara Region nach Zivilstand 1999

Im Asylbereich ist insgesamt rund ein Viertel der Personen (24.4%, n=3'413) verheiratet. Dieser Anteil ist deutlich niedriger als unter der ständigen Wohnbevölkerung aus der Sub-Sahara (→ Grafik 8). Die übrigen Personen sind Grossteils ledig (n=9'698). Jeweils nur relativ wenige Personen sind geschieden, verwitwet, oder haben einen unbekanntem Zivilstand.

Auch bezüglich Zivilstand weist die Herkunftsregion Westafrika wiederum ein etwas anderes demographische Muster auf als die übrigen Regionen der Sub-Sahara: Während 28.1% der Personen aus Ostafrika und 27.1% der Personen aus Zentralafrika verheiratet sind, liegt der entsprechende Anteil der Personen aus Westafrika lediglich bei 8.9% (Tabelle nicht gezeigt).

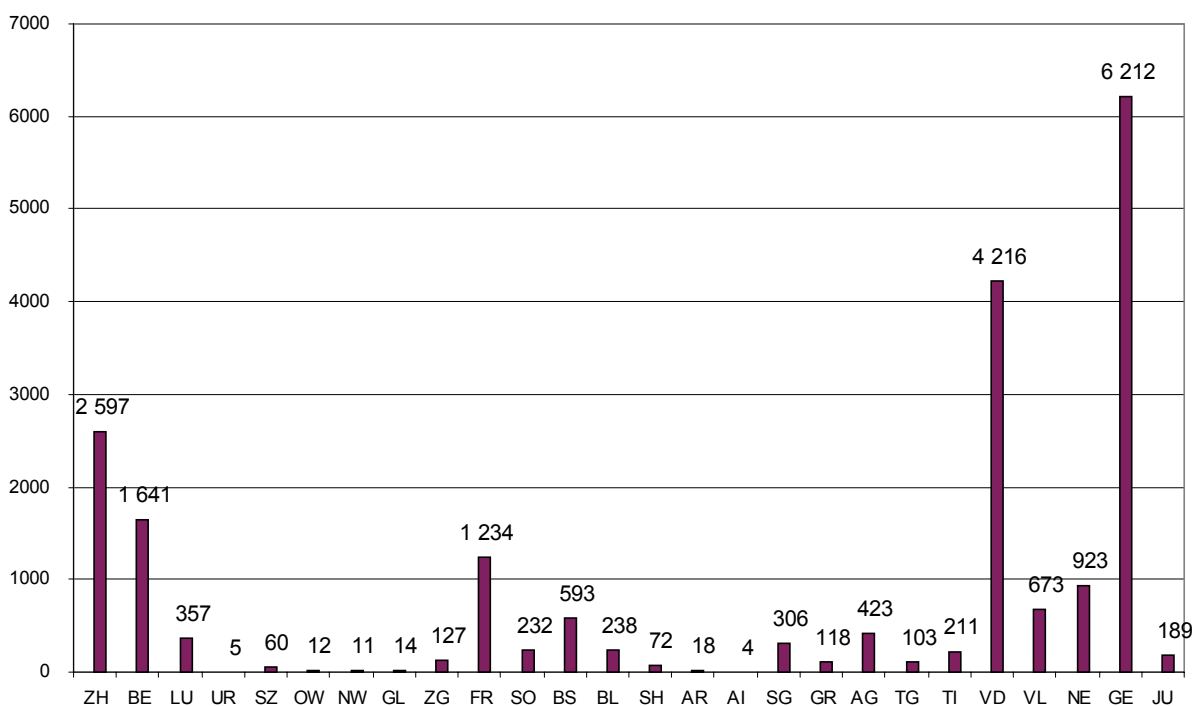
Westafrika unterscheidet sich somit von den anderen Herkunftsregionen dadurch, dass erstens mehr Männer, zweitens weniger Kinder von 0-14 Jahren und drittens weniger verheiratete Personen als aus den anderen Regionen der Sub-Sahara als AsylbewerberInnen in die Schweiz migrierten. Die Immigration von AsylbewerberInnen aus Westafrika besteht zum grössten Teil aus alleinreisenden Männern zwischen 15 und 39 Jahren. Im Falle von Zentral- und Ostafrika kann auf Grund der relativ ausgeglichenen Frauen- und Männeranteilen, der höheren Anteile verheirateter Personen und der hohen Kinderzahlen von einem grösseren Anteil von Paaren und Familien unter den MigrantInnen im Asylbereich ausgegangen werden.

Empfehlung 3

→ Die nach Herkunftsregion unterschiedlichen demographischen Strukturen der Personen im Asylbereich (primär alleinreisende Männer aus Westafrika, viele Paare und Familien aus Zentral- und Ostafrika) muss in der Präventionsarbeit berücksichtigt werden

7.1.2 Ständige Wohnbevölkerung

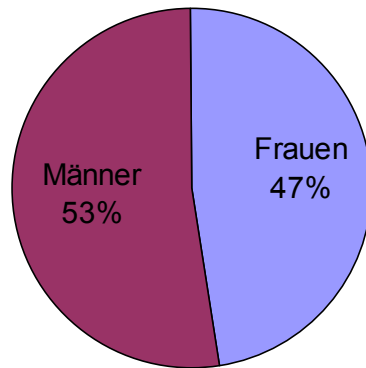
Grafik 4: Ständige ausländische Wohnbevölkerung aus der Sub-Sahara Region nach Wohnkanton 1999



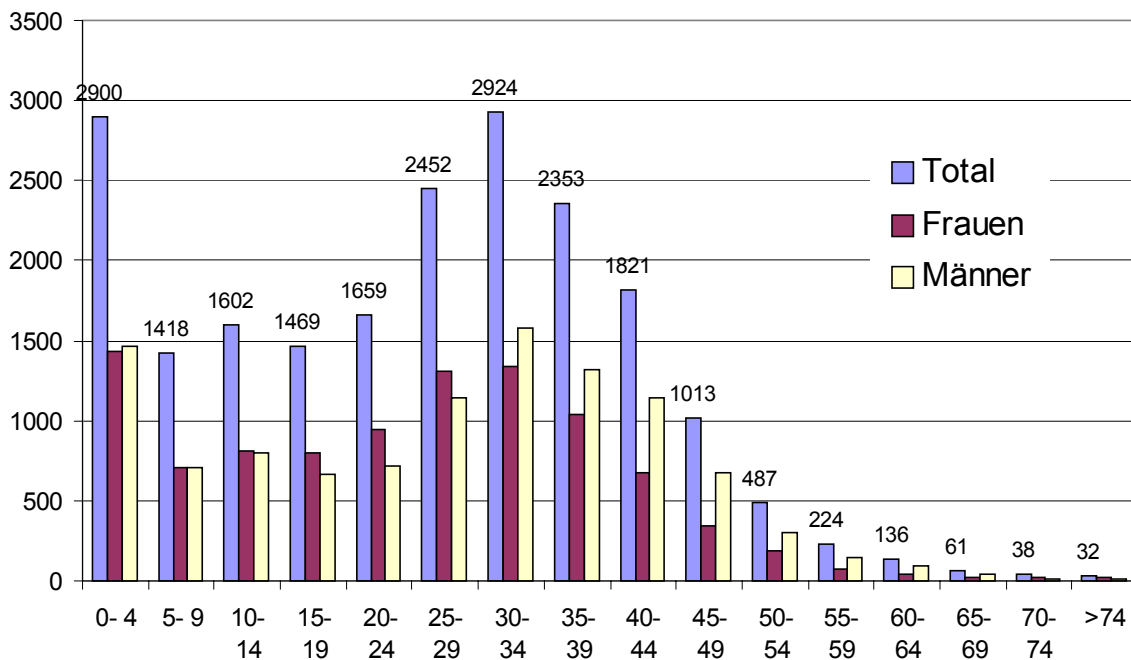
Total lebten 1999 in der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung 20'589 Personen aus der Sub-Sahara in der Schweiz. Die Verteilung der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung aus der Sub-Sahara auf die Kantone zeigt deutlich, dass in Genf (n=6'212) und der Waadt (n=4'216) die grösste Zahl der MigrantInnen leben, insgesamt rund die Hälfte der Sub-Sahara MigrantInnen. Dieser Anteil ist deutlich höher als unter anderen MigrantInnengruppen: Durchschnittlich leben nur knapp ein Drittel aller AusländerInnen in der ganzen Romandie (Heiniger 2000). Die Kantone Fribourg und Neuchâtel gehören ebenfalls zu den Kantonen mit den höchsten Zahlen an Sub-Sahara MigrantInnen. In der Deutschschweiz leben in den Kantonen Zürich (n=2'597) und Bern (n=1'641) am meisten Sub-Sahara MigrantInnen mit ständigem Wohnsitz.

Empfehlung 4

→ Ein Schwergewicht der Präventionsarbeit muss in den Kantonen Genf und Waadt liegen. In der Deutschschweiz müssen die Kantone Zürich und Bern zentral berücksichtigt werden.

Grafik 5: Ständige ausländische Wohnbevölkerung aus der Sub-Sahara Region nach Geschlecht 1999

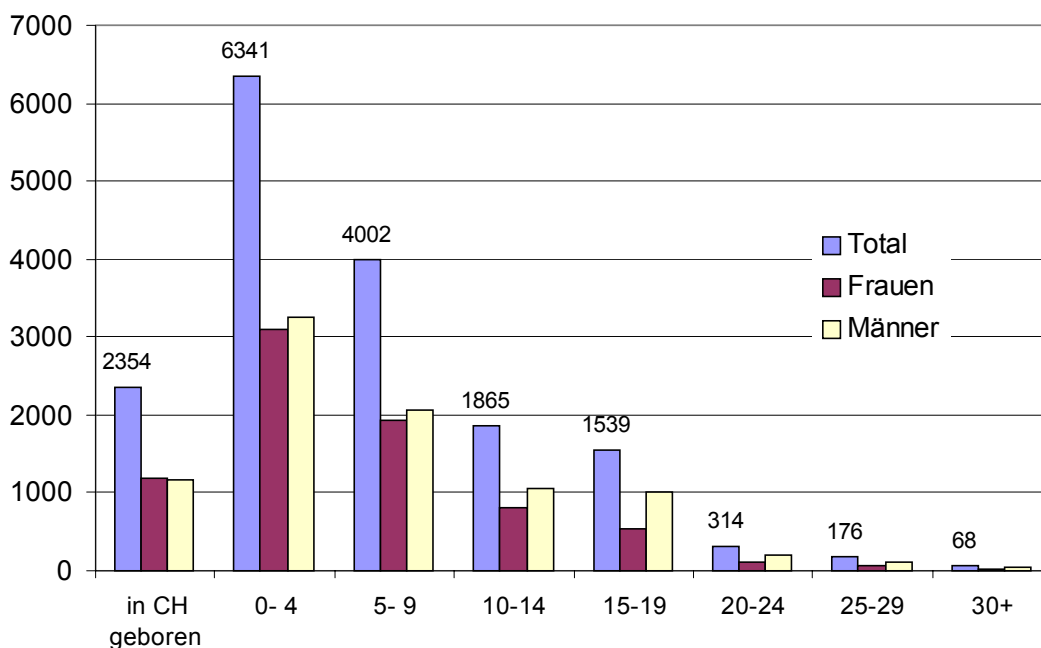
Die Unterteilung der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung aus der Sub-Sahara nach Geschlecht ist im Gegensatz zum Asylbereich (→ Grafik 1), sehr ausgeglichen: Die Frauen machen hier mit 47% (n=9'777) nur einen geringfügig kleineren Anteil als die Männer mit 53% (n=10'812) aus.

Grafik 6: Ständige ausländische Wohnbevölkerung aus der Sub-Sahara Region nach Alter und Geschlecht 1999

Die Altersverteilung der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung aus der Sub-Sahara ist vergleichbar mit derjenigen der Personen aus dem Asylbereich (→ Grafik 2). In der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung liegt eine Spitze der Alterskurve bei den 30-34-Jährigen ($n=2'924$). In den Altersgruppen von 10-29 Jahren sind die Frauen etwas übervertreten, während dies in den Altersgruppen ab 30 Jahren für die Männer der Fall ist. Männer sind somit durchschnittlich vermutlich etwas älter als Frauen.

Eine zweite Spitze in der Altersverteilung bilden die 0-4 Jährigen ($n=2'900$). Insgesamt gut ein Drittel ($n=7'389$) der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung ist im Alter von 0-19 Jahren. Es ist anzunehmen, dass ein Teil dieser Kinder zu den bereits in der Schweiz geborenen MigrantInnen (→ Grafik 7) und somit zur 2. (oder 3.) Generation gehört.

Grafik 7: Jahresaufenthalter und Niedergelassene (nur ZAR) aus der Sub-Sahara Region nach Aufenthaltsdauer und Geschlecht 1999



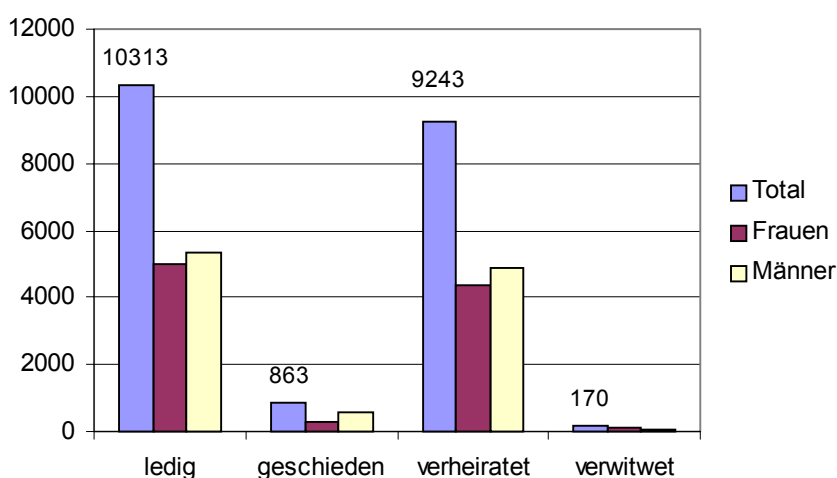
Die starke Zunahme der Anzahl Sub-Sahara MigrantInnen über die letzten zehn Jahre spiegelt sich in der Aufenthaltsdauer in der Schweiz: Die grösste Gruppe der im Zentralen Ausländerregister ZAR⁵ erfassten Jahresaufenthalter und Niedergelassenen lebt erst 0-4 Jahre in der Schweiz ($n=6'341$). Mit zunehmender Aufenthaltsdauer werden die Gruppen kleiner: 4'002 Personen sind seit 5-9 Jahren in der Schweiz, 1'865 Personen seit 10-14 Jahren, etc. Insgesamt 2354 Personen wurden in der Schweiz geboren und gehören somit der 2. (oder gar 3.) MigrantInnengeneration an.

⁵ Die im ZAR erfasste Personenzahl ist etwas niedriger als diejenige der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung, da diese durch einen sog. „Ergänzungsbestand“ erweitert wird, der nicht im ZAR erfasst ist (Heiniger et al. 2000: 51).

Bedenkt man, dass in diesen Zahlen sämtliche AsylbewerberInnen und Vorläufig Aufgenommenen, deren Aufenthaltsdauer relativ kurz sein dürfte, nicht enthalten sind, so ist ein grosser Teil der Sub-Sahara MigrantInnen seit weniger als zehn Jahren in der Schweiz.

In der Präventionsarbeit muss daher bei vielen Sub-Sahara MigrantInnen auf Grund der relativ kurzen Aufenthaltsdauer von einem eher geringen Integrationsgrad (Sprachkenntnisse, Kenntnisse schweizerischer Institutionen und Beratungsstellen, gesellschaftliche Partizipation, etc.) ausgegangen werden.

Grafik 8: Ständige ausländische Wohnbevölkerung aus der Sub-Sahara Region nach Zivilstand und Geschlecht 1999



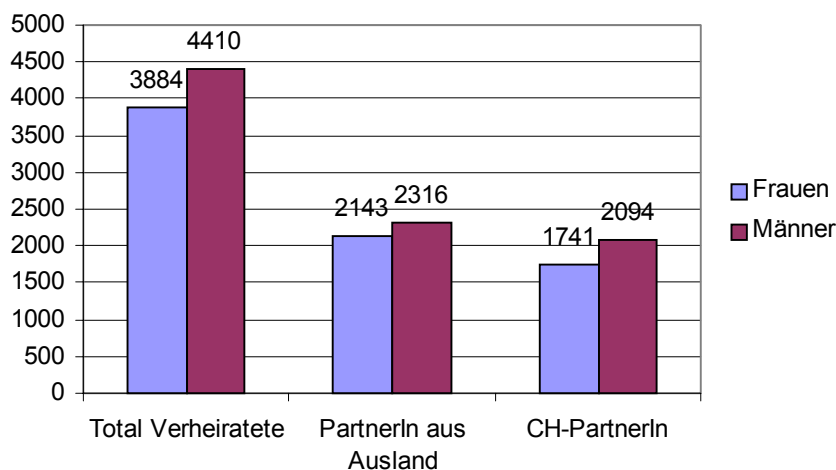
Die ständige ausländische Wohnbevölkerung aus der Sub-Sahara setzt sich zu fast gleich grossen Teilen aus ledigen ($n=10'313$) und verheirateten ($n=9'243$) Personen zusammen. Angesichts der Tatsache, dass 7'389 Personen unter 20 Jahren alt und somit vermutlich grossteils ledig sind, kann angenommen werden, dass bei den über 20-Jährigen nur noch rund 3'000 Personen ledig sind. In der erwachsenen ständigen Wohnbevölkerung ist somit ein Grossteil der Personen verheiratet.

Empfehlung 5

→ HIV-Prävention in der Partnerschaft/Ehe muss thematisiert werden⁶

⁶ vergl. dazu auch UNAIDS (2000b: 79-81)

Grafik 9: Verheiratete Jahresaufenthalter und Niedergelassene (nur ZAR) aus der Sub-Sahara Region nach Herkunft des Partners/der Partnerin und Geschlecht 1999



Grafik 9 betrachtet die verheirateten Personen (deren Gesamtzahl von 8294 Personen etwas niedriger ist als in der obigen Grafik 8, da die Daten aus dem Zentralen Ausländerregister ZAR stammen) nach Herkunft des Partners/der Partnerin. Insgesamt haben etwas mehr als die Hälfte der Verheirateten – sowohl Männer wie Frauen – einen Partner respektive eine Partnerin aus dem Ausland. Unter den 3884 verheirateten Frauen haben 2143 einen Partner ausländischer Nationalität und 1741 einen Schweizer Partner. Unter den 4410 verheirateten Männern haben 2316 eine Partnerin ausländischer Nationalität und 2094 eine Schweizer Partnerin. Inwiefern bei PartnerInnen ausländischer Nationalität die Nationalität der beiden Ehepartner übereinstimmt und inwiefern es sich auch dort um binationale Ehen handelt, kann mit unseren Daten nicht aufgeschlüsselt werden.

Empfehlung 6

→ **In der Präventionsarbeit müssen sowohl binationale Partnerschaften wie auch Partnerschaften mit Personen gleicher Herkunft thematisiert werden**

7.2 Organisationsstrukturen in den Zielgruppen

Sub-Sahara MigrantInnen bilden bezüglich ihrer Herkunftsländer eine sehr heterogene Gruppe. Der oft genannte eher geringe Organisationsgrad als Folge dieser Heterogenität muss allerdings relativiert werden, da in der Präventionsarbeit nicht nur formellere, einer schweizerischen Auffassung entsprechende Organisationsformen wie etwa Vereine berücksichtigt werden sollten. Viele Organisationsformen laufen über informelle Kanäle und/oder sind an einzelne Schlüsselpersonen gebunden. Das zugrundeliegende Organisationsprinzip basiert auf persönlichen Beziehungen, Vertrauen und Freundschaft. Dies lässt sich nicht nur kulturell, sondern für verschiedene Herkunftsländer auch politisch begründen: Personen, die in Diktaturen gelebt haben, sind oft geprägt von einem Misstrauen gegenüber Institutionen und von einer Zurückhaltung gegenüber formeller Organisation, da sich diese als gefährlich erweisen kann. Dieses Misstrauen kann sich durch den oft unsicheren Status gegenüber schweizerischen Institutionen reproduzieren. Umgekehrt organisieren sich einzelne Interessengruppen über ihre

politischen Interessen (Mpembele 1999); diese Organisierung ist also abhängig von den politischen Entwicklungen in den Herkunftsländern.

Ein Beispiel für eine informelle Organisationsform sind die jährlichen Fussballturniere unter Kongolesen, die jeweils am 30. Juni, dem Nationalfeiertag, in einer Schweizer Stadt durchgeführt werden. Sie werden von informellen Gruppen organisiert, die sich je nach Austragungsort zusammensetzen und entsprechend von Jahr zu Jahr variieren. Ein *community*übergreifendes, ebenfalls jährlich stattfindendes Fussballturnier wird hingegen von einer formellen Organisation (Association des Jeunes d'Origine Africaine AJOA) organisiert.

Frauen sind weniger häufig formell organisiert als Männer, wobei jedoch einige Frauenorganisationen bestehen (→ Kasten und Adressliste). Nebst den genannten Frauenorganisationen gibt es einige nach Nationalitäten strukturierte Frauenorganisationen (in Genf z. B. Eritreerinnen, Senegalesinnen, Äthioperinnen, in Zürich Somalierinnen). Frauen organisieren sich im Allgemeinen häufiger privat (→ 8.5). In formellen Gruppen sind sie am ehesten in Frauenorganisationen und in kirchliche Gruppierungen eingebunden.

Community-Based Organisations (CBOs) von Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz⁷ (in alphabetischer Reihenfolge)

Africa Argovia, Brugg

Africa Freedom, Zürich

Afro Association, Zürich

Association Africaine de Défense de Droits de l'Homme ASADHO

Association Culturelle Regards Africains, Genève

Association des Femmes d'Origine Africaine AFOA, Genève

Association des Jeunes d'Origine Africaine AJOA, Genève

Association panafricaine pour l'Art, Genève

Communauté africaine en Suisse, Luzern

IG Afrikanium, Olten

Treffpunkt schwarzer Frauen, Zürich

Yaakaare, Genève

Eine weitere wichtige Organisationsform stellen die verschiedenen kirchlichen Gruppierungen dar. Diese sind relativ zahlreich, jedoch vergleichsweise heterogen und fraktioniert. Es bestehen verschiedene christliche (z. B. protestantische und evangelische) sowie muslimische Kirchen. Wie die Beispiele Uganda und Senegal (→ 11.1; 11.2) zeigen, ist in einigen afrikanischen Ländern die Zusammenarbeit in der HIV-Prävention mit primär muslimischen Kirchenführern

⁷ Die Liste ist nicht abschliessend. Es befinden sich in dieser Liste ausschliesslich Vereine und Gruppierungen, mit deren VertreterInnen wir persönlich oder telefonisch Kontakt hatten. Diese Kontaktpersonen sind in die Adressliste am Ende des Berichts (→ Kapitel 16) sowie in die Adressdatei zum internen Gebrauch aufgenommen. Zu einem Teil der Organisationen konnten wir Kontakt aufnehmen dank der entsprechenden Organisationenübersicht der Nummer 8 („Farbige Schweiz“, März 2000) der Zeitschrift „Tangram“ der Eidg. Kommission gegen Rassismus.

sehr erfolgreich. Der Erfolg basiert aber auf einer längerfristigen und kontinuierlichen Zusammenarbeit, um differierende Sichtweisen zu HIV/Aids auszudiskutieren und nachteilige Präventionsbotschaften (z. B. HIV/Aids als gottgegeben, Ablehnung des Kondoms, Verurteilung Betroffener) zu vermeiden.

Für die Schweiz wird ebenfalls davon ausgegangen, dass erstens die Zusammenarbeit mit KirchenführerInnen wichtig ist, um dem weit verbreiteten Fatalismus von HIV als gottgegeben zu begegnen, und dass zweitens diese Zusammenarbeit auf einem längeren Diskussionsprozess beruhen muss.

Partizipation von und Zusammenarbeit mit Organisationen der Zielgruppen (*Community-Based Organisations CBOs*) wird von allen Fachleuten als grundlegend für jegliche Präventionsarbeit betont. Ein eher geringer formeller Organisationsgrad sei dabei kein Hindernis. Einerseits bestehen immer informelle und beispielsweise religiöse Gruppierungen. Andererseits können solche Gruppierungen auch durch entsprechende Unterstützung gestärkt werden. Für England wurde beispielsweise beschrieben, dass *CBOs* zunächst wenig Interesse an HIV/Aids zeigten. Dennoch wurden die Organisationen finanziell unterstützt, vorerst ohne dass dieses Geld in HIV/Aids-Prävention floss. Auf dieser Basis wurde eine Zusammenarbeit und zunehmend auch eine Sensibilisierung auf das Thema erreicht⁸.

Die Erfahrungen in der bisherigen HIV/Aids-Prävention in der Schweiz zeigen, dass MigrantInnen und ihre Organisationen bisher viel zu wenig oder gar nicht in die Präventionsarbeit einbezogen wurden⁹. Deren Partizipation an der HIV/Aids-Prävention stellt somit eine Aufgabe dar, die für die Schweiz zu einem gewissen Grad Modellcharakter einnehmen könnte. Gleichzeitig bedeutet dies, dass kaum auf entsprechende Erfahrungen in der Schweiz zurückgegriffen werden kann. Um so wichtiger ist daher der Erfahrungsaustausch mit Projekten in europäischen Ländern, die über entsprechende Erfahrungen verfügen (→ 12).

Empfehlung 7

→ Die Präventionsarbeit muss auf der Partizipation von und Zusammenarbeit mit Organisationen, Vereinen und Kirchen der Zielgruppen basieren und die Schaffung und Stärkung von Organisationsstrukturen unterstützen

⁸ European Project AIDS and Mobility: Specific needs of migrants, ethnic minorities and refugees and the field of HIV/AIDS (<http://www.nigz.nl/aidsmobility/>)

⁹ Referat von Margrit Schmid, Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) Zürich, zum Projekt „Transfer“ (Projekt 99-7347 der Fachkommission Aids des SNF), gehalten an der Tagung „HIV/Aids-Forschung in der Schweiz in den Bereichen Sozialwissenschaften und Public Health“, Fachkommission Aids des SNF, Thun, 9. November 2000.

7.3 Erreichbarkeit und Kommunikation

Die dargestellten Organisationsformen haben Konsequenzen für die Erreichbarkeit der AfrikanerInnen und die Formen der Informationsvermittlung. Der Zugang zu Sub-Sahara MigrantInnen muss nicht nur via *CBOs*, sondern auch via Schlüsselpersonen gefunden werden. Basis für jegliche Zusammenarbeit ist es, von den entsprechenden Personen als vertrauenswürdig eingestuft zu werden.

Die grosse Bedeutung persönlicher Beziehungen schlägt sich auch in den Kommunikationsformen nieder. Mündliche, persönliche Kommunikation ist viel wichtiger als schriftliche Kommunikation. So erwähnen auch verschiedene VertreterInnen von afrikanischen Organisationen, dass ein Grossteil des organisationsinternen Informationsflusses über persönliche Kontakte geschieht – wobei bei Männern namentlich Fussballspiele eine wichtige Rolle spielen. Für die HIV/Aids-Prävention bedeutet dies, dass eine ausschliesslich schriftliche Vermittlung von Informationen, z. B. via Broschüren, wenig sinnvoll ist. Schriftliche Medien können jedoch als Ergänzung und via Übermittlung durch persönliche Kontakte sinnvoll sein. Dies bedeutet, dass beispielsweise die breite und anonyme Streuung von Informationsbroschüren wenig Sinn macht. Wenn aber eine Vertrauensperson solche Broschüren ergänzend zu persönlichem Kontakt und Gespräch weitergibt, so können sie sinnvoll sein. Analog ist es beispielsweise für die Bekanntmachung einer Beratungsstelle sinnvoller, einige Schlüsselpersonen persönlich einzuladen und ihnen die Beratungsstelle vorzustellen, als schriftliche Informationen breit zu streuen.

Im Zusammenhang mit der oralen Tradition wurde auch auf die Möglichkeit hingewiesen, mit Griots/Sängern zusammenzuarbeiten, um HIV/Aids zu thematisieren. In der Schweiz leben einige Griots.

Empfehlung 8

→ Präventionsarbeit primär via mündliche Kommunikation und Vertrauenspersonen durchführen

Eine grosse Ressource der Sub-Sahara MigrantInnen bezüglich Kommunikation ist die Tatsache, dass die meisten unter ihnen entweder französisch oder englisch, allenfalls italienisch oder portugiesisch sprechen oder verstehen. Dies bedeutet für frankophone MigrantInnen in der französischen Schweiz auch, dass sie die Sprache der ansässigen Bevölkerung sprechen. Hier muss jedoch bedacht werden, dass AfrikanerInnen aus ländlichen Gebieten nicht zwingend eine der Kolonialsprachen sprechen.

7.4 Medien der Zielgruppen

Ein gängiges und in den Zielgruppen weit verbreitetes Medium ist das Video. Videos werden häufig geschaut und die Geräte sind in vielen Haushalten vorhanden. Der Wunsch nach Videomaterial für die Präventionsarbeit z. B. in Asylunterkünften wurde auch von institutioneller Seite geäussert. Einige Videos zum Thema, primär aus dem europäischen Raum, die sich allenfalls für die Präventionsarbeit verwenden lassen, finden sich in der Materialliste (→ 14).

Empfehlung 9

➔ **Für die Präventionsarbeit lassen sich teilweise vorhandene geeignete Videos verwenden; in einer späteren Projektphase kann auf Basis einer Bedürfnisabklärung bei Bedarf allenfalls Videomaterial durch/mit Sub-Sahara MigrantInnen produziert werden**

Durch und für Sub-Sahara MigrantInnen produzierte Medien

Radio

Radio Tropic, Zürich (93MHz)

Radio Somali auf dem LoRa, Zürich (97.5MHz)

„Kompass“ auf dem Sender Kanal K, Aarau

MAHA (Migrants against HIV/Aids) auf dem Radio Fréquence Paris Plurielle (106,3 MHz)

„Zona Africa“ auf dem Sender Radio Zoners, Ferney-Voltaire/Genève

Email-newsletters

Association des Jeunes d'Origine Africaine AJOA

Afro Association (Africa Link)

Zeitschrift

„Regards Africains“ (und Kulturagenda) der Association Culturelle Regards Africains ACRA

Das einzige Radio, das ausschliesslich von AfrikanerInnen, SüdamerikanerInnen und Personen aus den Antillen produziert wird, ist das Radio Tropic (93.0 MHz) in Zürich. Der Sender verfügt über eine überregionale Reichweite (bis St. Gallen, Innerschweiz, Aargau) und produziert seit circa einem Jahr ein ganztägiges Programm.

Radio Somali sendet über das LokalRadio LoRa Zürich jeweils wöchentlich am Donnerstag von 14h bis 15h eine Sendung auf somalisch.

In den Aargau und den angrenzenden Kanton Zürich sendet der Kanal K (Aarau) samstags 19-21h die Sendung „Kompass“, welche in Freiwilligenarbeit von MigrantInnen produziert wird. Jeweils am 2. Samstag des Monats wird eine einstündige Sendung (20-21h) in französischer Sprache von Michel Nyembwe des Vereins Afrika Argovia produziert. Inhaltlich wird die Sendung jeweils um ein wechselndes Thema gestaltet, was auch gesundheitsspezifische Themen beinhaltet. Die Themen werden teilweise durch den Sender vorgegeben, teilweise durch

Nyembwe in der Diskussion mit Mitgliedern des Vereins Africa Argovia definiert. Zudem wird afrikanische Musik ausgestrahlt, die nicht in Europa gehört wird. Die Sendung dient auch der Informationsvermittlung unter den Zuhörenden bezüglich privater Anlässe.

Die Migrants against HIV/Aids MAHA (→ 12.5) produzieren in Paris auf Radio Fréquence Paris Plurielle (FPP) auf 106,3 MHz FM jeden Mittwoch von 11h bis 12h eine Sendung für von HIV/Aids betroffene MigrantInnen aus dem Maghreb und aus Sub-Sahara Afrika. Mit MP3 sind die Sendungen auch auf Internet abhörbar.¹⁰

Die Association des Jeunes d'Origine Africaine AJOA (Genf) und die Afro Association (Zürich) geben je einen email-newsletter für ihre Mitglieder heraus. Die in der Zentralschweiz aktive Communauté africaine en Suisse führt bei Bedarf einen Informationsversand durch, darunter vor einigen Jahren einen Versand von BAG-Broschüren zu HIV/Aids (→ 14).

Die Association Culturelle Regards Africains ACRA (Genf) gibt unter der Leitung von Kanyana Mutombo seit 14 Jahren die Zeitschrift „Regards Africains“ heraus, die international vertrieben wird. Laut Kanyana Mutombo wird sie jedoch von vielen AfrikanerInnen in der Schweiz nicht gelesen, da sie nicht primär eine Zeitschrift für eine spezifische *community*, sondern themenzentriert zusammengestellt ist. ACRA gibt ebenfalls monatlich eine in der Schweiz vertriebene Kulturagenda mit Hinweisen auf Veranstaltungen, Fernsehsendungen, Kurse, Stages, etc. heraus. Zudem organisiert ACRA Radiosendungen, zur Zeit die Sendung „Zona Africa“ auf dem Sender Radio Zoners, der aus Ferney-Voltaire bei Genf sendet.

Zeitschriften, die von den MigrantInnen gelesen werden, werden häufig in europäischen Ländern produziert, für die frankophonen AfrikanerInnen primär in Frankreich. Eine beliebte Frauenzeitschrift ist die in Dakar produzierte, in Belgien gedruckte und über Paris vertriebene Zeitschrift „AMINA“¹¹. Eine in Paris erscheinende Zeitschrift, die auch über Aids berichtet, ist „Jeune Afrique Economique“¹².

Empfehlung 10

→ Mediale Präventionsarbeit soll in Zusammenarbeit mit Medien und Medien-schaffenden der Zielgruppe geschehen

¹⁰<http://www.hivnet.ch/migrants/radio/2000/001121.html>

¹¹AMINA, 11 rue de Téhéran, 75008 Paris

¹² Jeune Afrique Economique, 58 rue de Lisbonne, 75008 Paris, Tel. +33 1 49 53 06 04, Fax: +33 1 45 63 51 64, email: gideppe@gideppe.com, Homepage: <http://www.gideppe.com>

8 Primärprävention

Die Unterteilung zwischen Primärprävention (Kapitel 8) und Prävention bei HIV-positiven Personen (Kapitel 9) ist konzeptueller Art und in der Präventionspraxis nicht immer sinnvoll. Auf der einen Seite erreichen potentiell alle Präventionsaktivitäten auch Betroffene. Spezifische Prävention bei Betroffenen wirkt auf der anderen Seite auch wieder auf die Primärprävention zurück, etwa in der Art und Weise, wie Betroffene über ihr Leben mit HIV/Aids reden. Diese wechselseitigen Zusammenhänge zwischen Primärprävention und Prävention bei HIV-positiven Personen betont auch die UNAIDS (2000b: 78, 87).

8.1 Tabuisierung von HIV/Aids

Wo immer im Zusammenhang mit AfrikanerInnen über HIV/Aids die Rede ist, wird die starke Tabuisierung der Thematik und die mit HIV/Aids einhergehende Stigmatisierung von potentiellen und effektiv Betroffenen betont.

Die Tabuisierung von HIV/Aids wurde in unseren Gesprächen vielschichtig begründet. Sie wird zum einen im Kontext der sozialen Bedeutung der Sexualität gesehen, wo es schwierig sein kann, zwischen den Geschlechtern HIV-relevante Themen anzusprechen, wie beispielsweise safer sex (→ 8.4).

Der Umgang mit HIV/Aids wird zum anderen stark auf die Bedingungen in den Herkunftsländern zurückgeführt, wo HIV/Aids auf Grund der mangelnden Behandlungsmöglichkeiten sehr stark mit einer unmittelbaren Lebensbedrohung konnotiert wird. Da in der Migration oftmals ein eher geringes Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten, teilweise aber auch über die Infektionsrisiken und das Krankheitsbild besteht, kann die Diagnostizierung von HIV/Aids durch deren Assoziation mit dem Tod zur Zerstörung aller Perspektiven führen. Die Gleichbedeutung von HIV/Aids mit einer akuten Lebensbedrohung erschwert einen offenen Umgang mit der Thematik (→ 8.3; 9.1).

Dass HIV und Aids ein Tabu darstellen, wird im Migrationskontext auch im Zusammenhang mit der bisher vernachlässigten zielgruppenspezifischen Präventionsarbeit gesehen. Es wird hier als sehr wichtig erachtet, dass man in der Präventionsarbeit nicht die erwähnten Tabuisierungen reproduziert, sondern sich bewusst ist, dass die HIV/Aids-Prävention auch bei AfrikanerInnen nicht mehr am Anfang steht. Es muss deshalb aufgezeigt werden, dass es sowohl SchweizerInnen wie AfrikanerInnen gibt, die mit HIV/Aids leben.

Eine gute Betreuung und Begleitung der Betroffenen kann diese darin unterstützen, über ihre Situation zu reden und mit dieser Enttabuisierung auch die Primärprävention zu fördern. Mit einer allgemeinen Enttabuisierung von HIV/Aids wiederum kann die Situation der Betroffenen verbessert werden.

Empfehlung 11

→ Die Enttabuisierung von HIV/Aids ist eine Hauptbedingung für eine erfolgreiche HIV/Aids-Prävention

Unsere GesprächspartnerInnen wiesen ferner auf die soziale Bedeutung von Krankheiten und Erkrankung im afrikanischen Kontext hin (→ Bedeutungen von Aids). In stark kollektiv aus-

gerichteten Gesellschaften stellen übertragbare Krankheiten in besonderem Ausmass eine Gefährdung der sozialen Beziehungen dar. Die Erkrankung an HIV/Aids wird zudem stark mit Stigmata verbunden, indem sie etwa auf einen schlechten Lebenswandel oder Prostitution zurückgeführt oder als eine Strafe Gottes gesehen wird.

Diese Stigmatisierung durch HIV/Aids erfährt in der Migration teilweise eine Verschärfung. Die häufige Schuldzuweisung der ansässigen Bevölkerung an die afrikanischen MigrantInnen als Gruppe, welche HIV/AIDS von aussen in die Gesellschaft hereintrage, erschwert die Präventionsarbeit, da sich AfrikanerInnen aus dieser Erfahrung gegen Präventionsprojekte zusätzlich abgrenzen und bei betroffenen Personen Schuldgefühle verstärkt werden (Louhenapessy 1996).

Empfehlung 12

→ Vermeiden einer zusätzlichen Stigmatisierung der Sub-Sahara MigrantInnen durch die Assoziation mit Aids

Die Tabuisierung von HIV/Aids impliziert für die Praxis, dass HIV/Aids weniger als separates Thema angegangen, sondern eher in andere Themenbereiche oder Veranstaltungen integriert werden soll. Dies schliesst auch daran an, dass HIV/Aids oft mit anderen Fragen verbunden wird, etwa mit der wirtschaftlichen Lage im Herkunftsland. Andererseits kann es für Präventionsaktivitäten von Nachteil sein, wenn HIV/Aids als Thema vorgegeben wird, da die Zielgruppen dadurch schlechter erreicht werden. Sinnvoller ist eine Integration in Veranstaltungen, zu denen die Zielgruppen nicht wegen HIV/Aids kommen, so etwa zu kirchlichen Anlässen, Festen, Musikveranstaltungen, Fussballturnieren, etc. oder zu Veranstaltungen, in denen allgemeine Themen diskutiert werden, wie etwa Vereinsversammlungen. Diese Strategie wird auch von afrikanischen VertreterInnen gewählt, wenn sie soziale oder politische Themen angehen wollen. Erfahrungen mit der HIV/Aids-Prävention unter Sub-Sahara MigrantInnen in anderen europäischen Ländern bestätigen diese Strategie vollumfänglich. In Deutschland wurden beispielsweise gute Erfahrungen mit Veranstaltungen gemacht, an denen über die Situation im Herkunftsland und in diesem Rahmen auch über HIV/Aids-Prävention im Herkunftsland informiert wurde (Narimani und Baune 1999: 28). Die Integration der Prävention in HIV/Aids-unabhängige Settings entspricht auch den Erfahrungen in ersten Projektansätzen mit AfrikanerInnen, die im Rahmen des „Projektes Migration und Gesundheit“ gemacht wurden. Ein Projekt unter afrikanischen Hausmädchen in Genf beispielsweise stiess bei aufsuchender Arbeit in Parks auf gutes Interesse. Die kontaktierten Frauen waren nachher aber kaum bereit, an spezielle Veranstaltungen zum Thema zu kommen (Burgi und Fleury 1996).

Empfehlung 13

→ Präventionsarbeit in Settings integrieren, die nicht durch HIV/Aids definiert werden

8.2 Vulnerabilität von Sub-Sahara MigrantInnen

Insbesondere in der medizinischen und sozialpsychologischen Literatur zu den Themenbereichen Gesundheit und Migration hat der Begriff der Vulnerabilität Hochkonjunktur. Die Verwendung dieses Konzepts liegt in Zusammenhang mit HIV/Aids auf der Hand. Dabei muss allerdings bedacht werden, dass „Vulnerabilität“ einerseits die Gefahr einer Dekontextualisierung des migrierenden Subjektes in sich birgt, weil nur der Migrant/ die Migrantin in den Blickpunkt rückt und die strukturierenden Rahmenbedingungen von Migrationsprozessen vernachlässigt werden. „Vulnerabilität“ kann andererseits eine pathologisierende Konzeption darstellen, welche primär die aus Migrationsprozessen hervorgehenden Defizite fokussiert und MigrantInnen als Opfer erscheinen lässt. Die sozialwissenschaftliche Forschung zu Migration und Gesundheit kommt dagegen seit längerer Zeit von einer pathologisierenden Perspektive auf Migration ab. Migrationsprozesse werden beispielsweise nicht primär als Prozesse der Entwurzelung, sondern als transnationale Bewegungen mit erstaunlich kontinuierlichen Beziehungen in transnationalen Netzwerken betrachtet (Glick Schiller et al. 1995). Weiter wird etwa die Flexibilität von MigrantInnen im Umgang mit hohen Belastungen und Verunsicherungen betont (Muecke 1992).

Für die Realisierung einer umfassenden Gesundheitsförderung von MigrantInnen, in welcher die HIV/Aids-Prävention einen Teilbereich darstellt, empfiehlt sich unseres Erachtens ein ressourcenorientiertes Vorgehen. Das bedeutet, dass sich die Präventionsarbeit grundsätzlich an jenen Potentialen orientiert, die MigrantInnen aktivieren können, um trotz erschwerenden strukturellen Bedingungen so gesund wie möglich zu bleiben.

Dies bedingt jedoch eine genaue Kenntnis der potentiellen migrationsbedingten Vulnerabilität. Die Vulnerabilität, wie sie für MigrantInnen in Bezug auf HIV/Aids besteht, wird in der jüngeren Diskussion weniger auf spezifische sexuelle – und in der Regel kulturalisierend begründete – Praktiken zurückgeführt, sondern vielmehr auf die allgemein gesundheitsschwächenden Bedingungen von Migration (Haour-Knipe 1998). Die spezifischen strukturellen, sozialen, ökonomischen und politischen Migrationsbedingungen wie fehlendes Erwerbseinkommen, ungesicherter oder illegaler Aufenthaltsstatus, fehlende Sprachkompetenz oder Abhängigkeit vom Ehemann führen zu einer allgemeinen Destabilisierung. Damit einhergehend orientiert sich das alltägliche soziale Handeln nicht an HIV/Aids, sondern an anderen, unmittelbaren Problemen.

Wie zentral und absorbierend die psychosoziale Situation von MigrantInnen sein kann, verdeutlicht die Tatsache, dass MigrantInnen, selbst wenn sie HIV-Beratungsstellen aufsuchen, primär rechtliche und psychosoziale Fragen thematisieren. Diese Erfahrung wird auch von nicht HIV-spezifischen Gesundheitsberatungsstellen, von der Aidsprävention im Sexgewerbe sowie von europäischen NGOs geteilt (Aids-Hilfe Schweiz 1999)¹³.

Angesichts der Vulnerabilität von MigrantInnen bezeichnete ein Interviewpartner die Tatsache, im Migrationskontext von HIV/Aids betroffen zu sein als „double victimisation“.

Aus dem bisher gesagten folgt, dass die HIV-Prävention bei MigrantInnen nicht nur auf Grund der bereits erwähnten Tabuisierung von HIV/Aids, sondern auch auf Grund der Vulnerabilität von MigrantInnen kontextualisiert werden muss. Das bedeutet, die in der Alltagsbewältigung prioritären Themen, welche in der Regel nicht spezifische Gesundheitsthemen umfassen, in

¹³ Siehe auch: European Project AIDS and Mobility: Specific needs of migrants, ethnic minorities and refugees and the field of HIV/AIDS (<http://www.nigz.nl/aidsmobility/>)

jegliche Projektarbeit zu HIV/Aids miteinzubeziehen. MigrantInnen sollen idealerweise mit Themen angesprochen werden, die sie direkt betreffen.

Empfehlung 14

➔ **Empowerment der Sub-Sahara MigrantInnen zur Stärkung der politischen und gesellschaftlichen Partizipation sowie die Verbesserung der sozialen, ökonomischen und rechtlichen Situation der MigrantInnen sind grundlegende Elemente der Gesundheitsförderung**

8.3 Wissen und Praxis

HIV/Aids als Thematik, die auch in der Schweiz von Bedeutung ist, wird bisher unter afrikanischen MigrantInnen wenig thematisiert. Dies hängt damit zusammen, dass HIV/Aids nicht sichtbar ist, da man keine Betroffenen kennt oder erst von ihrer Krankheit erfährt, nachdem sie verstorben sind. Daher sind auch die Situation und die Probleme von Betroffenen nicht bekannt. So hat beispielsweise die Zeitschrift „Regards Africains“, die in der Schweiz erscheint, HIV/Aids in Afrika regelmässig thematisiert, die Situation in der Schweiz allerdings bisher nicht berücksichtigt.

Im Rahmen des Rapid Assessment haben wir bewusst auf eine quantitative Erhebung des HIV/Aids-spezifischen Wissens verzichtet. Eine solche Erhebung, durchgeführt in Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen aus den Zielgruppen, wäre allenfalls im Rahmen der Präventionsarbeit sinnvoll. Sie müsste in Analogie zu solchen Erhebungen unter anderen MigrantInnengruppen in der Schweiz sowie unter der schweizerischen Bevölkerung geschehen und die in diesen Erhebungen gemachten Erfahrungen und Erkenntnisse berücksichtigen (Haour-Knipe 1998; Haour-Knipe et al. 1999). Im Falle der heterogenen Population der Sub-Sahara MigrantInnen muss beispielsweise berücksichtigt werden, dass Ergebnisse einer solchen Erhebung eine Unterscheidung nach Herkunftsländern und Aufenthaltsstatus sowie Rückschlüsse auf den Grad der Integration zulassen sollten. Die erhobenen Daten sollten vor allem über Risikobedingungen und Vulnerabilität etwas aussagen können.

Einige quantitative Angaben zu den Kenntnissen bezüglich HIV/Aids und Prävention lassen sich jedoch auf Grund der von der Aids-Hilfe beider Basel AHbB durchgeführten Umfrage unter 52 AfrikanerInnen machen. Die Umfrage wurde 1999 in der Region Basel mündlich von einem Senegalesen und einem Kenianer, der mittlerweile als Mediator bei der AHbB arbeitet, durchgeführt. Es beteiligten sich 38 Männer und 14 Frauen, wobei die am häufigsten vertretenen Herkunftsländer Senegal (7), Kamerun (6), Kenia und Kongo (je 5) und Mali (3) waren. Um einen groben Vergleich mit anderen MigrantInnen-Gruppen zu ermöglichen, stellen wir hier die Zahlen der AHbB-Umfrage der Erhebung unter SpanierInnen, PortugiesInnen und TürkInnen gegenüber, die 1994/95 im Rahmen der Evaluation des „Projet migrants“ des BAG durchgeführt wurde (Haour-Knipe et al. 1999) und ergänzen sie mit den Informationen aus unseren Gesprächen. Die Zahlen sind zwar nur bedingt vergleichbar, da 1994/95 mehr Personen befragt wurden (154 TürkInnen, 385 PortugiesInnen und 441 SpanierInnen), die Befragung schriftlich durchgeführt wurde, und die Befragung erst stattfand, nachdem bereits drei bis vier Jahre Präventionsarbeit geleistet wurde¹⁴. Dennoch ergeben sich einige Hinweise darauf, inwiefern ähnliche oder unterschiedliche Probleme vorhanden sind.

¹⁴ Unter 58 türkischen und 12 afrikanischen Männern wurde vor Projektbeginn 1988 auch eine Pilotstudie

Kenntnisse der Ansteckungswege

In der AHbB-Umfrage sagte nur eine Person, bisher keine Informationen über HIV/Aids erhalten zu haben. Die Kenntnisse der Ansteckungswege, vor allem bezüglich des gängigsten Ansteckungsweges via sexuellem Verkehr, waren unter den befragten AfrikanerInnen relativ gut: 87% kannten sexuellen Verkehr mit Penetration als Ansteckungsweg. Dies ist nur wenig niedriger als die entsprechenden Zahlen unter PortugiesInnen (94%), TürkInnen (97%) und SpanierInnen (98%). Die hier erwähnten Kenntnisse von AfrikanerInnen spiegeln sich auch in verschiedenen Aussagen von afrikanischen InterviewpartnerInnen in unserem Projekt, die mangelnde Kenntnisse der effektiven Ansteckungswege nicht als Hauptproblem einstufen. Dies entspricht auch der Erfahrung mit afrikanischen Personen an der HIV-Teststelle am Inselspital Bern.

Mehrfach betont wurde von unseren afrikanischen InterviewpartnerInnen, dass trotz dieses vorhandenen Wissens ein konkretes Ansteckungsrisiko für sich selbst verdrängt werde. In diesem Zusammenhang wurde oft von einem Gefühl der Unverletzbarkeit oder Unsterblichkeit gesprochen. Dieses Gefühl wird teilweise mit den bereits erwähnten geringen Kenntnissen über die Gefährdungssituation in der Schweiz in Zusammenhang gebracht: durch die geringere Betroffenheit in der Migration über den Tod von Bekannten oder Verwandten, den geringen Informationsgrad über die epidemiologische Situation von HIV/Aids in der Schweiz sowie die mangelnde Thematisierung von HIV/Aids wird die Übertragung von HIV in der Schweiz nicht als reale Gefahr wahrgenommen.

Geringer als das Wissen über die Ansteckung via sexuellen Verkehr war in der AhbB-Umfrage die Kenntnis von gebrauchten Spritzenutensilien als Ansteckungsweg (60%). Diese Zahl ist niedriger als unter TürkInnen (89%), PortugiesInnen (94%) und SpanierInnen (96%). Erstaunlich vor dem oft thematisierten Hintergrund von Stigmatisierung von HIV/Aids und Betroffenen ist in der Umfrage unter AfrikanerInnen die Tatsache, dass niemand davon ausging, HIV/Aids werde via Husten oder über den gemeinsamen Gebrauch von Geschirr übertragen. Im Gegensatz dazu waren unter den SpanierInnen nur 80%, unter den PortugiesInnen nur 70% und unter den TürkInnen nur 67% der Ansicht, HIV könne *nicht* durch das Trinken aus demselben Becher übertragen werden. In Gesprächen mit unseren InterviewpartnerInnen wurde dieses Ergebnis allerdings relativiert. Zwar scheint einigermaßen bekannt zu sein, dass HIV/Aids nicht über Husten oder Geschirr übertragbar ist, dennoch wird jedoch in der Praxis gegenüber betroffenen Menschen eine Vermeidungshaltung eingenommen, welche die erwähnten Bereiche mit einschliesst. Dies hängt mit der sehr viel umfassenderen sozialen Bedeutung von HIV/Aids zusammen und begründet sich somit nicht primär mit dem Wissensstand über die Ansteckungswege (→ 9.1). Bezüglich Ansteckungswege hält sich zudem teilweise die Vorstellung, dass HIV über Mückenstiche übertragbar sei.

Kenntnisse und Anwendung der Schutzmassnahmen

Im Gegensatz zum Wissen über Ansteckungswege scheinen die Kenntnisse der Schutzmassnahmen unter den befragten AfrikanerInnen schlechter zu sein. In der Umfrage der AHbB nannten lediglich 63% den Gebrauch von Kondomen und 46% den Gebrauch von sterilen Spritzen. Im Gegensatz dazu waren die entsprechenden Kenntnisse unter den SpanierInnen (99% Kondome und 94% Spritzen), den PortugiesInnen (96% Kondome und 89% Spritzen) und den TürkInnen (88% Kondome und 79% Spritzen) deutlich besser.

Dies steht teilweise im Widerspruch zu Aussagen unserer GesprächspartnerInnen, welche die Kenntnisse bezüglich Kondom als HIV-Schutz gut einschätzten.

Trotz vorhandenem Wissen wird das Kondom nach Aussagen unserer InformantInnen jedoch sehr zurückhaltend angewendet. In der Literatur werden folgende von AfrikanerInnen angeführten und in unseren Interviews teilweise bestätigten Widerstände gegen den Gebrauch von Präservativen angeführt:

1. Präservative sind unbequem und reduzieren die sexuelle Lust beim Geschlechtsverkehr.
 2. Kondome können während dem Geschlechtsverkehr reissen oder Löcher aufweisen und sind demzufolge unzuverlässig.
 3. Präservative werden nur von professionellen Prostituierten verwendet.
 4. Die Verwendung von Präservativen im ehelichen Verkehr zeigen das Misstrauen zum Partner und können deshalb nicht benutzt werden.
 5. Die Verwendung sowie die Entsorgung von Präservativen ist peinlich.
 6. Die Verwendung von Präservativen ist aus religiösen Motiven nicht erlaubt. (Studer 2000)
- Über die mit diesen Argumenten teilweise einhergehenden geschlechtsspezifischen Aspekte des safer sex äussern wir uns weiter hinten (→ 8.5).

Das Wissen über den konkreten Gebrauch des Kondoms ist gemäss unseren InterviewpartnerInnen relativ schlecht. Insbesondere die Verwendung von Vaseline sowie von falschen Grössen vermindern die Sicherheit des Kondoms.

Viele afrikanische Männer haben zudem Schwierigkeiten, in einen Laden zu gehen und Kondome zu kaufen. Hier bewährt sich die Abgabe von Kondomen durch einen afrikanischen Mediator sowie der anonyme Bezug über Kondomautomaten.

Speziell für Frauen, aber auch für Männer ist die Frage des Kondomgebrauchs auch stark mit dem Kinderwunsch verbunden. Der soziale Druck und der Wunsch Kinder zu haben, ist häufig gross, was insbesondere in der Ehe, aber auch mit GelegenheitspartnerInnen den Präservativgebrauch verhindern kann. Dies kann sich in der Migration zusätzlich verstärken, da die Möglichkeit einer Ehe/Familienplanung in der Migration geringer ist, so dass u.U. auch mit GelegenheitspartnerInnen zugunsten einer möglichen Schwangerschaft auf Verhütung verzichtet wird.

Empfehlung 15

→ **Die Argumentation, dass Kondome gleichzeitig der HIV-Prävention und der Verhütung dienen, ist für die Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen nur bedingt sinnvoll**

Nebst der Verwendung eines Kondoms wird insbesondere die Religion als Schutz gegen das HI-Virus empfunden. Dies begründet sich mit dem stark vorhandenen Erklärungsmodell bezüglich Ätiologie (→ 9.1), die HIV-Infektion stelle eine Strafe Gottes dar. Glauben und Beten sollen einer HIV-Übertragung vorbeugen. Es scheint auch einige religiöse Schlüsselpersonen zu geben,

die für sich in Anspruch nehmen, die HIV-Infektion durch religiöse Wunder und Gebete rückgängig machen und Aids heilen zu können.

Nach den Erfahrungen eines kongolesischen Mediators begründet sich mit der starken Religiosität eines Teils der Zielgruppenpersonen auch ein geringes Interesse an Informationsmaterial (Mpembele 2000).

Auch besteht teilweise die Vorstellung, dass Aids dank antiretroviraler Therapien heilbar sei, was vereinzelt auch mit einer Verschlechterung des Schutzverhaltens einhergeht.

Empfehlung 16

→ Das Propagieren von safer sex stellt ein wichtiges Element der Primärpräventionsarbeit bei Sub-Sahara MigrantInnen dar

Das Wissen und die Erfahrung zur Übertragung und Prävention von Geschlechtskrankheiten ist oft grösser als im Fall von HIV/Aids. HIV/Aids wird häufig anders als andere Geschlechtskrankheiten wahrgenommen. Eine Thematisierung von HIV/Aids als Geschlechtskrankheit und die Verbindung mit anderen Geschlechtskrankheiten kann daher sinnvoll sein, um an bestehendes Wissen anzuknüpfen und um HIV/Aids zu enttabuisieren.

Empfehlung 17

→ HIV-Übertragung und -Prävention gemeinsam mit anderen Geschlechtskrankheiten thematisieren

Emische Begriffe für Aids

Die Informationsvermittlung bezüglich der Verbreitung und Bedeutung von HIV/Aids sowie der Präventionsmassnahmen wird, wie oben (→ 8.1) ausgeführt, durch die erwähnte Tabuisierung des Themas verstärkt. Diese drückt sich auch auf einer unmittelbaren sprachlichen Ebene aus, so dass es teilweise schon schwierig sein kann, den Begriff „Aids“ überhaupt auszusprechen. Es bestehen verschiedene Begriffe, um Aids zu umschreiben, ohne die Krankheit beim Namen zu nennen (→ Kasten).

Emische Begriffe für Aids

Lienne

Slim

Ukimwi – deadly disaster, unverhinderbare Krankheit (swahili)

Ayaki – to grab life out from body (dholuo)

Djanjila, Nkulonda – Vas je te suiverai (tshiluba)

Ähnliche Umschreibungen für Aids sind auch in den Herkunftsländern der MigrantInnen gängig. Im anglophonen Kamerun beispielsweise werden unter anderem folgende Begriffe zur Umschreibung von Aids verwendet (Schwab 2000): „Seven plus one“ ist eine verbreitete Verschlüsselung, die mit der Ähnlichkeit des Wortes Aids mit der Zahl eight spielt. Ein vor allem unter Jugendlichen häufig verwendeter Begriff ist „Njapa“, nach dem Namen des fiktiven HIV-positiven Protagonisten einer Fernsehkampagne zu Aids. Eine Umschreibung, die möglicherweise aus dem Französischen „séropositive“ abgeleitet ist, lautet „serapo“. Ebenfalls gängig ist die Übernahme des französischen Sida anstelle des englischen Aids.

Die offiziellen Abkürzungen werden ausserdem mit anderen Bedeutungen gefüllt. So steht Sida in der kongolesischen und angolanischen *Community* für „Syndrome Inventé pour Décourager les

Amoureux“ (Mpembele 2000). Für die englische Abkürzung Aids kursieren beispielsweise „America’s Intention to Discourage Sex“ oder „American Intervention to Discourage Sex“.

8.4 Umgang mit Sexualität

Es ist in diesem Rahmen nicht möglich, die vielschichtig strukturierten Bedeutungen und Umgangsweisen mit Sexualität so differenziert darzustellen, dass nicht die gängigen Vorurteile der entfesselten sexuellen „Wesensart“ von AfrikanerInnen kolportiert werden. Die – vorwiegend westliche – Überbetonung etwa der sexuellen Freizügigkeit oder der Promiskuität von AfrikanerInnen führt unseres Erachtens nicht nur zu meist rassistisch konnotierten Stereotypisierungen, die einen individuellen Zugang zu Menschen mit HIV/Aids erschweren, sondern verblenden auch sozioökonomische Zusammenhänge, wie etwa geschlechtsspezifische Abhängigkeiten oder ökonomische Zwänge in der Migration.

Eine umfassende Darstellung wird zudem durch die Heterogenität der Sub-Sahara MigrantInnen und die migrationsbedingten Transformationen erschwert. Wir gehen daher nur auf einzelne Aspekte ein, die unseres Erachtens im Migrationskontext zu beachten sind. Die Informationen beziehen sich primär auf den Congo démocratique, werden von verschiedenen InterviewpartnerInnen teilweise aber als von allgemeinerer Bedeutung dargestellt.

Innerhalb der Geschlechter sowie in spezifischen Diskursformen (Gesang, Witze, Klatsch, etc.) ist Sexualität thematisierbar. Das Reden über Sexualität zwischen den Geschlechtern und zwischen Eltern und Kindern (Muluneh und Waka 1999: 33) hingegen ist relativ stark tabuisiert respektive nur in den erwähnten Diskursformen ansprechbar. In den Herkunftsländern übernimmt häufig eine gleichgeschlechtliche Verwandte, z. B. Tante/Onkel oder Grossmutter/Grossvater, die Aufklärung der Kinder, falls diese überhaupt stattfindet (→ 8.6). Diese Bezugspersonen fehlen aber in der Migration meist.

Auf die Ebene der Geschlechterbeziehungen wird ausführlicher im Kapitel 8.5 eingegangen. Hier werden lediglich einige Aspekte, die sich primär auf Männer beziehen, aufgegriffen. Unter Männern ist es laut der Einschätzung eines kongolesischen Interviewpartners sowohl in den Herkunftsländern als auch in der Migration relativ gängig, dass sie mehrere Partnerinnen haben. Partnerinnen schliessen auch Schweizer Frauen ein. In der Migration sind die Beziehungen möglicherweise weniger stabil, da die soziale Kontrolle kleiner ist. Zudem können Beziehungen hier, bedingt durch die oft schlechte soziale und ökonomische Situation, teilweise die einzige Möglichkeit sein, einen sozialen oder ökonomischen Status zu erlangen. In diesem Zusammenhang wurde durch einen kenianischen Interviewpartner von migrationsbedingtem „rootless sexual behaviour“ gesprochen. Die Erfahrung, dass Migration zu häufiger wechselnden SexualpartnerInnen führen kann, wird auch von der International Organisation of Migration betont¹⁵.

Der Kondomverzicht von Männern lässt sich teilweise wohl auch in den Kontext von Risikoverhalten als Teil der sozialen Konstruktion von Männlichkeit stellen, was auch für die westlichen Ländern gilt (Van Campenhoudt 1998).

¹⁵ Nel van Beelen: HIV/AIDS and Migration - Specific needs and appropriate interventions in the field of policies, prevention and care. Satellite meeting at the 13th International AIDS Conference (<http://www.nigz.nl/aidsmobility/>)

Das Verhältnis zu Körper und Sexualität wird für den Congo démocratique als offener und ungezwungener als in der Schweiz beschrieben. Damit verbunden sei auch ein offenerer Umgang mit Prostitution, die weniger tabuisiert sei und z. B. für junge Männer ein selbstverständlicher Einstieg in die Sexualität darstelle. Daraus ergebe sich, dass auch in der Schweiz relativ viele Kongolesen zu afrikanischen Prostituierten gehen würden.

8.5 Geschlechtsspezifische Aspekte der HIV-Prävention

Die schwergewichtig heterosexuelle Transmission des HI-Virus in den Ländern südlich der Sahara lässt eine etwa gleiche Infektionsrate bei Frauen und Männern in den Sub-Sahara Ländern erwarten. Tatsächlich scheint die Infektionsrate bei Frauen sogar höher zu sein: 12-13 Frauen auf 10 infizierte Männer sind von der HIV-Infektion betroffen; 55% aller erwachsenen Infizierten in der Sub-Sahara Region sind weiblich¹⁶. In der Schweiz ist die durchschnittliche jährliche Rate von HIV-Meldungen für Frauen aus der Sub-Sahara sogar fast doppelt so hoch wie für Männer aus dieser Region (BAG Abteilung Epidemiologie und Infektionskrankheiten und BAG Abteilung Sucht und Aids 2000: 438f.)¹⁷.

Migrantinnen aus der Sub-Sahara sind für eine HIV-Infektion anfälliger als Migranten aus derselben Region. Dies begründet sich zum einen mit strukturellen Ungleichheiten, die für Migrantinnen allgemein gelten, und zum anderen mit für die Sub-Sahara *Communities* spezifischen Aspekten. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass auch Migrantinnen afrikanischer Herkunft eine sehr heterogene Gruppe mit sehr unterschiedlichen Ressourcen bilden. Die Frauenporträts „Femmes d’Afrique et des Antilles en Suisse“ stellen hierzu eine gute Veranschaulichung dar (Batumike 1997). Mulegwa unterscheidet mindestens sechs Kategorien von afrikanischen Frauen: Funktionärinnen von internationalen Organisationen, die Ehefrauen von Funktionären, Studentinnen, unverheiratete Migrantinnen, mit Männern afrikanischer Herkunft verheiratete und mit Schweizern verheiratete Afrikanerinnen (2000). Je nach sozialem Status und sozialer Integration sind die Voraussetzungen dieser Frauen sehr unterschiedlich. Dies muss in der individuellen Beratungssituation berücksichtigt werden. Dennoch lassen sich gewisse Aspekte verallgemeinern.

¹⁶ WHO: Women and HIV/AIDS. Fact sheet No 242 (<http://www.who.int/inf-fs/en/fact242.html>)

¹⁷ Auf Basis der Daten, die dem Bundesamt für Gesundheit vorliegen, ist nicht bekannt, ob in der Schweiz Frauen und Männer aus der Sub-Sahara gleich häufig getestet werden. Es wäre denkbar, dass Frauen häufiger getestet werden, da Schwangerschaft als ein gängiger Grund für die Durchführung eines HIV-Tests gilt (→ 9.4). Auf Grund der dazu fehlenden Daten ist daher nicht vollkommen klar, was die genannten Unterschiede zwischen Frauen und Männern aus der Sub-Sahara in der Schweiz bedeuten, bzw. ob sie allenfalls teilweise auch auf einen höheren Anteil an getesteten Frauen zurückzuführen sind. Sicher ist, dass im Fall der Sub-Sahara MigrantInnen Frauen im Vergleich zu Männern ungleich stärker von HIV/Aids betroffen sind als in anderen Zielgruppen. (Informationen auf Basis einer Rücksprache mit M. Gebhardt, Abteilung Epidemiologie und Infektionskrankheiten BAG).

Erreichbarkeit und Organisationsstrukturen

Für die aufsuchende Präventionsarbeit muss berücksichtigt werden, dass sich Frauen und Männer teilweise in unterschiedlichen sozialen Räumen bewegen und treffen (→ Kasten). Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass sich Frauen eher in privaten informellen Kreisen und im Kontext der Betreuung von Kindern treffen. Einen öffentlichen Frauenort stellen die Schönheits- und Coiffeursalons dar. Männer bewegen sich hingegen öfters als Frauen in öffentlichen und halböffentlichen Räumen, so etwa beim Fussballspiel und in Cafés und Treffpunkten. Sowohl Frauen wie auch Männer frequentieren Tanz- und Musikveranstaltungen und afrikanische Läden.

Die Erreichbarkeit der Frauen via Organisationen und Vereine dürfte schwieriger sein als diejenige der Männer. Es bestehen zwar einige Frauenorganisationen (→ 7.2, Adressliste), mit denen eine Zusammenarbeit sehr sinnvoll und wichtig ist. Eine Mehrzahl der Vereine definiert sich zwar nicht explizit geschlechtsspezifisch, ist faktisch aber von Männern geprägt. Dies wird damit begründet, dass die Frauen an die Veranstaltungen dieser Organisationen hauptsächlich via ihre Partner kommen, oder dass diese gar mit der Teilnahme der Frau einverstanden sein müssen. Zudem ging ein Organisationsvertreter davon aus, dass für den Aufbau von Organisationsstrukturen und Kontakten grundsätzlich Männer zuständig seien, wohingegen Frauen solche Strukturen in einer zweiten Phase mittragen könnten. Ein Vereinsvertreter machte die Beobachtung, dass Frauen eher an den vom Verein organisierten Veranstaltungen (z. B. Tanz/Musik) als an Vereinsversammlungen teilnehmen würden. Im Allgemeinen muss damit gerechnet werden, dass man bei Projektbeginn über nicht-frauenspezifische Organisationen zuerst Männer erreicht, da diese eher für „offizielle“ Kontakte zuständig sind, und oft erst in einem zweiten Schritt mit Frauen in Kontakt kommt.

Empfehlung 18

➔ **In der Präventionsarbeit müssen die geschlechtsspezifischen sozialen Räume berücksichtigt werden**

Frauenbereiche	Männerbereiche
Frauenspezifische Organisationen und Vereine Private informelle Kreise Schönheitssalons, Coiffeursalons Kinderhütten (Parks, Spielplätze, etc.)	Organisationen und Vereine Versammlungen Fussballspiel, -clubs, -turniere Cafés, Treffpunkte
geschlechtsübergreifende Bereiche Tanz- und Musikveranstaltungen Afrikanische Läden	

Ökonomische Vulnerabilität

Für Migrantinnen sind Arbeitsmöglichkeiten beschränkter als für Migranten (Haour-Knipe 2000). Finanzielle und materielle Abhängigkeiten bringen es mit sich, dass Frauen eine eingeschränkte Kontrolle darüber haben, mit wem und unter welchen Bedingungen sie sexuelle Beziehungen eingehen¹⁸. Neben der damit zusammenhängenden regulären Sexarbeit, auf die wir weiter unten eingehen, bestehen zwischen Männern und Frauen aus der Sub-Sahara in der Schweiz (wie in Sub-Sahara Afrika) häufig informelle Beziehungen, in denen der Tausch von Sex gegen Waren, insbesondere Geld, Kleider und Schmuck, üblich ist. Frauen verfügen in diesen Beziehungen in Bezug auf safer sex über eine sehr geringe Aushandlungsmacht. Solche informelle Sexbeziehungen sind insbesondere zwischen jüngeren Frauen und älteren Männern verbreitet. Die sogenannten Geschenke werden dabei als „sugar-daddy gifts“ bezeichnet. Dadurch erklärt sich teilweise die überproportionale Ansteckungsrate von jüngeren Frauen: Neuere Studien verschiedener Sub-Sahara Länder zeigen, dass junge Frauen zwischen 15 und 19 Jahren fünf bis sechs Mal stärker betroffen sind als junge Männer derselben Altersgruppe (European Union 2000). Beziehungen von älteren Frauen zu jüngeren Männern sind im Unterschied zu Beziehungen von älteren Männern zu jüngeren Frauen eher negativ bewertet (im Congo démocratique gibt es dazu entsprechende abwertende Bezeichnungen und ein populäres Lied).

Soziale Vulnerabilität

Migration wird von Frauen oft als Schwächung wahrgenommen, die durch den Verlust der Familiensolidarität und der korporativen sozialen Strukturen auch bei Anwesenheit eines Teils der Familie mit dem Gefühl der sozialen Isolation einhergeht. Verstärkt durch die strukturellen Bedingungen der Migration bestehen wenig Ressourcen geschweige denn Interessen, sich mit HIV-Risiken auseinanderzusetzen. Diesem Bild entsprechen Aussagen von institutioneller Seite, die Afrikanerinnen im Vergleich zu anderen Migrantinnen als teilweise sehr schlecht eingebettet wahrnehmen.

Zu den sozialen Determinanten der Situation von Migrantinnen aus der Sub-Sahara Region gehören aber auch die Geschlechterbeziehungen, welche in der Regel stark asymmetrisch sind. Frauen befinden sich hier nebst den ökonomischen Abhängigkeiten auch in emotionaler und sozialer Hinsicht in einer schwachen Position. Sie sind oft auch aus sozialen Gründen gezwungen, eine Beziehung zu einem Mann, etwa die Ehe mit einem Schweizer, aufrechtzuerhalten, auch wenn sie sich damit einem Ansteckungsrisiko aussetzen. Viele Frauen haben kaum Diskussionspielraum oder Entscheidungsmacht, um safer sex durchzusetzen.

Die erwähnte erschwerte respektive verschlüsselte Kommunikation über Sexualität zwischen den Geschlechtern erschwert auch die Kommunikation über safer sex und Verhütung in einer sexuellen Beziehung. Analog dazu zeigt die Erfahrung an der HIV-Teststelle des Inselspitals Bern, dass es für die weibliche Beraterin schwierig ist, mit afrikanischen Männern über Sexualität und Prävention zu sprechen. Für die Präventionsarbeit bedeutet dies, dass MediatorInnen geschlechtsspezifisch arbeiten müssen, was auch der Erfahrung der afrikanischen Mediatoren entspricht. Zudem sollten in der Präventionsarbeit die Möglichkeiten angesprochen und geübt werden, safer sex in intimen Beziehungen zu thematisieren.

¹⁸ WHO: Women and HIV/AIDS. Fact sheet No 242 (<http://www.who.int/inf-fs/en/fact242.html>)

Empfehlung 19

→ **Geschlechtsspezifische Präventionsarbeit ist zentral; sowohl Frauen¹⁹ als auch Männer müssen zu MediatorInnen ausgebildet werden**

Empfehlung 20

→ **Empowerment bezüglich Kommunikation über safer sex und Verhütung sowie deren Durchsetzen in sexuellen Beziehungen muss Teil der Präventionsarbeit sein**

Die Verwendung eines Kondoms anzusprechen oder zu fordern, kann ein soziales Risiko bedeuten, weil damit ein unstetes Liebesleben oder der Verdacht auf eine HIV-Infektion impliziert wird. Die Verwendung eines Kondoms wird in der Regel höchstens für die Familienplanung akzeptiert, wobei diese primär über Pille, den Zyklus und über Coitus Interruptus reguliert wird. Für junge Frauen kann jedoch das Argument der Familienplanung manchmal auch die Möglichkeit darstellen, die Verwendung des Kondoms durchzusetzen.

Verheiratete wie unverheiratete Männer unterhalten eher polygame Beziehungen als dies unter Frauen der Fall ist, und multiple Beziehungen sind bei Männern besser akzeptiert als bei Frauen. Die soziale Akzeptanz mehrerer Beziehungen bei Männern äussert sich etwa auch darin, dass dafür umgangssprachliche Bezeichnungen geläufig sind: Die verschiedenen Frauen, mit denen ein Mann sexuelle Beziehungen unterhält, werden beispielsweise im kongolesischen Kontext „bureaux“ genannt. Durch polygame Beziehungen von Männern sind Frauen dem Risikoverhalten ihrer Partner ausgesetzt.

Frauen sind somit nicht nur anfälliger für eine Infektion, sondern auch stärker von Diskriminierung und Stigma betroffen, indem sie beschuldigt werden, Aids zu verbreiten. Dies bestätigen auch Studien, welche auf die Stigmatisierung von Frauen als unrein und als Krankheitsüberträgerinnen hinweisen (Baruani Yuma und Louhenapessy ca. 1986)²⁰.

Solche Schuldzuweisungen stehen in engem Zusammenhang mit der Rolle, die der Frau im familiären Kontext zugeschrieben wird. Frauen haben hier eine Schlüsselfunktion inne, weil sie für den ganzen sozialen Körper verantwortlich sind. Die Erfahrungen an der HIV-Sprechstunde Genf unter afrikanischen Frauen mit HIV/Aids zeigen, dass Frauen durch ihren HIV-Status oft mehrfach belastet sind. Einerseits kann die Infektion durch eine mögliche Übertragung auf die Kinder die Familie gefährden. Andererseits fällt der Familienzusammenhalt stark in die Verantwortung der Frauen, die ihn durch eine allfällige Aids-Erkrankung potentiell nicht mehr gewährleisten können.

Gesundheits- und Sozialberatungsstellen machen die Erfahrung, dass afrikanische Frauen vergleichsweise stark von häuslicher Gewalt betroffen sind. Oft bleiben dabei Ursachen und Beziehungsverhältnisse im unklaren. Unklar bleibt auch, wie starke Traumatisierungen daraus hervorgehen. Es ist anzunehmen, dass im Rahmen von solchen Gewaltbeziehungen auch ungeschützter Sex erzwungen wird.

Auch für mit Schweizern verheiratete Afrikanerinnen werden teilweise starke Abhängigkeiten und Gewaltbeziehungen vermutet. Diese Frauen sind häufig kaum in die afrikanische *Community* integriert. Insbesondere die durch die Revision des Scheidungsrechtes veränderten Bedingungen für die Ehefrau sind hier noch sehr wenig bekannt.

¹⁹ Eine gute Grundlage dazu bietet das im Rahmen des europäischen Projektes AIDS & Mobility entwickelte Ausbildungsprogramm „African Women Confronting AIDS“ (Imane et al. 1998), → 14.

²⁰ Siehe auch: WHO: Human Rights, women and HIV/AIDS. Fact sheet No 247 (<http://www.who.int/inf-fs/en/fact247.html>)

Empfehlung 21

→ **Angesichts der mehrfachen Vulnerabilität der Migrantinnen muss bei geschlechtsspezifischen Präventionsbotschaften eine zusätzliche Stigmatisierung von Frauen vermieden werden**

Frauenbeschneidung und andere traditionelle Praktiken

Eine soziale Praxis, welche die Vulnerabilität von Frauen ebenfalls zusätzlich erhöht, ist die Frauenbeschneidung, respektive die weibliche Genitalverstümmelung (*female genital mutilation FGM*). Sowohl die Exzision (Klitorisbeschneidung) wie die Infibulation (Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen, Zunähen der grossen Schamlippen) bringen einerseits eine Erhöhung des HIV-Infektionsrisikos bei der Operation und andererseits – und wesentlicher – ein Folgerisiko mit sich. Die Erhöhung des Risikos beim operationellen Eingriff besteht im Migrationskontext insofern, als es sich dabei um eine illegale Praxis handelt, von der abgesehen von wenigen Aufsehen erregenden Prozessen in Frankreich kaum bekannt ist, wo, durch wen, und unter welchen Bedingungen sie realisiert wird. ExpertInnen gehen jedoch davon aus, dass auch in der Schweiz AuftraggeberInnen, Ausführende und Opfer weiblicher Genitalverstümmelung leben (Beck-Karrer 1999). Je nach den hygienischen Bedingungen der Durchführung der weiblichen Genitalverstümmelung kann dabei eine HIV-Infektionsgefahr bestehen.

Als Folgerisiko bringt die Beschneidung von Klitoris und Schamlippen eine grössere Verletzlichkeit und die erhöhte Gefahr von postkoitalen Blutungen und Entzündungen durch Folgeschäden wie beispielsweise Zysten mit sich. Da vielfach nach Infibulationen der Ehemann seine Frau mit dem Penis „öffnen“ (defibulieren) muss oder der Geschlechtsverkehr so stark behindert wird, dass teilweise Analverkehr bevorzugt wird, ist das Ansteckungsrisiko hier ebenfalls erhöht. (Brady 1999)

Weibliche Genitalverstümmelung ist in den in der schweizerischen Migrationsbevölkerung vertretenen Sub-Sahara Herkunftsländern unterschiedlich stark verbreitet. Nach den aktuellsten Schätzungen der WHO weisen insbesondere die Länder Somalia (98%), Äthiopien (85%) und Eritrea (90%) eine sehr hohe Prävalenz von *FGM* auf. In den in der Migrationsbevölkerung der Schweiz ebenfalls vertretenen Herkunftsländern Kenia, Nigeria, Ghana und Kamerun sind zwischen 20 und 50% der Frauen beschnitten, während der Congo démocratique eine Prävalenz von 5% aufweist.²¹ Es muss daher davon ausgegangen werden, dass die beschriebenen Folgerisiken auch im Migrationskontext schwergewichtig für Migrantinnen ostafrikanischer Herkunft relevant sind. (Nyfeler und Béguin Stöckli 1994; Beck-Karrer 1996)²².

Empfehlung 22

→ **ÄrztInnen, vor allem GynäkologInnen, müssen mit der Thematik der Frauenbeschneidung vertraut gemacht werden**

²¹<http://www.who.int/dsa/cat98/fgmbook.htm#2>. Prevalence and epidemiology. Über die *FGM*-Prävalenzen in Angola und in Südafrika liegen keine Daten vor.

²² Siehe auch die von den anthropologists against genital mutilation antagem herausgegebene Informationsbroschüre zu weiblicher Genitalverstümmelung (→ 14).

Nebst der Frauenbeschneidung bestehen andere traditionelle Praktiken, die einen Einfluss auf das HIV-Risiko von Frauen haben. Zu erwähnen sind hier einerseits sexuelle Praktiken wie „dry sex“ (die Austrocknung und damit assoziierte Verengung der Vagina durch die Verwendung von Säure (Zitronensaft, Essig), Salz oder Heilpflanzen), was eine erhöhte Verletzbarkeit der weiblichen Schleimhäute zur Folge und der Verwendung eines Präservativs grundlegend widerspricht.

Mit dem Levirat und der Tradition des Lufuila bestehen andererseits Heiratspraktiken, die sich für die Risikosituation der Frau ebenfalls negativ auswirken (European Union 2000). Das Levirat beinhaltet die Wiederverheiratung von Witwen mit dem Bruder, Neffen oder Cousin des verstorbenen Ehemanns und ist vor allem in zentralafrikanischen Ländern verbreitet. Lufuila ist ein Reinigungsritual, welches ebenfalls bei Witwen praktiziert wird und den einmaligen sexuellen Kontakt mit einem Mann beinhaltet, der jedoch nicht zwingend mit dem Verstorbenen verwandt sein muss. Gemäss dem Bericht von Baruani sind das Levirat und das Lufuila-Ritual wesentlich für die Verbreitung des HI-Virus in der afrikanischen Bevölkerung verantwortlich (Baruani Yuma und Louhenapessy ca. 1986). Inwiefern Levirat und Lufuila im Migrationskontext relevant sind, lässt sich auf der Grundlage unserer Daten nicht beantworten.

Die beschriebenen ökonomischen und sozialen Asymmetrien werden verschärft durch die Tatsache, dass Frauen im Falle von unsafe sex auch in biologischer Hinsicht einem höheren Ansteckungsrisiko ausgesetzt sind als Männer. Dies bedeutet, dass bei ungeschütztem vaginalem Geschlechtsverkehr eine Frau mit grösserer Wahrscheinlichkeit von einem HIV-positiven Mann angesteckt wird als ein Mann von einer HIV-positiven Frau. Frauen sind somit sowohl ökonomisch, sozial als auch biologisch bezüglich einer heterosexuellen Übertragung vulnerabler.

Empfehlung 23

→ **Auf Grund der erhöhten ökonomischen, sozialen und biologischen Vulnerabilität von Frauen darf Primärprävention nicht in erster Linie auf die Frau ausgerichtet sein, sondern muss die Verantwortung des Mannes betonen. Männer müssen bestärkt werden, ihr Risikoverhalten zu ändern, Schlüsselpersonen müssen ermutigt werden, gegen unsafe sex und gegen traditionelle Praktiken Stellung zu nehmen²³.**

Empfehlung 24

→ **Im Rahmen der allgemeinen Unterstützung von Organisationsstrukturen und Projekten, die aus den Sub-Sahara *Communities* hervorgehen, müssen insbesondere Strukturen gefördert werden, die zum Empowerment von Frauen beitragen**

²³ Dieser Fokus auf Männer entspricht auch der Kampagne der UNAIDS für das Jahr 2000 (<http://www.unaids.org>).

Migrant Sexworkers und illegalisierte Migrantinnen

Spezifische Risikogruppen unter den Sub-Sahara sind Migrantinnen, die im Sexgewerbe tätig sind und – teilweise in Überschneidung damit – illegalisierte Migrantinnen.

Sub-Sahara Migrantinnen, die im Sexgewerbe tätig sind, stammen soweit überblickbar vorwiegend aus Kamerun und aus dem Congo démocratique. Wie für Migrantinnen im Sexgewerbe allgemein bestehen für Sub-Sahara Migrantinnen starke ökonomische Abhängigkeiten von Zuhältern und BordellbesitzerInnen.

Weil Migrantinnen im Sexgewerbe vom durch Prostitution erwirtschafteten Einkommen abhängig sind, lassen sie sich schneller auf ein für sie risikoreiches Unterfangen ein. Diese Abhängigkeiten finden sich in noch stärkerem Ausmass bei illegalisierten Prostituierten. Es muss davon ausgegangen werden, dass die bestehenden restriktiven Einwanderungsbedingungen sowie die eingeschränkte legale Beschäftigungslage für MigrantInnen Frauenhandelringe begünstigen, die auch Frauen aus den Sub-Sahara Ländern betreffen. Es scheint in der Schweiz Sub-Sahara Migrantinnen zu geben, welche mit illegalem Aufenthaltsstatus in illegalisierten oder halblegalisierten Beschäftigungsverhältnissen im Prostitutions- und Cabaretbereich tätig sind. Diese Frauen sind in erhöhtem Mass mit schlechten Arbeitsbedingungen, Unterbezahlung, Ausbeutung, Missbrauch, Wuchermieten und Nichteinhalten von vertraglichen Abmachungen konfrontiert (Aids-Hilfe Schweiz 1999).

Nach Angaben unserer Gesprächspartnerinnen arbeiten *Migrant Sexworkers* aus der Sub-Sahara unter ungeschützten und unsafen Bedingungen. Es besteht im Prostitutionsbereich für die Migrantinnen wenig Verhandlungsmacht, um safer sex durchzusetzen. Insbesondere mit Freunden und Bekannten, d.h. vorwiegend mit Freiern afrikanischer Herkunft, wird oft kein Kondom benutzt. Dies wird auch in der Umfrage des APiS-Projektes beider Basel für *Migrant Sexworkers* allgemein bestätigt (Aids-Hilfe beider Basel 1999a). Freier afrikanischer Herkunft verstehen sich oft nicht als Kunden, sondern versuchen längere Beziehungen einzugehen, die sich von einer rein sexgewerblichen abheben sollen und auch moralische Verpflichtungen beinhalten. Dabei besteht die bereits erwähnte (→ 8.5), auch ausserhalb der Prostitution existierende Tendenz, Beziehungen einzugehen, die auf dem Tausch von Schmuck und Kleider gegen Sex basieren.

Auf Grund ihres oft illegalen Rechtsstatus arbeiten *Sexworkers* afrikanischer Herkunft überwiegend in Bordellen oder Cabarets, wo sie jedoch, weil sie sich im Hintergrund aufhalten müssen, schwer erreichbar sind. Die Arbeit auf dem Strassenstrich birgt ein grösseres Risiko in sich, aufgegriffen und abgeschoben zu werden.

In der Strassenprostitution lässt sich auch bei Sub-Sahara Migrantinnen die allgemeine Tendenz feststellen, dass vermehrt mit Mobiltelefonen gearbeitet wird. Prostituierte werden nicht mehr direkt aufgesucht, sondern per Mobiltelefon kontaktiert und ein Treffpunkt vereinbart. Für die aufsuchende Arbeit der Mediatorinnen stellen sich dadurch neue Probleme des Zugangs zu diesen Frauen, weil diese schwer lokalisierbar sind. Nach Angaben der Aids-Hilfe Schweiz haben Erfahrungen aus dem Ausland gezeigt, dass der Einsatz von männlichen Mediatoren für die telefonische Kontaktaufnahme durchaus sinnvoll ist, da ansonsten die Frauen das Gespräch abbrechen (Aids-Hilfe Schweiz 1999).

Als Gesundheitsprobleme thematisieren Sub-Sahara *Migrant Sexworkers* gegenüber afrikanischen Mediatorinnen im Sexgewerbe (→ 10) nicht primär HIV/Aids relevante Aspekte, sondern vorwiegend gynäkologische Probleme, insbesondere Schwangerschaften sowie teilweise Suchtproblematiken infolge des bestehenden Kosumzwangs in Cabarets. Vor allem bei illega-

lisierten Aufenthalterinnen nehmen die Mediatorinnen die Gesundheit als sehr problematisch wahr; nebst schlechten Lebensbedingungen wie engen und unhygienischen räumlichen Verhältnissen in Bordellen wird hier eine starke Isolation und Einsamkeit empfunden. Die Frauen nehmen medizinische Hilfe aus Angst vor fremdenpolizeilichen Massnahmen respektive aus Unkenntnis über die Schweigepflicht sowie auf Grund der fehlenden Krankenversicherung kaum oder erst sehr spät in Anspruch. Die fehlende Krankenversicherung und die mangelhafte rechtliche Aufklärung auf der einen Seite und fehlende Angebote auf der anderen Seite führen zu einer krassen medizinischen und psychosozialen Unterversorgung.

Für die Risikogruppe der illegalisierten Migrantinnen fehlen weitgehend spezifische Angebote, die sich insbesondere auch mit der Problematik der erschwerten Erreichbarkeit dieser Zielgruppe befassen. Ein Angebot, das erste Erfahrungen in diesem Bereich sammeln wird, ist die ab 2001 eröffnete medizinische Beratungsstelle für illegalisierte Frauen in Bern.²⁴ Mit der aufsuchenden Arbeit, wie sie im Rahmen des APiS-Projektes realisiert wird, wird ebenfalls ein Teil dieser Zielgruppe erreicht.

8.6 Kinder und Jugendliche

Die im Tätigkeitsbericht des Migrantenberichts 1995-1997 angeführte Notwendigkeit einer zielgruppenspezifischen Prävention für jugendliche AfrikanerInnen kann auf der Grundlage unserer Daten bestätigt werden (Bundesamt für Gesundheit 1997).

Nach Angaben eines Vertreters der Association des Jeunes d'Origine Africaine AJOA sind die jugendlichen Sub-Sahara MigrantInnen zwar über HIV/Aids Risiken aufgeklärt, haben aber ein tendenziell nachlässiges Schutzverhalten. Die Initiative zur Verwendung eines Kondoms kommt in der Regel von Seiten der jugendlichen Frauen – oft auch von Schweizerinnen – und kann hier mit Verhütung gekoppelt werden.

Unser Gesprächspartner sah die auch unter Jugendlichen konstatierbare Diskrepanz zwischen Wissen und fehlendem Gesundheitsverhalten im Kontext der in den Sub-Sahara Ländern punktuellen und tabuisierten sexuellen Aufklärung, welche er insbesondere auch als Infantilisierung der Jugendlichen empfand. Sexualität und auch HIV/Aids-spezifische Themen seien fast ausschliesslich in gleichgeschlechtlichen Freundeskreisen ein Gesprächsthema, wobei hier oft auch Fehlinformationen weitergegeben würden. Junge Männer hätten Hemmungen, Präservative zu kaufen.

Im Migrationskontext bestehen diesbezüglich Potentiale, da hier die soziale Kontrolle geringer ist und eine Enttabuisierung der Thematik gegenüber Jugendlichen gesellschaftlich möglich ist.

Allerdings besteht unter Jugendlichen ein geringes Interesse an der HIV/Aids Problematik. Jugendliche müssen für die Auseinandersetzung damit speziell motiviert werden. Hier bewährt es sich sicher, mit jungen MediatorInnen zusammenzuarbeiten und an bestehende Strukturen und Bestrebungen der AJOA anzuknüpfen, so etwa an das monatlich stattfindende Treffen der Gruppe, den email-Versand oder den Plan, eine Website zu gestalten.

²⁴ MeBiF, Lorrainestr. 14, 3013 Bern, Postadresse: MeBiF, Postfach 346, 3000 Bern 11, email: MeBiF@gmx.ch.

Empfehlung 24

→ Für die HIV/Aids-Prävention bei Sub-Sahara Jugendlichen muss mit jugendlichen MediatorInnen zusammengearbeitet werden und an bestehende Strukturen und Bestrebungen angeknüpft werden

8.7 DrogenkonsumentInnen

Laut Statistik des BAG geben 0.4% der Sub-Sahara MigrantInnen an, sich durch intravenösen Drogenkonsum mit HIV angesteckt zu haben (BAG Abteilung Epidemiologie und Infektionskrankheiten und BAG Abteilung Sucht und Aids 2000). Intravenöser Drogenkonsum ist in Afrika, im Gegensatz zu Alkoholkonsum, nicht gängig. An der Internationalen Aids-Konferenz in Durban 2000 wurde jedoch berichtet, dass es in einigen afrikanischen Metropolen Anzeichen einer wachsenden Szene von intravenösen DrogenkonsumentInnen gibt. Erfahrungen von gassennahen Institutionen in der Schweiz bestätigen, dass die afrikanischen Drogendealer, die vor allem Kokain, aber auch Heroin handeln, selbst kaum Konsumenten sind. Aus diesem Grund sind sie auch der HIV/Aids-Präventionsarbeit, die beispielsweise im Rahmen des Spritzentausches stattfindet, kaum zugänglich. Sie scheinen jedoch teilweise beträchtliche HIV-Risiken einzugehen, indem sie sich von DrogenkonsumentInnen auch durch Sex statt durch Geld bezahlen lassen, wobei sie teilweise den Verzicht auf Kondome fordern²⁵.

Empfehlung 25

→ Vorläufig ist es nicht sinnvoll, intravenösen Drogenkonsum zu einem Thema der Präventionsarbeit zu machen

8.8 Homosexuelle Männer

Laut Statistik des BAG geben 0.0% der Sub-Sahara Migranten an, sich durch sexuelle Kontakte mit Männern mit HIV angesteckt zu haben (BAG Abteilung Epidemiologie und Infektionskrankheiten und BAG Abteilung Sucht und Aids 2000). Dass afrikanische Männer Sex mit andern Männern haben, ist nach Muluneh und Waka (1999) eine Tatsache²⁶. Ob darauf der Begriff der Homosexualität anwendbar sei, sei gegenwärtig noch nicht beantwortbar. Gleichgeschlechtliche Beziehungen unter Männern seien jedoch ein Thema, welches künftig eine Rolle spielen werde.

Unsere InterviewpartnerInnen sowohl afrikanischer Herkunft als auch aus schweizerischen Institutionen bestätigten durchgehend, dass Homosexualität unter AfrikanerInnen ein tabuisiertes Thema sei. An der HIV-Teststelle beispielsweise werden alle Personen routinemässig nach sexuellen Kontakten mit Personen aus den sogenannten „Risikogruppen“, was auch homosexuelle Männer einschliesst, gefragt. Afrikaner reagieren auf diese Frage nach sexuellen Kontakten mit Männern oft beleidigt. Die wenigen Afrikaner, die sich als homosexuell outen, werden aus der Gemeinschaft ausgeschlossen. Es besteht auch auf institutioneller Ebene praktisch keine Erfahrung mit homosexuellen afrikanischen Männern.

²⁵Über Formen männlicher Prostitution ist uns nichts bekannt, nach Muluneh und Waka (1999: 55) scheint es sie jedoch durchaus zu geben.

²⁶ Es gibt in einigen afrikanischen Metropolen, so etwa Durban, eine gay community.

Empfehlung 26

→ **In den ersten Projektphasen ist es nicht sinnvoll, Homosexualität zu einem Thema der Präventionsarbeit zu machen**

8.9 Zugang zu Beratungsangeboten

Beratungsangebote im Bereich HIV/Aids sind unter Sub-Sahara MigrantInnen im Allgemeinen wenig bekannt und werden wenig benutzt. Die Gründe dafür wurden bereits erwähnt: MigrantInnen sind absorbiert durch andere Sorgen wie die Wohnungs- und Arbeitsuche, die rechtliche Regelung des Aufenthaltsstatus, etc.. Wesentliche Zugangsbarrieren bilden zudem die stark verbreitete Angst vor Diskriminierung auf Grund eines positiven Serostatus einerseits und ungenügende Kenntnisse über das schweizerische Gesundheitssystem insbesondere bei neueingereisten MigrantInnen andererseits. Sub-Sahara MigrantInnen gehen aus Unkenntnis mit Gesundheitsfragen zu Beratungsstellen, die sie bereits kennen, die jedoch nicht für Gesundheitsfragen zuständig sind, so etwa zur Kontaktstelle für Flüchtlingsfragen. Es wäre daher sinnvoll, die Institutionen, die in Kontakt mit AfrikanerInnen stehen, mit entsprechenden Informationen zu versehen, um diese Personen kompetent weiterzuleiten.

Mit dem erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem und zu Beratungsstellen im Bereich HIV/Aids stellt sich die Frage, wie Beratungsangebote für MigrantInnen besser verfügbar gemacht werden können. Es braucht hier eine spezifische Aufklärung über die Strukturen des Versorgungssystem allgemein und über konkrete HIV Beratungs- und Teststellen. Beratungsstellen können den MigrantInnen durch Kontakte mit deren Schlüsselpersonen näher gebracht werden. Eine gezielte und mündlich vermittelte Bekanntmachung des in Entstehung begriffenen Gesundheitswegweisers von Caritas/SRK in der Zielgruppe wäre hier sicher nützlich.²⁷

Empfehlung 27

→ **Beratungsangebote müssen via Schlüsselpersonen der Sub-Sahara MigrantInnen und Institutionen, die in Kontakt mit AfrikanerInnen stehen, bekannt gemacht werden**

Der Zugang zum Gesundheitssystem und zu Beratungsstellen muss aber nicht nur mit einer verstärkten und spezifizierten Information des Zielpublikums verbessert werden, sondern erfordert umgekehrt auch die migrationsspezifische Ausrichtung von bestehenden Beratungsangeboten der gesundheitlichen Regelversorgung. Die Sensibilisierung und Öffnung der Regelversorgung für migrationsspezifische Angebote muss gefördert und MediatorInnen müssen verstärkt in die Regelversorgung miteinbezogen werden.

²⁷ Gesundheitswegweiser für MigrantInnen. BAG (Hrg.), verfasst durch SRK und Caritas Schweiz. Erscheint voraussichtlich im April 2001.

8.10 HIV-Test

Gemäss übereinstimmenden Aussagen von ÄrztInnen und anderen InstitutionsvertreterInnen kommen die meisten Sub-Sahara MigrantInnen in der Regel erst sehr spät im Krankheitsverlauf zum Hausarzt bzw. werden in die HIV-Sprechstunde weitergewiesen, und erst zu diesem Zeitpunkt wird ein HIV-Test auf Vorschlag der ÄrztInnen durchgeführt. Dies entspricht auch den Erfahrungen in anderen europäischen Ländern, so zum Beispiel in Holland²⁸ und in Frankreich. In Frankreich wurde in den Jahren 1994-1998 bei 51% der positiv getesteten Sub-Sahara MigrantInnen der Test erst im Zusammenhang mit Aids-Symptomen gemacht, während dies im Vergleich lediglich bei 22% der HIV-positiv getesteten Personen französischer Nationalität der Fall war (Savignoni et al. 1999).

Gängiger Anlass für einen HIV-Test ist ein Arztbesuch auf Grund von Aids-Symptomen, einer Schwangerschaft, oder der Druck einer schweizerischen Partnerin/eines schweizerischen Partners. Die MigrantInnen fragen kaum selbst nach dem Test oder vermuten hinter Krankheitssymptomen kaum eine allfällige HIV-Infektion. Erfahrungen an der HIV-Teststelle in Bern zeigen, dass relativ wenige Sub-Sahara MigrantInnen die Teststelle aufsuchen; primär handelt es sich dabei um Männer, die auf Wunsch ihrer schweizerischen Partnerin den Test machen. In der HIV-Sprechstunde in Bern nennen die Sub-Sahara MigrantInnen teilweise explizit politische Gründe, nämlich die Angst vor einer Ausweisung, als Vorbehalt gegen das Durchführen eines HIV-Tests. In diesem Sinne kann die Information, dass der Aufenthaltsstatus in der Schweiz nicht von einem negativen HIV-Status abhängig ist, die Früherkennung von HIV und die Aidsprävention unterstützen.

Nebst den ungenügenden Kenntnissen über das Gesundheitssystem im Allgemeinen und über spezifische Testangebote bestehen auf Grund des Wissens und der Bedeutung von HIV und Aids auch Widerstände, überhaupt einen Test zu machen und sich mit HIV/Aids auseinanderzusetzen: „people don't want to live with the fear“. Dabei fehlt teilweise auch das Vertrauen in die Zuverlässigkeit des HIV-Tests. Dass nur über einen HIV-Test die Existenz von Aids bewiesen werden kann, erfordert zudem eine grosse Vertrautheit mit dem wissenschaftlichen Bedeutungssystem (Schwab 2000).

Empfehlung 28

→ Der HIV-Test und insbesondere die Möglichkeit des anonymen HIV-Tests muss propagiert und zugänglich gemacht werden

Teilweise scheint die Annahme zu bestehen, dass der HIV-Test bei den grenzsanitären Untersuchungen gemacht werde. Diese Annahme kann sowohl zu Ängsten bezüglich der Koppelung des Aufenthaltsstatus an einen negativen HIV-Test führen als auch eine falsche Sicherheit fördern, HIV-negativ zu sein. Gerade wenn die grenzsanitären Untersuchungen mit der an sich sehr sinnvollen Abgabe von Präventionsmaterial (Kondome, Broschüren) zu HIV/Aids kombiniert wird, muss explizit klargestellt werden, dass die grenzsanitären Untersuchungen keinen HIV-Test beinhaltet.

²⁸ European Project AIDS and Mobility: Specific needs of migrants, ethnic minorities and refugees and the field of HIV/AIDS (<http://www.nigz.nl/aidsmobility/>)

Empfehlung 29

→ **Bei der grenzsanitarischen Untersuchung muss explizit darauf hingewiesen werden, dass kein HIV-Test durchgeführt wird**

Beim Test muss grundsätzlich bedacht werden, dass ein positives Resultat nachteilige Folgen für die Betroffenen haben kann (→ 8.1).

An verschiedenen HIV-Teststellen wurde der sogenannte Schnelltest mit Resultaten innerhalb 30 Minuten bereits eingeführt oder wird bald eingeführt. Es werden erste Überlegungen gemacht, ob durch dieses vereinfachte Verfahren der Test niederschwelliger gemacht werden kann, etwa indem er durch Fachpersonen auch ausserhalb der Arztpraxen und Spitäler angeboten wird. Inwiefern dies einen einfacheren Zugang zu HIV-Tests auch für MigrantInnen bedeuten könnte, wäre zu diskutieren, wobei insbesondere die sorgfältige Beratung durch Personen mit entsprechenden transkultureller Kompetenz, die Wahrung der Freiwilligkeit und Anonymität, die Garantie, dass sich aus dem Testresultat keine rechtlichen Nachteile ergeben, sowie die Möglichkeit der Weiterweisung an Fachstellen gewährleistet sein müssten.

8.11 Prävention in Asylunterkünften

Mehrere unserer GesprächspartnerInnen wiesen auf den Bedarf an HIV/Aids-Prävention bei Asylbewerbern aus der Sub-Sahara Region hin. Diese muss unseres Erachtens in die Prävention bei AsylbewerberInnen allgemein integriert werden.

AsylbewerberInnen wären für Primärprävention und Gesundheitsförderung gut und rasch nach der Einreise in den Empfangsstellen sowie den Erstaufnahme- und Durchgangszentren erreichbar. Dieses Präventionspotential wird zwar teilweise, jedoch nicht systematisch genutzt. Um eine entsprechende Stigmatisierung zu vermeiden darf sich Gesundheitsförderung in den Asylunterkünften allerdings nicht lediglich an einzelne Gruppen wenden, sondern muss die verschiedenen Herkunftsregionen der Asylsuchenden abdecken. Im Bereich HIV und Migration tätigen Institutionen erachten eine systematische und gesamtschweizerische Gesundheitsförderung in Asylunterkünften als ideal. Erfahrungen einzelner Institutionen in diesem Bereich zeigen auf, dass diese Gesundheitsförderung auch mit dem Bundesamt für Flüchtlinge BFF koordiniert werden muss.

Ein sinnvoller Ansatz für eine nachhaltige Gesundheitsförderung in Asylunterkünften ist erfahrungsgemäss nebst der direkten Arbeit mit MediatorInnen (bei der die MediatorInnen in die Planung einbezogen werden müssen!) die Weiterbildung der MitarbeiterInnen in den Asylunterkünften. Auf Grund von Erfahrungen, wie sie in Deutschland mit der Präventionsarbeit bei AsylbewerberInnen gemacht worden sind (Jung und Taschies 2000), empfiehlt sich einerseits eine Ausweitung der HIV/Aids-Prävention auf die Vermittlung von Kenntnissen zu HIV/Aids sowie anderer sexuell übertragbarer Krankheiten. Auf Grund des grossen Anteils alleinstehender Männer unter den AsylbewerberInnen und der starken geschlechtsspezifischen Unterschiede im Umgang mit Sexualität und Prävention drängt sich zweitens ein geschlechtsspezifischer Zugang auf.

Empfehlung 30

- **Eine systematische und gesamtschweizerische Gesundheitsförderung in Asylunterkünften, die sich nicht auf HIV/Aids oder einzelne MigrantInnen-gruppen beschränkt, muss vom BAG und BFF koordiniert angegangen werden**

8.12 MediatorInnen aus der Sub-Sahara Region

Auf Grund des hohen Stellenwerts der mündlichen Kommunikation von Vertrauenspersonen bewährt sich in der Zielgruppe die aufsuchende Arbeit mittels MediatorInnen. MediatorInnen eignen sich für die Präventionsarbeit in der Zielgruppe erfahrungsgemäss auch deshalb, weil es sich als schwierig erwiesen hat, zwischen SchweizerInnen und AfrikanerInnen über persönliche Themen wie Sexualität zu reden. Dies umso mehr, als AfrikanerInnen durch ihre Erfahrungen mit schweizerischen Behörden SchweizerInnen häufig vorsichtig begegnen (Ezeoba 2000).

Die in der allgemeinen Gesundheitsversorgung und der HIV-Prävention mit MigrantInnen tätigen Institutionen nehmen jedoch teilweise einen grossen Mangel an MediatorInnen aus der Sub-Sahara wahr.

Bereits aktive Mediatoren aus der Sub-Sahara Region stellen in ihrer Arbeit ein Manko an Weiterbildung fest, z. B. bezüglich Therapien oder der allgemeinen Strukturen des Gesundheitswesens.

Unseres Erachtens gestalten sich insbesondere die Anstellungsbedingungen sowie teilweise auch die Aus- und Weiterbildungssituation sowie die professionelle Begleitung der MediatorInnen problematisch. Die Unterstützung und die institutionelle Einbindung der MediatorInnen ist deshalb zu verstärken.

In Kapitel 13 wird das Anforderungsprofil für MediatorInnen sowie die Rahmenbedingungen von Aus- und Weiterbildung sowie Begleitung formuliert.

Empfehlung 31

- **MediatorInnen aus der Sub-Sahara Region mit entsprechenden Kompetenzen müssen im Auftrag des BAG aus- und weitergebildet sowie begleitet werden**

8.13 Präventionsmaterial

Ein Mangel an Material im Bereich HIV/Aids-Prävention bei MigrantInnen wurde in der Evaluation des Nationalen HIV/Aids-Programmes festgestellt (Jeannin et al. 2000: 70, 72). Es fehlt hier zum einen an einer nationalen Koordination und an einem Ausbau des Präventionsmaterials für MigrantInnen allgemein und zum anderen an spezifischen Materialien für die jeweiligen Zielgruppen. Dabei würde sich sicher eine europäische Vernetzung lohnen. In der Materialliste (→ 14) findet sich unter anderem der Hinweis auf einen von AIDS & Mobility herausgegebenen europaweiten Materialkatalog zum Thema Migration und HIV/Aids.

Für die Zielgruppe der Sub-Sahara MigrantInnen empfehlen wir die Prüfung von in der Schweiz wie im Ausland bereits vorhandenen Materialien (→ 14) sowie teilweise die Neuproduktion von Präventionsmaterialien.

Folgende Präventionsmaterialien und -medien empfanden unsere GesprächspartnerInnen für geeignet:

Präventionsmaterialien und -medien

- T-Shirts
- von afrikanischen Künstlern gestaltete Plakate
- muttersprachliche Broschüren
- Videos
- Theaterproduktionen
- Cabaret-Nummern
- Spiele
- Storytelling
- Gesang

Hinsichtlich der Realisierung von muttersprachlichen Medien werden sehr unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Hier wird auf der einen Seite der hohe Aufwand der Herstellungsprozesse, die sowohl linguistische, psychologische, kommunikative wie auch technische Aspekte berücksichtigen müssen, als zu gross eingeschätzt. Insbesondere die Qualitätskontrolle des muttersprachlichen Präventionsmaterials ist dabei von der Regelorganisation kaum zu gewährleisten. Ähnliche Bedenken bestehen auch in Bezug auf die Verwendung von Materialien aus den Herkunftsländern (Müller ; Narimani und Baune 1999: 29). Es wird zudem argumentiert, dass der Aufwand auch angesichts der Tatsache der hohen Fremdsprachenkompetenz in den Zielgruppen inadäquat ist.

Auf der anderen Seite wird der Effekt des muttersprachlichen Materials auf die Ansprech- und Erreichbarkeit als sehr gut eingeschätzt und der Aufwand pragmatisch klein gehalten.

Kulturspezifische Inhalte der Präventionsbotschaften müssen in enger Zusammenarbeit mit MediatorInnen definiert und in einem fortlaufenden Monitoring modifiziert werden. Nebst den allgemeinen migrationsspezifischen Inhalten der vom BAG produzierten HIV/Aids Broschüre für MigrantInnen²⁹ müssen die im Kasten genannten Inhalte speziell berücksichtigt werden.

Empfehlung 32

→ Falls muttersprachliches Präventionsmaterial erarbeitet wird, müssen die Inhalte in Zusammenarbeit mit MediatorInnen definiert und in einem fortlaufenden Monitoring modifiziert werden

Empfehlung 33

→ Muttersprachliches Präventionsmaterial muss sowohl die allgemeinen Präventionsbotschaften des BAG als auch spezifische sozio-kulturelle Aspekte thematisieren

²⁹ „Was bedeuten Aids und HIV?“. Informationsbroschüre für MigrantInnen, Bundesamt für Gesundheit, Dienst Migration, Projekt Migration und Gesundheit, in den Sprachen Spanisch, Albanisch, Englisch, Deutsch, Französisch, Portugiesisch, Italienisch, Türkisch*, Kroatisch*, Tamilisch*, Arabisch*, Russisch*, Somalisch*. *= noch nicht erhältlich. Bestellen bei: Aids Info Docu Schweiz, Schauplatzgasse 26, 3001 Bern, Telefon 031 318 32 70, Fax 031 311 05 65, Email: bestellungen@aid.ch

Spezifische Präventionsbotschaften für Sub-Sahara MigrantInnen**Übertragungswege** (→ 8.3)

Das HI-Virus kann nicht übertragen werden durch

- gemeinsames Benutzen von Geschirr
- Mückenstiche
- Husten

Schutzverhalten (→ 8.3)

Bei der Verwendung von Präservativen dürfen keine Fette und Öle, insbesondere keine Vaseline verwendet werden

Risiken (→ 8.5)

Frauenbeschneidung und andere kulturelle Praktiken erhöhen das HIV-Infektionsrisiko

Symptome von Aids (→ 9.1)

- Magerkeit ist nicht zwangsläufig ein Symptom von HIV/Aids bzw. Körperfülle ist nicht ein Indiz für einen negativen Serostatus.
- Ein positiver HIV-Status ist nicht sichtbar/äusserlich erkennbar.

Behandlungen (→ 9.1)

-Komplementäre und traditionelle Behandlungen können im Allgemeinen zusätzlich zur medizinischen Behandlung angewandt werden. Es ist wichtig, dass die regelmässige klinische Überwachung der Gesundheit parallel dazu stattfindet.

-Traditionelle Heilmittel werden von einigen Menschen als hilfreich empfunden. Es ist wichtig, den behandelnden Arzt darüber zu informieren, weil einige dieser Heilmittel andere HIV-Behandlungen beeinflussen können.

-Es gibt traditionelle Heiler, die für sich beanspruchen, HIV/Aids heilen zu können. Die HIV-Infektion ist vorläufig nicht heilbar.

Unterstützung (→ 8.3)

Kirchen, Sekten und Betgruppen können für religiöse Personen, die von HIV betroffen sind, eine wichtige Unterstützung darstellen. Es gibt religiöse Führer, die konservative und/oder einer medizinischen Behandlung widersprechende Vorstellungen über HIV haben. Sie gehen teilweise davon aus, dass die HIV-Infektion durch religiöse Wunder rückgängig und/oder durch Beten geheilt werden kann. Es gibt jedoch religiöse Gruppen, die in Bezug auf HIV/Aids progressiv eingestellt sind und deren Haltung in keinem Widerspruch zu medizinischen Ansätzen steht.

9 Prävention bei HIV-positiven Sub-Sahara MigrantInnen

Die epidemiologischen Daten des Bundesamtes für Gesundheit lassen vermuten, dass ein beträchtlicher Teil der HIV-positiven Sub-Sahara MigrantInnen bereits mit HIV in die Schweiz einreist (BAG Abteilung Epidemiologie und Infektionskrankheiten und BAG Abteilung Sucht und Aids 2000).

Erste vorläufige Ergebnisse des laufenden Projektes Nr. 310³⁰ innerhalb der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie SHCS weisen darauf hin, dass ein überproportionaler Anteil aller in der SHCS geführten HIV-positiven und aidskranken Personen aus der Sub-Sahara stammen. Die grösste Gruppe davon machen Personen aus dem Congo démocratique aus. Während die hohen Zahlen die Bedeutung des Problems unterstreichen, zeigen sie aber auch auf, dass zumindest ein Teil der HIV-positiven Sub-Sahara MigrantInnen in die HIV-Sprechstunden integriert ist. Aus diesen Angaben ergibt sich, dass die Prävention bei HIV-positiven Personen, welche die Verbesserung des Zugangs zu medizinischer und zu psycho-sozialer Betreuung, des Zugangs zu Medikamenten, die Prävention von Infektionsübertragung und die De-Stigmatisierung umfasst, eine zentrale Bedeutung erhält.

9.1 Bedeutungen von Aids

Nebst den bereits erwähnten Bedeutungen von Aids, die aus den emischen Begriffen für Aids hervorgehen (→ 8.3), bestehen eine Reihe von Ursachenmodellen, welche in die Präventionsarbeit miteinbezogen werden müssen.

Bezüglich der Ätiologie von HIV/Aids werden allgemein stark exogene Ursachenmodelle beschrieben. Übereinstimmend stellen verschiedene InterviewpartnerInnen eine Sicht von HIV/Aids als Gottesstrafe oder Folge einer Schuld dar, die mit sozialem Fehlverhalten im Zusammenhang steht, das sich entweder auf die betroffene Person oder jemanden aus ihrem Umfeld beziehen kann und somit eine kollektive Dimension beinhaltet. Entsprechend verstärkt sich die Sicht von HIV/Aids als Schande und die Tabuisierung des Themas. Die Isolation der Betroffenen ist daher teilweise sehr gross. Bezüglich HIV-Prävention kann diese Sichtweise hinderlich für safer sex sein, indem unsafe sex nicht als eigentliche Ursache der Infektion wahrgenommen wird. Auch wenn die sexuelle Übertragbarkeit nicht negiert wird, kann dennoch die Annahme bestehen, dass die Frage, ob sich jemand in ungeschützten Kontakten tatsächlich ansteckt, durch die oben genannten Faktoren bestimmt wird.

Durch die exogenen Ursachenmodelle erhält die Krankheitsätiologie eine grosse Bedeutung: Warum wurde ich krank? Warum ist jemand aus meinem Umfeld krank? Was sind die zugrundeliegenden sozialen Ursachen? Aids wird dabei oft als durch Hexerei verursacht wahrgenommen (Guyot 1995/96; Studer 2000)³¹ Gesundheitsstrategien respektive Therapievorstellungen sind durch die Hoffnung motiviert, HIV/Aids könne durch Gott oder höhere Mächte

³⁰ geleitet durch Dr. med. Hansjakob Furrer, Inselspital Bern: Immigrants from developing countries in the Swiss HIV Cohort Study: Proportion of enrolled patients, course of HIV, access to antiretroviral therapy

³¹ In diesem Zusammenhang wird auch auf Analogien zwischen Aids und Hexerei hingewiesen: Beide werden als Folge von Fehlverhalten und Spannungen im sozialen Netz wahrgenommen und über beide wird nicht gesprochen (Schwab 2000).

geheilt werden, indem die sozialen Ursachen erkannt und angegangen werden. Einige Betroffene konsultieren daher auch Marabuts, religiöse Heiler oder Naturopathen, was sie allerdings im medizinischen Setting nicht erzählen. Gleichzeitig kann sich ein gewisser Fatalismus bezüglich der medizinischen Therapierbarkeit ergeben. Der Glaube an medizinische Therapien ist daher oft eher gering, auch wenn diese befolgt werden. Gemäss Projekterfahrungen in Belgien ist es wichtig, in der medizinischen Betreuung für unterschiedliche Erklärungsmodelle offen zu bleiben, diese zu diskutieren, allfällige Widersprüche zu thematisieren und keinen Anspruch auf eine Ausschliesslichkeit der medizinische Therapieansätze zu stellen. Dadurch kann die Kontinuität der Betreuung am ehesten gewährleistet werden (Louhenapessy 1996).

HIV/Aids als übertragbare Krankheit erhält in Gesellschaften, die stark auf das Kollektiv ausgerichtet sind, eine zusätzliche stigmatisierende Bedeutung: Da sie übertragbar ist, gefährdet sie die Beziehung der betroffenen Person mit dem Kollektiv und hat somit eine fundamentale soziale Dimension. In diesem Zusammenhang wird immer wieder der „soziale Tod“ angesprochen, den eine Person durch die Infektion erleidet und der eine der bedrohlichsten Dimensionen von HIV/Aids darstellt. Ist jemand als HIV-positiv bekannt, so wird die Person gemieden, was auch z. B. die Angst vor gemeinsamen Mahlzeiten einschliesst. Dieser Gefahr wird oft durch das Verschweigen der Infektion begegnet. Praktisch alle interviewten Sub-Sahara MigrantInnen stimmen darin überein, dass sie keine HIV-positiven Personen kennen bzw. erst vom HIV-Status erfahren haben, wenn jemand krank wurde oder starb. Auch PartnerInnen sind teilweise über eine HIV-Infektion nicht informiert. Familiensolidarität mit Menschen mit HIV/Aids spielt sich oft im Geheimen ab, da sich die Angehörigen fürchten, mit der Krankheit in Verbindung gebracht zu werden. Daher ist häufig auch das Wissen über die Verbreitung der Krankheit gering. Von Seiten von Betroffenen wird das „vivre dans le mensonge“ als sehr belastend wahrgenommen.

Für Betroffene werden aus diesen Gründen Betreuung und Beratung um so wichtiger. Diese sollten nach Möglichkeit auch die kollektive Dimension berücksichtigen, falls gewünscht beispielsweise durch den Einbezug und die Information von Familienmitgliedern. Eine wichtige Dimension der Sensibilisierung besteht darin, auf die nicht ansteckenden gemeinsamen Aktivitäten hinzuweisen und zu betonen, dass das alltägliche Zusammenleben mit einer HIV-positiven oder aidskranken Person kein Übertragungsrisiko bedeutet. Gleichzeitig muss bedacht werden, dass Ausgrenzungsmechanismen vielschichtige soziale Prozesse sind, die sich nicht alleine oder primär durch Übertragungsangst begründen lassen. Eine breite Thematisierung von HIV/Aids und der Lebenssituation und Probleme Betroffener ist eine Hauptbedingung, um die Stigmatisierung und Isolation zu vermindern. Dabei ist es auch von zentraler Wichtigkeit, die Konnotation von HIV/Aids mit dem unausweichlichen Tod zu durchbrechen und konkret auf das Potential der Früherkennung und der antiretroviralen Therapien hinzuweisen. Die antiretroviralen Therapien haben, wie die Erfahrungen in verschiedenen Ländern, so etwa Senegal (Desclaux 1998) oder der Schweiz (Kopp 2001) zeigen, das Potential, die Tabuisierung der Krankheit und die Stigmatisierung der Betroffenen zu mindern, indem die Assoziation von Aids und Tod abgeschwächt wird³².

³² An der Internationalen Aids-Konferenz 2000 in Durban, Südafrika, outete sich der südafrikanische Richter Cameron als HIV-positiv. Er betonte dabei das destigmatisierende Potential der Therapiemöglichkeiten: „Once you take away the link between AIDS and inevitable death, people become less fearful, they become more receptive to education, they become more receptive to behaviour change and societal prejudice diminishes.“
(<http://196.33.164.114/projects/aidsonline/aidshomepage.nsf/LookupIndexV/>)

Empfehlung 34

- **Thematisieren der Ausgrenzung Betroffener sowie Sensibilisierung für deren Lebenssituation und für Therapiemöglichkeiten, um deren Isolation zu vermindern**

Die Vorstellung, dass man einer HIV-Trägerin/einem HIV-Träger die Infektion ansieht, indem die Person krank aussieht und vom Tod gezeichnet ist, ist sehr gängig. Insbesondere wird HIV/Aids ausgeprägt mit Magerkeit in Verbindung gebracht. Diese Verbindung steht auch in Zusammenhang mit einem Körperideal, das Körperfülle als Zeichen von Schönheit und Reichtum wertet. Aus dieser Verbindung von HIV/Aids mit Magerkeit/Tod wird umgekehrt geschlossen, dass jemand, der gesund aussieht, nicht InfektionsträgerIn ist und safer sex somit überflüssig ist.

Empfehlung 35

- **Die wahrgenommene Verbindung von HIV und Magerkeit/Krankheit muss durchbrochen werden. Sowohl im Interesse der Primärprävention als auch der Betroffenen muss vermittelt werden, dass InfektionsträgerInnen Jahre bis Jahrzehnte gesund leben können und keine Anzeichen von Krankheit/Magerkeit aufweisen müssen.**

9.2 Zugang zu medizinischer, psychosozialer und rechtlicher Beratung und Betreuung

Medizinische Beratung und Betreuung

Mit der Möglichkeit, dass HIV potentiell behandelbar und chronisch ist, erhalten der HIV-Test und somit der rechtzeitige Zugang zum Gesundheitssystem und zu Therapien eine neue Bedeutung. Studien haben aufgezeigt, dass zahlreiche HIV-positive MigrantInnen einen späten Zugriff auf das Versorgungssystem haben (→ 8.10).

Empfehlung 36

- **Der Zugang zu medizinischer Betreuung und zu Therapien ist ein zentrales Problem und muss der Zielgruppe in einem früheren Krankheitsstadium ermöglicht werden**

Ein frühzeitiger Zugang zu medizinischer Versorgung bedingt nebst der Bekanntmachung von Betreuungs- und Beratungsangeboten auch eine gezielte Aufklärung über Therapiemöglichkeiten. Zu den antiretroviralen Therapien besteht unter den afrikanischen MigrantInnen kaum ein Diskurs. Informationen dazu kommen primär aus den HIV-Sprechstunden und erreichen somit nur Betroffene, die in medizinischer Betreuung sind.

Nebst der bereits erwähnten vermeintlichen Heilbarkeit von Aids durch die neuen Therapiemöglichkeiten sowie durch nicht-medizinische Therapieangebote zeigen die Erfahrungen des Mediators der Aids-Hilfe beider Basel bezüglich Therapien auch das Problem, dass AfrikanerInnen sich zum Teil zu wenig bewusst seien, dass die Therapien über die Krankenversicherung bezahlt werden. Häufig sei auf Grund von Erfahrungen in Afrika die Haltung vorherrschend, dass Therapien unbezahlbar seien. Die Information, dass diese Therapien durch die Krankenkassen bezahlt werden, kann eine mögliche Zugangsbarriere abbauen.

Empfehlung 37

➔ Informationen über Therapien und deren Finanzierung müssen in die Präventionsarbeit integriert werden

Die medizinische Betreuung von afrikanischen PatientInnen wird von Seiten des medizinischen Personals als sehr komplex wahrgenommen. Insbesondere die vordergründige Sprachkompetenz durch die in der Regel vorhandenen Kenntnisse einer Kolonialsprache wurde als „Falle“ beschrieben, indem auf Grund der gemeinsamen Sprache von einem gegenseitigen Verständnis ausgegangen werde und so interkulturelle Kommunikationsaspekte vernachlässigt würden. Da mit Sub-Sahara MigrantInnen meistens ohne DolmetscherInnen oder MediatorInnen gearbeitet wird, besteht im Unterschied zu anderen MigrantInnengruppen auch keine Möglichkeit eines Feedbacks. Es gibt ferner kaum Sub-Sahara MediatorInnen, die als Ressourcenpersonen beispielsweise in Weiterbildungen medizinischer Fachpersonen miteinbezogen werden könnten. Insbesondere mit den neuen Therapiemöglichkeiten ist die Rolle der ÜbersetzerInnen/MediatorInnen in der Konsultation jedoch wichtiger geworden. Die Durchführung von Dreifachtherapien ist ohne gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient nicht möglich. Aus Qualitätsgründen und insbesondere bei HIV/Aids auch aus Gründen der Geheimhaltung müssen professionelle ÜbersetzerInnen/MediatorInnen miteinbezogen werden. Diese dürfen vor allem keine Familienangehörigen sein. Das Mitbringen von Familienangehörigen oder Freunden als ÜbersetzerInnen in der Konsultation von afrikanischen MigrantInnen wurde auch in Belgien bezüglich der Geheimhaltung als problematisch empfunden (Louhenapessy 1996). Dass MediatorInnen in der Therapiebetreuung von Sub-Sahara MigrantInnen wichtig wären, verdeutlichen die Erfahrungen, die in Belgien gemacht wurden. Dort zeigte sich, dass MigrantInnen, falls sie tatsächlich Zugang zu Therapien haben, diese in einigen Fällen an ebenfalls HIV-positive Familienmitglieder im Herkunftsland senden, so dass eine Therapie auf mehrere Personen aufgeteilt wird³³. Diese Problematik wird auch für Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz vermutet.

Die Wichtigkeit der MediatorInnen steht im Widerspruch zur Tatsache, dass diese in der Schweiz lediglich an Spitälern überhaupt bezahlt werden können, während diesbezüglich in den Privatpraxen eine grosse Lücke besteht. Die Integration von afrikanischen ÄrztInnen und Pflegepersonal speziell in die HIV-Sprechstunden kann (muss aber nicht zwangsläufig!) gemäss den Erfahrungen am Universitätsspital Genf das Vertrauensverhältnis und somit die Betreuung positiv beeinflussen. Die Nicht-Anerkennung der medizinischen Ausbildungen von MigrantInnen bedeutet ein ungenutztes Potential.

Verschiedene soziale, kulturelle und religiöse Hintergründe sind speziell bei HIV/Aids auch in der medizinischen Betreuung wichtig, so etwa der Umgang mit Krankheit und Sterben, die Krankheitsvorstellungen, die religiöse Haltung, die Isolation der Betroffenen, und vor allem bei Frauen der Kinderwunsch bzw. die Bedeutung des Stillens. Die Berücksichtigung dieser Themen ist in der Betreuung von *allen* HIV/Aids-PatientInnen wichtig, SchweizerInnen wie MigrantInnen. Sie können aber bei MigrantInnen wegen der oft fehlenden gemeinsamen Sprache und dem unterschiedlichen kulturellen Hintergrund von Arzt und PatientIn problematischer werden.

Empfehlung 38

³³ Nel van Beelen: HIV/AIDS and Migration - Specific needs and appropriate interventions in the field of policies, prevention and care. Satellite meeting at the 13th International AIDS Conference (<http://www.nigz.nl/aidsmobility/>)

→ **Die Rolle der MediatorInnen in der Betreuung und Beratung von HIV/Aids-PatientInnen sowie die transkulturelle Kompetenz des medizinischen Personals müssen gestärkt werden**

Psychosoziale Betreuung

Die spezifisch psychosoziale Betreuung von betroffenen Sub-Sahara MigrantInnen wird momentan nur punktuell angegangen und stellt eine Lücke in der Gesundheitsversorgung dieser Zielgruppe dar.

Empfehlung 39

→ **Die psychosoziale Betreuung Betroffener muss ausgebaut werden**

Es fehlt hier an institutionell verankerten psychosozialen Angeboten einerseits und an Selbsthilfegruppen sowie Outingbestrebungen und deren Unterstützung andererseits.

Für die schwache Resonanz, die Selbsthilfegruppen und Outing in der Zielgruppe haben, wurden von unseren InterviewpartnerInnen immer wieder die starke Tabuisierung von HIV/Aids und die damit einhergehenden sozialen Sanktionen angeführt (→ 8.1).

Gleichzeitig gibt es jedoch in den Sub-Sahara Ländern (UNAIDS 2000a), in verschiedenen europäischen Ländern (→ 12) und ansatzweise in der Schweiz bereits erfolgreiche in diese Richtung gehende Bestrebungen, an die angeknüpft werden kann.

In Lausanne besteht eine durch eine ruandische Mediatorin initiierte und begleitete Selbsthilfegruppe von seropositiven und an Aids erkrankten AfrikanerInnen, welche anfänglich fünf und gegenwärtig rund 15 Personen umfasst (→ 10). Diese treffen sich je nach Bedürfnis zu zweit sowie in einer Gruppe von fünf Personen.

Die allmähliche Zunahme der GruppenteilnehmerInnen verdeutlicht, dass der Aufbau von Selbsthilfegruppen Kontinuität und Zeit braucht.

Gemäss der Mediatorin ist das Bedürfnis nach Austausch und sozialer und emotionaler Unterstützung der betroffenen Personen sehr gross. Insbesondere bei Männern sei es kaum möglich, ein Outing zu motivieren, so dass mit Männern fast nur ein Austausch zu zweit möglich ist. Für beide Geschlechter stellt jedoch das Outing einen grossen Schritt dar, der viel psychische Unterstützung erfordert.

Wichtige Gesprächsthemen in den Selbsthilfegruppen sind Liebe und Partnerschaft, Angst vor Zurückweisung, Verlust des Selbstvertrauens, die verschiedenen Therapiemöglichkeiten im biomedizinischen und im Laienbereich sowie bei Frauen Mutterschaft und Stillen.

Die Mediatorin hat ein Modell des Zugangs erarbeitet, das sich auch in anderen Städten anwenden liesse. Eine Kontaktaufnahme mit ihr ist über die HIV-Sprechstunde des Universitätsospitals Lausanne möglich, wo ihre Visitenkarte durch die ÄrztInnen an betroffene Sub-Sahara MigrantInnen weitergegeben wird. Dies gewährleistet eine anonyme Kontaktaufnahme.

Für die psychosoziale Betreuung unter Betroffenen scheint demnach eine Zusammenarbeit mit den HIV-Sprechstunden sinnvoll. Damit werden allerdings diejenigen Betroffenen nicht erreicht, welche nicht in dieses Betreuungssetting integriert sind.

In Genf begleitet und betreut Dominique Roulin vom „Ministère Sida“ der protestantischen Kirche seit rund 13 Jahren Menschen mit HIV/Aids. Das Angebot ist nicht *communityspezifisch* ausgerichtet. Dominique Roulin hat jedoch gute Kontakte zu den afrikanischen *Communities* und begleitet daher auch AfrikanerInnen mit HIV/Aids, in erster Linie Frauen. Aus der Angst vor

Bekanntwerden der HIV-Infektion geschieht diese Begleitung bisher primär individuell. Das Bilden einer Selbsthilfegruppe wird angestrebt. Das Ministère Sida unterhält gute Kontakte zu anderen HIV/Aids-spezifischen Institutionen in Genf wie etwa der HIV-Sprechstunde und der Groupe Sida Genève, so dass eine sinnvolle Aufgabenteilung und bei Bedarf eine Weiterweisung der Personen zwischen diesen Institutionen funktioniert.

Nebst der Weiterführung und dem Ausbau von Bestrebungen von Betroffenen, sich selber zu organisieren, muss unter der Zielgruppe auch das Konzept von „People living with Aids“ PWA besser bekannt gemacht werden, wie es beispielsweise im Schulprojekt der Aids-Hilfe Schweiz praktiziert wird, wo gegenwärtig auch zwei AfrikanerInnen aktiv sind. Das Verständnis für Betroffene und das Wissen über die Krankheit werden im Schulprojekt durch direkte Begegnungen mit Menschen mit HIV und Aids vermittelt, indem Betroffene den Jugendlichen erzählen, wie ihr Leben mit HIV und Aids aussieht³⁴.

Es wäre sinnvoll, diesen Ansatz auch für die Zielgruppe der Sub-Sahara MigrantInnen aufzunehmen.

Empfehlung 40

→ Das Verständnis für Betroffene und das Wissen über die Krankheit müssen in der Zielgruppe durch direkte Begegnungen mit Menschen mit HIV und Aids („People living with Aids“ PWA) gefördert werden

Rechtliche Beratung

In der rechtlichen Beratung von HIV-positiven MigrantInnen aus der Sub-Sahara stellt sich primär die Frage nach den aufenthaltsrechtlichen Bedingungen bei positivem Serostatus und nach laufenden Kombinationstherapieprogrammen. Die Aids-Hilfe Schweiz AHS, welche sich mit dieser Thematik intensiv befasst hat, vertritt dabei folgenden Standpunkt:

Es besteht ein Handlungsbedarf, sich gegen eine Ausschaffung HIV-positiver AusländerInnen einzusetzen,

- wenn deren Serostatus zu unmenschlicher Behandlung führt
- wenn die Krankheit so weit fortgeschritten ist, dass die Ausschaffung selbst eine unmenschliche Behandlung darstellt
- wenn eine schulmedizinisch indizierte Kombinationsbehandlung besteht (Aids-Hilfe Schweiz 2000a).

Die bisherige Rechtsprechung in der Schweiz und des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte deckt sich nicht mit der Haltung der AHS. Bisher sind nur zwei Fälle von an Aids erkrankten MigrantInnen bekannt, bei denen aus humanitären Gründen von einer Ausschaffung abgesehen wurde. Bei Fällen von HIV-positiven AusländerInnen, die in einer schulmedizinisch indizierten Kombinationstherapie sind, besteht die Gerichtspraxis der Ausschaffung unter zur Verfügung stellen von entsprechenden Medikamenten während einer bestimmten Zeitspanne. Diese Praxis ist jedoch sowohl in medizinischer wie in soziokultureller Hinsicht umstritten, da das erwähnte Teilen von antiretroviralen Medikamenten mit betroffenen Verwandten und Freunden damit noch gefördert wird (Haour-Knipe 2000). Die auf Grund von möglichen Resistenzbildungen für den Therapieerfolg erforderliche *Adherence* ist zudem nur bei einer optimalen Information und stetiger informierter Betreuung, wie sie im Remigrationskontext kaum erbracht werden kann, gewährleistet. Therapieerfolg und Krankheitsverlauf müssen zudem überwacht werden und die Medikamente müssen schnell vor Ort sein und entsprechend gelagert

³⁴ <http://www.aids.ch/>

werden können. Auch diese Bedingungen können im Remigrationskontext schwerlich erfüllt werden (Aids-Hilfe Schweiz 2000a).

In der Rechtsberatung von HIV-positiven MigrantInnen werden zwei Hauptproblembereiche definiert. Zum einen wird für die Zielgruppe der illegalisierten MigrantInnen ein grosser Handlungsbedarf ausgemacht. Hier stellt sich insbesondere das Problem der Erreichbarkeit dieser Zielgruppe. Erfahrungen der Groupe Sida Genève GSG zeigen, dass fast keine illegalisierte MigrantInnen die Beratung aufsuchen.

Die rechtliche Beratung von MigrantInnen mit HIV/Aids zeichnet sich zum andern durch eine ausgesprochene Hochschwelligkeit aus. Sub-Sahara MigrantInnen, welche Rechtsberatungen aufsuchen, werden in der Regel durch andere Institutionen vermittelt und befinden sich zudem meist bereits in einer Therapie, was bedeutet, dass sie eine starke Selektion der von HIV/Aids betroffenen MigrantInnen darstellen. Bei MigrantInnen aus der Sub-Sahara Region, welche als wenig vernetzt und auf Grund oft schlechter sozialer Integration mit ausgeprägt individualisierten Problemlagen wahrgenommen werden, besteht hier ein Bedarf nach Verbesserung des Zugangs zu Informationen. Dabei müssen insbesondere auch Frauen spezifisch angegangen werden.

Grundsätzlich suchen mehr Männer als Frauen der Sub-Sahara *Communities* die Rechtsberatungen auf. Im Allgemeinen haben Frauen mehr Vorbehalte als Männer, die Beratung aufzusuchen. Bei den Beratungsthemen bestätigt sich hier wiederum die Tatsache, dass MigrantInnen nicht prioritär mit HIV/Aids-Themen, sondern mit allgemeinen migrationsspezifischen Fragen befasst sind: Beratungsthemen der Männer sind meistens Asylanträge, während Frauen oft soziale Fragen wie Eheprobleme oder die Familienzusammenführung mit in den Herkunftsländern wohnhaften Kindern thematisieren.

Empfehlung 41

→ **Angesichts der Komplexität von Rechtsinformationen empfiehlt sich eine Informationspolitik mittels Broschüren explizit nicht. Statt dessen müssen die adäquaten Kontaktstellen sowohl in den Zielgruppen wie in den Hilfsorganisationen besser bekannt gemacht werden. Dies soll mittels mündlicher Kommunikationsformen und ergänzend in schriftlicher Weise (Flyer) geschehen.**

9.3 Illegalisierte MigrantInnen

Auf der Grundlage unserer Daten lassen sich keine detaillierten Aussagen über die Situation von illegalisierten, HIV-positiven MigrantInnen aus der Sub-Sahara Region machen. Nach Aussagen unserer SchlüsselinformantInnen können die in der Folge für MigrantInnen allgemein formulierten Aussagen auch auf diese besondere Zielgruppe bezogen werden.

Für illegalisierte, HIV-positive MigrantInnen wirkt sich die erwähnte massive medizinische Unterversorgung von illegalisierten MigrantInnen in erhöhtem Ausmass aus. Die medizinische Betreuung und Therapie stellt hier ein Hauptproblem dar, da die illegalisierten MigrantInnen oft über keine Krankenkasse und somit keine entsprechenden Finanzierungsmöglichkeiten verfügen. Es bestehen jedoch einzelne Ansätze, diesen Personen medizinische Betreuung und Therapien zu finanzieren. In Genf haben die Hôpitaux Universitaires de Genève HUG einen Fonds für illegalisierte MigrantInnen. Dieser kann aber die Bezahlung der Betreuung von HIV-positiven Personen nicht übernehmen, da die Kosten das Budget sprengen. Ein Fonds von verschiedenen TrägerInnen in Genf springt in die Lücke, indem die Betreuung bezahlt wird. Antiretrovirale Medikamente werden dabei unter anderem von ÄrztInnen gestiftet.

An der HIV-Sprechstunde in Bern bestehen lediglich Einzelerfahrungen mit illegalisierten MigrantInnen. Mögliche Finanzierungsmodelle beinhalten Spenden von kirchlicher und institutioneller Seite sowie zumindest für die Laboruntersuchungen, welche weniger teuer als die Therapien sind, die Bezahlung durch die MigrantInnen selbst.

Empfehlung 42

→ Betreuungs- und Therapiemöglichkeiten für illegalisierte MigrantInnen müssen geschaffen resp. unterstützt werden

Ähnliche Probleme wie für illegalisierte MigrantInnen stellen sich auch für sehr mobile MigrantInnen. Ein Arzt afrikanischer Herkunft in Genf machte die Erfahrung, dass relativ viele Migranten „auf Durchreise“ zu ihm kamen, wobei auch bei diesen die HIV-Diagnose meist erst in der Konsultation gestellt wurde. Er wies diese Personen, wie andere HIV-positive Personen an die HIV-Sprechstunde weiter, wo die Therapiefrage diskutiert wurde. Durch die Mobilität ist die Kontinuität der Therapien kaum gewährleistet. Es ist denkbar, dass afrikanische ÄrztInnen vor allem für schlecht in die schweizerischen Strukturen integrierte MigrantInnen, wie beispielsweise sehr mobile MigrantInnen, eine niederschwelligere Anlaufstelle darstellen, wobei diese Annahme noch verifiziert werden müsste.

Das ebenfalls bereits erwähnte Problem der erschwerten Erreichbarkeit von illegalisierten MigrantInnen durch bestehende Beratungsangebote der gesundheitlichen Regelversorgung stellt sich für von HIV/Aids betroffenen Personen mit erhöhter Dringlichkeit. Nach Aussagen der von uns befragten MediatorInnen gestaltet sich, zumindest was die Primärprävention anbelangt, die Ansprechbarkeit dieser spezifischen Zielgruppe in der aufsuchenden Arbeit weniger schwierig, da ohnehin oft entlang sozialer Netzwerke, welche auch illegalisierte MigrantInnen umschliesst, vorgegangen wird. Die MediatorInnentätigkeit muss deshalb in verstärktem Ausmass für die Gruppe der illegalisierten und darunter insbesondere der von HIV/Aids betroffenen MigrantInnen sensibilisiert werden. Die MediatorInnen müssen dabei über die entsprechenden Hintergrundinformationen (das Recht auf medizinische Behandlung, ärztliche Schweigepflicht, Krankenkassen, die illegalisierte MigrantInnen aufnehmen, allfällige Triagestellen und Fonds) verfügen.

Empfehlung 43

→ **Illegalisierte, HIV-positive MigrantInnen müssen durch MediatorInnen erreicht und über ihre gesundheitlichen Rechte informiert werden**

9.4 Geschlechtsspezifische Aspekte der Prävention bei HIV-positiven Frauen

Im Hinblick auf die gemeldeten HIV/Aids-Fälle in der Schweiz sind, wie bereits erwähnt, Sub-Sahara Migrantinnen von der HIV-Infektion doppelt so stark betroffen wie Sub-Sahara Migranten (BAG Abteilung Epidemiologie und Infektionskrankheiten und BAG Abteilung Sucht und Aids 2000). Von denjenigen Frauen, mit denen über die HIV-Sprechstunde Kontakte bestehen, scheint sich ein Grossteil im Herkunftsland mit HIV angesteckt zu haben.

Für die von HIV betroffenen Migrantinnen aus der Sub-Sahara stellen sich primär die bereits erwähnten Probleme des späten Zugangs zu medizinischer und psychosozialer Hilfe sowie der starken sozialen Isolation. Während diese Probleme für alle Sub-Sahara MigrantInnen gelten, sind Frauen im verstärkten Masse davon betroffen.

In Bezug auf den späten Zugang zum Gesundheitssystem muss angenommen werden, dass bei Frauen die Tabuisierung der eigenen Betroffenheit in erhöhtem Ausmass zutrifft, da mit HIV/Aids assoziierte Stigmata für Frauen stärker sind. Eine Verminderung der Tabuisierung von HIV/Aids und der verstärkten Stigmatisierung von betroffenen Frauen scheint der effizienteste Weg zu sein, dass die HIV-Infektion früher diagnostiziert werden kann.

Die drohende soziale Isolation der betroffenen Frauen ist sehr gross. Teilweise wissen nicht einmal die Partner (vor allem neuere Partner) oder Familienangehörige von der Infektion. Dies scheint auch damit zusammenzuhängen, dass Frauen bei Bekanntwerden einer HIV-Infektion in den Sub-Sahara Ländern starken sozialen Ausgrenzungen und teilweise auch Gewalt ausgesetzt sind. In einer Studie in Kenia beispielsweise berichteten 20% der Frauen von Gewaltanwendung ihres Partners, als sie ihm das Testresultat bekanntgaben³⁵.

Dennoch ist laut den betroffenen Frauen an der HIV-Sprechstunde des Universitätsspitals Genf die Übertragung der Infektion nicht deren Hauptproblem, da sie versuchen, Kondome ohne Angabe des Grundes zu verwenden. Feste Partner, speziell Schweizer, welche über die HIV-Infektion informiert sind, hätten jedoch teilweise Mühe mit dem konsequenten Kondomgebrauch.

Aus der Isolation und Tabuisierung des Themas Aids resultiert teilweise ein grosses Bedürfnis der betroffenen Frauen, mit der Ärztin über ihre persönliche Situation zu sprechen. Wie bereits im Kapitel 8.5 angesprochen, geschieht Kommunikation über Sexualität nur bedingt über die Geschlechtsgrenze hinweg, so dass auch im medizinischen Bereich eine geschlechtsspezifische Betreuung sinnvoll ist.

³⁵ World Aids Conference Durban 2000, Session D22 „Violence Against Women“, 12. Juli 2000

Empfehlung 44

→ In den HIV-Sprechstunden geschlechtsspezifische Betreuung von HIV-positiven Personen aus der Sub-Sahara anstreben

Mutter-Kind Übertragung

Jährlich werden weltweit über 600'000 Kinder mit HIV infiziert, wobei über 90% dieser Infektionen durch Mutter-Kind Übertragung erfolgen. Insgesamt wird geschätzt, dass seit dem Beginn der Epidemie 5.1 Millionen Kinder mit HIV infiziert wurden, die meisten davon in Entwicklungsländern³⁶.

Die Mutter-Kind Übertragung kann während der Schwangerschaft, der Geburt oder beim Stillen geschehen. Es wird geschätzt, dass rund zwei Drittel der Übertragungen während Schwangerschaft und Geburt stattfinden und etwa ein Drittel auf das Stillen zurückzuführen sind³⁷. Vorbeugende Massnahmen sind die Einnahme von antiretroviralen Therapien während der Schwangerschaft, die Entbindung durch Kaiserschnitt und der Verzicht auf das Stillen zugunsten von Flaschennahrung. Das Risiko einer Mutter-Kind Übertragung kann durch die Kombination dieser Massnahmen stark eingeschränkt werden. Sämtliche Massnahmen stellen in den ärmeren Ländern ein potentiell Problem dar, da es oft an entsprechenden Ressourcen und Informationen fehlt. Beim Stillen kommt zudem häufig der Widerstand der Mütter hinzu, die sich mit dem Verzicht auf das Stillen outen müssen und deshalb potentiell der Stigmatisierung ausgesetzt sind. Punktuelle Studien in afrikanischen Ländern fanden zwischen 50% bis 92% HIV-positive Mütter, die statt Muttermilch Pulvermilch wählten (UNAIDS 2000b: 83).

Laut InterviewpartnerInnen afrikanischer Herkunft ist es unter Sub-Sahara Migrantinnen bekannt, dass eine Geburt ohne HIV-Übertragung möglich ist. Sub-Sahara Migrantinnen, die in ärztlicher Betreuung an den HIV-Sprechstunden sind, führen die Präventionsmassnahmen durch, insbesondere den Kaiserschnitt und den Verzicht auf das Stillen. Dies hängt bei den beiden letztgenannten Massnahmen auch damit zusammen, dass kaum eine reale Wahlmöglichkeit besteht. Im Migrationskontext ist der Verzicht auf das Stillen ferner einfacher zu legitimieren, da die soziale Kontrolle weniger stark ist und leichter plausible Gründe für eine Stillabstinenz angeführt werden können (wie z. B. Milchmangel infolge Migrationsstress).

Das Testangebot, das schwangeren Frauen gemacht wird, um die Mutter-Kind Übertragung zu reduzieren, stellt eine Möglichkeit dar, auch HIV-positive Männer besser zu erreichen. Falls möglich und von den Frauen erwünscht, kann den Partnern ebenfalls der HIV-Test und bei Bedarf antiretrovirale Therapien vorgeschlagen werden³⁸.

Insgesamt scheint es, dass bei schwangeren Frauen, deren Serostatus bekannt ist und die in medizinischer Betreuung sind, die Prävention der Mutter-Kind Übertragung gewährleistet ist. Der grösste Risikofaktor für die vertikale HIV-Transmission ist vielmehr die fehlende spezifische medizinische und psychosoziale Betreuung.

Dieser Aspekt gewinnt vor dem Hintergrund des bei vielen Sub-Sahara Migrantinnen starken Kinderwunsches noch an Wichtigkeit. Die Reproduktionsfähigkeit ist ein zentraler Aspekt der Konstruktion von Weiblichkeit in sehr vielen afrikanischen *Communities*. Der Wert einer Frau

³⁶ <http://www.hivnet.ch:8000/africa/safco/> (Message Nr. 199 vom 30. Oktober 2000)

³⁷ <http://www.hivnet.ch:8000/africa/safco/> (Message Nr. 199 vom 30. Oktober 2000) sowie Desclaux und Taverne (2000)

³⁸ European Project AIDS and Mobility: Specific needs of migrants, ethnic minorities and refugees and the field of HIV/AIDS (<http://www.nigz.nl/aidsmobility/>)

wird auch im Migrationskontext stark an der Zahl der Nachkommen gemessen. Die soziale Bedeutung des Kinderwunsches, welche sich in einer Angst vor Unfruchtbarkeit und vor einer damit einhergehenden sozialen Marginalisierung ausdrückt, drängt die HIV-Thematik in den Hintergrund. Gekoppelt mit der geringen Bereitschaft zur Veröffentlichung der HIV-Infektion wird der Entscheid für oder gegen Kinder teilweise sehr isoliert und unter entsprechenden emotionalen Belastungen gefällt. Eine frühere Erreichbarkeit und eine adäquate psychosoziale Betreuung dieser Frauen ist wichtig. Hier wäre auch die Zusammenarbeit mit DometscherInnen nötig, die einen Zugang zu den komplexen Themen der Bedeutung des Kinderwunsches oder – im Fall einer Realisierung des Kinderwunsches – des Kaiserschnitts und des Stillens ermöglichen könnten. (Sonnenberg-Schwan 1999; Kremer 2000; Sonnenberg-Schwan 2000)

10 Projekte und ProjektträgerInnen in der Schweiz

Projekt Migration und Gesundheit

In die HIV/Aids-Prävention des Bundesamtes für Gesundheit waren AfrikanerInnen bisher nur marginal durch das Projet Migrants-Santé/Migrantenprojekt (heute Projet Migration et Santé/Projekt Migration und Gesundheit) einbezogen. In ersten Abklärungen, welche die Basis für das Projet Migrants-Santé lieferten, wurden auch afrikanische Gruppierungen kontaktiert und erfasst (Fleury 1988). In der Folge wurde aber zunächst darauf verzichtet, AfrikanerInnen als eine Zielgruppe in das Projekt einzubeziehen. Einerseits stellten sie eine deutlich kleinere Bevölkerungsgruppe als etwa die SpanierInnen, PortugiesInnen und TürkInnen dar, die in einer ersten Projektphase als Zielgruppen definiert wurden. Andererseits war die Angst vor Stigmatisierung im Falle der AfrikanerInnen besonders ausgeprägt, unter anderem wegen des Negativbeispiels des US-amerikanischen Diskurs um die Rolle von *ethnic minorities*. Vorgesehen war damals, die AfrikanerInnen in einer späteren Projektphase einzubeziehen. 1993 wurde die Arbeit mit AfrikanerInnen unter der Leitung von Sofi Ospina aufgenommen. Die in der Folge umgesetzten Interventionsstrategien umfassten die Produktion eines Theaters, die Organisation eines frauenspezifischen Anlasses im Moulin à Danse MAD in Genf sowie durch einen zairischen Mediator durchgeführte Informationsanlässe in Asylunterkünften. In Zusammenarbeit mit der Groupe Sida Genève GSG und der Association des Jeunes d'Origine Africaine AJOA entstand eine durch das Projet Migrants finanzierte Sonderausgabe der Zeitschrift "La Griffes" zum Thema HIV/Aids in einer Auflage 10'000 Exemplaren (Association des Jeunes d'Origine Africaine und Genève 1994). In den folgenden Jahren führten die GSG und die AJOA Informations- und Präventionsarbeit an Kultur- und Sportveranstaltungen durch. In Lausanne wurde die Gründung einer Selbsthilfegruppe von seropositiven und an Aids erkrankten AfrikanerInnen durch eine ruandische Mediatorin unterstützt (→ 9.2). Da sich die Konstituierung der Gruppe aus Angst vor Diskriminierung zunächst problematisch gestaltete, handelte es sich um eine primär individuelle Unterstützung von fünf Personen. Die Mediatorin führt die Begleitung und Unterstützung von seropositiven und an Aids erkrankten AfrikanerInnen, inzwischen ehrenamtlich, bis heute weiter. Sie ist inzwischen mit ungefähr 15 von HIV/Aids betroffenen AfrikanerInnen, teilweise einzeln oder zu zweit und in einer Gruppe von fünf Personen, in regelmässigem Kontakt.

Mit dem Ausscheiden von Sofi Ospina aus dem Projet Migrants-Santé im Jahr 1998 wurde die Arbeit in der afrikanischen Population sistiert und erst im Jahr 2000 durch ein befristetes

Präventionsprojekt (PEPS ANCO) weitergeführt. Auf Grund der bisherigen Erfahrungen, welche eine starke Heterogenität und Streuung der Zielgruppen aufzeigten, wurde eine spezifischere Zugangsweise gewählt. Der kongolesische Mediator Zalo Zico Mpembele schlug vor, anstelle von übergreifenden, ganz Afrika umfassenden oder nationalen Kriterien ein Projekt zu lancieren, welches sich an der Sprachgruppe der Lingala sprechenden Personen, d.h. AfrikanerInnen aus den Ländern Angola, Kongo und Congo démocratique richtet. Das daraus resultierende Projekt PEPS ANCO lief bis Oktober 2000 und umfasste die Verbesserung des Zugangs zu Information und Präventionsstrukturen mittels niederschwelliger Angebote in der Muttersprache. (Bundesamt für Gesundheit 1995; Bundesamt für Gesundheit 1997; Mpembele 1999; Bundesamt für Gesundheit 2000)

Vereinzelte Beratungen portugiesischsprachiger AfrikanerInnen in der Schweiz werden ausserdem durch die Mediatorin für die portugiesischsprachige Bevölkerung in der Schweiz, Eunice Carvallho durchgeführt. Innerhalb der capverdischen *Community* in Basel unternimmt die Mediatorin gegenwärtig den Versuch, eine Jugendgruppe zu gründen, in welcher die HIV/Aids-Prävention sicher ein Thema sein wird.

Aids-Hilfe Schweiz und regionale Aids-Hilfen

Angesichts der Zunahme von HIV-Infektionen bei der in der Schweiz lebenden afrikanischen Bevölkerung erstellte die Aids-Hilfe beider Basel AHbB im Rahmen ihres Projekts „GuM“ (Gesundheit und Migration) 1999 eine Situationsanalyse zur Abklärung der Erreichbarkeit dieser Gruppe durch das GuM (→ 8.3). Seit Sommer 2000 beschäftigt die AHbB einen Mediator kenianischer Herkunft.

Die HIV/Aids-Prävention bei MigrantInnen aus der Sub-Sahara ist auch ein Bestandteil des von der Aids-Hilfe Schweiz AHS im Auftrag des BAG seit 1992 realisierten Projektes „Aidsprävention im Sexgewerbe“ APiS. Dieses Projekt richtet sich an *Migrant Sexworkers*. Die HIV-Präventionsbotschaft wird mittels sogenannter Barfüsserfrauen, d.h. Frauen mit demselben sprachlichen und kulturellen Hintergrund wie die *Sexworkers*, überbracht. Im inzwischen regionalisierten, von 12 lokalen Organisationen umgesetzten Barfüsserprojekt arbeiten insgesamt 29 Barfüsserfrauen, davon auch einige Frauen afrikanischer Herkunft (Aids-Hilfe Schweiz 1999: 5).

Im Sommer 2000 beteiligte sich die Groupe Sida Genève (GSG) an der Aktion „Genèvr'roule“, bei der AsylbewerberInnen vorwiegend afrikanischer Herkunft den Verleih von Velos, Rollbrettern, etc. übernahmen. Sie verteilten im Rahmen der Aktion auch Kondome der GSG an die Bevölkerung und wurden in diesem Sinne von der GSG als MediatorInnen eingesetzt. Obwohl die Aktion erfolgreich verlief, zeigen die ersten Erfahrungen, dass es eine intensivere, kontinuierlichere Zusammenarbeit und Begleitung mit der GSG für eine solche MediatorInnenrolle braucht. Dies ist auf Grund der kurzen Aufenthaltsdauer der AsylbewerberInnen in den Zentren schwierig.

Die GSG führte zudem am 3. Oktober 2000 einen Journée de réflexion zum Thema „Les communautés africaines à Genève et le VIH/sida, un éclairage“ durch. Ziel dieser Tagung war primär das Kennenlernen der Sicht von afrikanischen MigrantInnen auf HIV/Aids. Es wurden noch keine konkreten Projektaktivitäten geplant.

Die AHS ist gegenwärtig dabei, in Zürich, Genf und Bern spezifische Angebote für Sub-Sahara MigrantInnen zu prüfen um im Jahr 2001 mit einer praxisbezogenen Prävention für diese Zielgruppe beginnen zu können (Aids-Hilfe Schweiz 2000b). Dabei wird beabsichtigt, die HIV/Aids-Prävention in bestehende Fachstellen für MigrantInnen zu integrieren, weshalb der Schwerpunkt der gegenwärtigen Arbeit auf der Vernetzung mit den lokalen Institutionen liegt. Es wird ferner versucht, Schlüsselpersonen und -orte wie etwa afrikanische Coiffeursalons zu eruieren, welche parallel zu den bestehenden Fachstellen einen Teil der Präventionsarbeit übernehmen könnten.

Rechtliche Beratung durch die Aids-Hilfe Schweiz und regionale Aids-Hilfen

Die rechtliche Beratung von HIV-positiven MigrantInnen aus der Sub-Sahara findet im Rahmen der allgemeinen Rechtsberatung für von HIV betroffene AusländerInnen in der Schweiz statt, welche von der AHS im Rahmen der Dienstleistung „HIV/Aids und Recht“ angeboten wird. Die AHS bietet zudem den kantonalen Aids-Hilfen in konkreten Fällen juristische Unterstützung an. Die AHS ist ferner bemüht, ihren Standpunkt hinsichtlich des Bleiberechts von HIV-positiven und an Aids erkrankten AusländerInnen (→ 9.2) in den mit der entsprechenden Problematik befassten nationalen Entscheidungsstellen bekannt zu machen. Sie unterstützt die kantonalen Aids-Hilfen bei entsprechenden Bestrebungen auf kantonaler Ebene.

Unter den kantonalen Aids-Hilfen hat die GSG die grösste Erfahrung in der Rechtsberatung von Sub-Sahara MigrantInnen. 1999 führte die GSG 244 individuelle Rechtsberatungen durch, wovon 24% das Thema Ausländerrechte betrafen (Groupe Sida Genève 2000). Die GSG schätzt, dass etwa zwei Drittel der AusländerInnen in ihrer Beratung AfrikanerInnen, primär aus Angola und dem Congo démocratique, sind. Das Angebot kann nicht als niederschwellig bezeichnet werden; die meisten Personen werden durch ÄrztInnen oder durch das Ministère Sida (→ 9.2) vermittelt. Es dürfte auch mit dieser relativen Hochschwelligkeit zusammenhängen, dass keine illegalisierten AfrikanerInnen in die Beratung kommen, und dass die meisten Personen bereits eine antiretrovirale Therapie durchführen. Mehr Männer als Frauen suchten das Beratungsangebot auf, wobei die Frauen primär auf Vermittlung des Ministère Sida zu den Beratungsstellen gelangen. Eine Möglichkeit, die Beratung niederschwelliger zu gestalten, sieht die GSG in einer intensiveren Zusammenarbeit mit *community*-nahen Organisationen und Institutionen.

Community-Based Organisations

Erste Ansätze zu HIV-Prävention durch Organisationen von Sub-Sahara MigrantInnen sind uns vom Verein Communauté africaine en Suisse, der IG Afrikanium und des Treffpunkts für schwarze Frauen in Zürich bekannt. Die Communauté africaine en Suisse, Luzern, liess auf Initiative ihres Leiters vor etwa drei bis vier Jahren durch das BAG eine Informationsbroschüre zu HIV/Aids an ihre rund 100 Mitglieder in der Innerschweiz versenden, um den Informationsstand zu verbessern. Laut ihrem Leiter seien die Reaktionen auf die Broschüre durchgehend positiv gewesen. Einige Mitglieder waren lediglich irritiert, woher das BAG ihre Adresse habe und weshalb gerade sie die Broschüre erhielten. Nach der Klärung, dass der Versand von der Communauté africaine en Suisse initiiert und organisiert wurde, hätten sich diese Vorbehalte zerstreut.

Die neugegründete Gruppierung IG Afrikanium, Olten, definiert sich als eine „Interessengemeinschaft für Bildung, Gesundheit, und afrikanische Kulturen“ und hat sich somit die Gesundheitsförderung als ein explizites Ziel gesetzt. Konkret hat die IG noch vor Beginn des vorliegenden BAG-Projektes einen Vorgehensplan für die HIV/Aids-Prävention erarbeitet, der aber noch nicht umgesetzt ist.

Der Verein Africa Freedom, Zürich, thematisierte zwar nicht die HIV/Aids-Prävention in der Schweiz, machte aber Aids in Afrika zum Thema ihres Festivals „Integration“ im Jahr 2000. In diesem Rahmen fand eine Podiumsdiskussion mit verschiedenen Fachleuten afrikanischer Herkunft statt. Die Propagierung dieses Podiums via Flyer in afrikanischen Läden in Zürich stiess bei den Ladeninhabern afrikanischer Herkunft, nachdem geklärt war, dass die Veranstaltung von einer afrikanischen Organisation durchgeführt wurde, auf positive Reaktionen.

Empfehlung 45

→ Die Thematisierung von HIV/Aids durch *Community-Based Organisations* muss in der Präventionsarbeit gefördert und bei Bedarf inhaltlich, organisatorisch, und finanziell unterstützt werden („*bottom-up approach*“)

Empfehlung 46

→ Die Angst vor einer Stigmatisierung als AfrikanerInnen bzw. als HIV-TrägerInnen muss berücksichtigt und durch die Zusammenarbeit mit *Community-Based Organisations* vermindert werden

Empfehlung 47

→ Neue Projekte sollen allenfalls mit bestehenden Projekten und Projektansätzen kombiniert und/oder abgestimmt werden

11 HIV/Aids-Prävention in afrikanischen Ländern

Von den weltweit durch die UNAIDS geschätzten 34'500'000 Personen mit HIV/Aids leben 24'500'000 in Sub-Sahara Afrika, also etwa sieben von zehn Personen. Etwa acht von zehn Personen, die bis 1999 an Aids gestorben sind, lebten in Sub-Sahara Afrika. Neun von zehn Aids-Waisen leben in Sub-Sahara Afrika. Gleichzeitig macht die Gesamtbevölkerung der Sub-Sahara Länder lediglich einen Zehntel der Weltbevölkerung aus. (UNAIDS 2000b: 124)

Die vergleichsweise hohen HIV-Raten bei Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz spiegeln somit die internationale Situation und können daher weder isoliert betrachtet noch ausschliesslich auf nationaler Ebene angegangen werden. Im folgenden Kapitel wird eine Auswahl erfolgreicher Präventionsansätze in afrikanischen Ländern kurz dargestellt, da diese auch Hinweise auf sinnvolle Ansätze in der Schweiz liefern. Wir widmen uns ferner kurz dem schweizerischen Entwicklungs-Engagement bezüglich HIV/Aids in Afrika, da dies ein Potential darstellt, HIV/Aids-Prävention auch in den Herkunftsländern der MigrantInnen zu unterstützen und somit unter anderem auch die Ursachen der relativ hohen HIV/Aids-Raten unter Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz anzugehen.

11.1 Uganda

Relativ wenige afrikanische Länder haben kontinuierliche Monitoring-Programme bezüglich HIV-Prävalenz und Risikoverhalten. Da umfassende Prävalenzstudien die finanziellen und organisatorischen Möglichkeiten der nationalen Gesundheitspolitiken übersteigen würden, werden diese Daten im allgemeinen über einzelne Bevölkerungsgruppen, bei denen Blutproben aus HIV-unabhängigen Gründen genommen werden, erhoben. Dies bedeutet, dass die HIV-Prävalenz Daten möglicherweise verzerrt sind und entsprechend interpretiert werden müssen. Uganda gehört zu den wenigen afrikanischen Ländern mit kontinuierlichen Monitoring-Programmen. Die hier vorliegenden Daten bezüglich HIV-Prävalenz, erhoben bei schwangeren Frauen, zeigen eine rückläufige Tendenz auf. Mögliche Verzerrungen scheinen unwahrscheinlich, da diese Tendenz auch bei 15-19-jährigen Frauen, welche die Kliniken im allgemeinen zum ersten Mal aufsuchen, festgestellt wird. Bezüglich Risikoverhalten wurden breite Umfragen in der Allgemeinbevölkerung gemacht, die eine deutliche Zunahme des Kondomgebrauchs sowohl bei Frauen als auch bei Männern aufzeigen. (UNAIDS 1998)

Die Erfolge in der HIV-Prävention in Uganda werden darauf zurückgeführt, dass Uganda als eines der am stärksten von HIV betroffenen Länder die Problematik bereits früh erkannte und anging. Staatliche Institutionen, NGOs und weitere Institutionen arbeiten in breit angelegten Präventionsprogrammen zusammen (UNAIDS 1998). Uganda setzt beträchtliche Mittel für die Präventionsarbeit ein, die im Jahr 2000 erneut erhöht wurden³⁹. Beispiele von Präventionsprogrammen sind ein breit angelegtes Präventionsprogramm durch Imame, die Förderung der Prävention übertragbarer Krankheiten in Kliniken für schwangere Frauen sowie durch Personen, die einen HIV-Test gemacht haben. Prävention durch Imame wird durch die Islamic Medical Association of Uganda durchgeführt und beinhaltet primär die Weiterbildung der Imame bezüglich HIV-Prävention und Beratung HIV-positiver Personen und die Integration der HIV/Aids-Problematik in die Lehre des Islams. Grundannahme des Projektes ist, dass Präventionsinterventionen am ehesten Erfolge zeigen, wenn sie via Vertrauenspersonen wie Imame durchgeführt werden (UNAIDS und IMAU 1998; UNAIDS 1999c: 166-170).

Die Prävention in den Kliniken für schwangere Frauen setzt sich zum Ziel, die Kenntnisse bezüglich der Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten bei den Patientinnen sowie den Angestellten zu erhöhen, die Anzahl anonymer HIV-Beratungen und Tests zu erhöhen und die Verbesserung der Daten für HIV-Prävalenzstudien zu erreichen. Diese Ziele konnten teilweise erreicht werden, wobei allerdings im Propagieren der freiwilligen anonymen HIV-Tests nach wie vor Defizite ausgemacht werden (UNAIDS 1999c: 122-124).

Personen, die sich am Uganda AIDS Information Center auf HIV testen lassen, können einem Post Test Club beitreten, der verschiedene Gesundheitsangebote bietet und die Personen in viertägigen Workshops als *peer educators* für Informationsvermittlung in ihrem persönlichen Umfeld ausbildet. Die *peer educators* erreichten zwischen 1992 und 1998 180'000 Personen und verteilten über eine Million Kondome. Auch dieses Projekt funktionierte somit auf der Basis der persönlichen Informationsvermittlung durch Personen aus dem eigenen Umfeld. (UNAIDS 2000b: 78-79)

³⁹ <http://www.hivnet.ch:8000/africa/safco/> (Message Nr. 122 vom 13. Juli 2000)

11.2 Senegal

Senegal ist nebst Uganda das zweite Land, das in Afrika grosse Erfolge in der HIV/Aids-Prävention verzeichnen kann. Die Gründe dafür sind ähnlich wie in Uganda: Bereits mit dem Auftreten der ersten Aids-Fälle 1986 wurde ein nationales Aids-Programm und die Zusammenarbeit mit internationalen Partnern initiiert. Relativ hohe Geldbeträge wurden für dieses Programm gesprochen, und NGOs waren in grossem Ausmass in die Präventionsarbeit involviert. NGOs und andere Institutionen führten verschiedenste Aktivitäten durch, die durch eine zu diesem Zweck als Dachorganisation gegründete NGO unterstützt und mit dem nationalen Programm vernetzt wurden. Das Präventionsprogramm erreichte breite Bevölkerungskreise, da es verschiedenste Institutionen wie Schulen, religiöse Führer, das Militär, *Sexworkers*, etc. umfasste. (Meda et al. 1999; UNAIDS 1999a)

Die enge und kontinuierliche Zusammenarbeit mit religiösen (islamischen wie christlichen) Führern war auch hier ein zentrales Element der Präventionsvermittlung. Ursprüngliche Bedenken der religiösen Führer, vor allem der katholischen, konnten durch die Zusammenarbeit zwischen Staat und Kirche allmählich abgebaut werden. In einem ersten Schritt ergab eine Umfrage unter Imamen, dass die Kenntnisse bezüglich HIV/Aids mangelhaft waren. Informationsmaterial für diese Gruppe wurde entwickelt, das primär auf die Berichte von betroffenen Personen abstützte, und Weiterbildungen wurden organisiert. In einer Aids-Konferenz von 1995 deklarierten die Imame, dass HIV keine göttliche Strafe für moralisches Fehlverhalten darstelle, und unterstützten das Recht der Betroffenen, Kondome zu gebrauchen. Ähnliche Aktivitäten fanden auch unter christlichen Führern statt. (UNAIDS 1999a)

Die Präventionsarbeit unter *Sexworkers* wurde dadurch erleichtert, dass Senegal seit 1969 ein Register von „legalen“ *Sexworkers* führt, welche sich obligatorischen medizinischen Kontrollen und der Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten unterziehen (Meda et al. 1999).

Das Wissen bezüglich HIV-Prävention in der Allgemeinbevölkerung ist gemäss Umfragen hoch und der Kondomgebrauch mit GelegenheitspartnerInnen hat in der Allgemeinbevölkerung wie auch unter *Sexworkers* dramatisch zugenommen. Senegal gehört zu den afrikanischen Ländern mit einer niedrigen HIV-Prävalenz. (UNAIDS 1999a)

Empfehlung 48

→ Erfolgreiche Präventionsansätze in Sub-Sahara Ländern (z. B. Präventionsarbeit durch religiöse Führer, Arbeit mit *peer educators*) sollen auf ihre Übertragbarkeit in den schweizerischen Kontext hin überprüft werden

11.3 HIV/Aids-Prävention in der schweizerischen Entwicklungszusammenarbeit mit afrikanischen Ländern

Im Verlauf der 90er Jahre zeigte sich zunehmend, dass HIV/Aids nicht nur ein Problem auf der Ebene der individuellen Information bezüglich präventiver Massnahmen und des Risikoverhaltens ist, sondern dass primär auch soziale und ökonomische Ursachen wie Armut und Marginalisierung die Vulnerabilität ganzer Bevölkerungsgruppen erhöhen (UNAIDS 1999b; UNAIDS 2000b: 107). Damit steht die Infektion in direktem Zusammenhang mit sozialer und ökonomischer Entwicklung und stellt somit auch eine Herausforderung an die Entwicklungszusammenarbeit dar. HIV/Aids darf in der Entwicklungszusammenarbeit jedoch nicht als isoliertes Phänomen angegangen werden. Gerade die Zusammenhänge mit der sozio-ökonomischen Situation machen HIV/Aids-*mainstreaming* notwendig. Das heisst, das Thema muss, ähnlich der Gender-Thematik, systematisch in jede Projektarbeit integriert werden.

Während HIV/Aids-Prävention primär eine entwicklungspolitische Aufgabe darstellt, ist sie teilweise auch durch die institutionellen Interessen der entsprechenden Organisationen motiviert: Sowohl die Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit DEZA als auch andere Organisationen sind mit dem Verlust von MitarbeiterInnen durch Aids konfrontiert (Bieler und Martin 2000). Eine Studie der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GTZ berechnete für ihre Arbeit in Malawi, dass die durch Aids bedingten Krankheits- und Todesfälle, die Beteiligung von Personal an Beerdigungen und die zusätzliche Notwendigkeit der Ausbildung neuen Personals einen durchschnittlichen Produktivitätsausfall von 35% ausmachen (Anonym 2000).

Da die epidemiologische Situation, wie sie sich bei MigrantInnen aus der Sub-Sahara Region in der Schweiz präsentiert, lediglich die weltweite Situation widerspiegelt, muss die HIV/Aids-Prävention nicht allein auf nationaler, sondern auch auf internationaler Ebene angegangen werden.

Die DEZA leistet nur in sehr begrenztem Ausmass spezifische HIV/Aids-Prävention. Diese wird vielmehr im Rahmen der Armutsbekämpfung in das Gesamtkonzept der DEZA integriert und soll in Gesundheitsprogrammen und versuchsweise auch in Projekten und Programmen anderer Bereiche wie Bildung, Landwirtschaft, Frauen etc. gefördert werden. Entsprechende Aktivitäten wurden bisher allerdings nur punktuell durchgeführt. Direkte HIV/Aids-spezifische Aktionen gibt es in Mali; über Budgethilfe im Gesundheitssektor wird auch das Aids-Programm in Tansania und in Moçambique unterstützt.

Die HIV/Aids-Prävention der DEZA beschränkt sich primär auf die finanzielle Unterstützung der UNAIDS und anderer mit HIV/Aids-Präventionsprogrammen befassten Organisationen (u.a. UNFPA, WHO, IPPF), welche sich gegenwärtig auf jährlich 2,3 Millionen Franken beläuft (Bieler und Martin 2000). Zur Zeit besteht zudem eine befristete interne Arbeitsgruppe, die sich mit dem Themenbereich HIV/Aids befasst. Die DEZA wäre zudem an einer operationellen Zusammenarbeit mit dem BAG interessiert.

Für ihre bislang eher zurückhaltende HIV/Aids-Politik macht die DEZA psychische und kulturelle Widerstände gegen eine Auseinandersetzung mit Aids-relevanten Themen in den betroffenen Ländern geltend. Im Umgang damit stellt sich für die DEZA die entwicklungspolitische

Frage der Bevormundung ihrer Partnerländer: „Wie soll ein Geldgeber in einem Programm oder Projekt HIV/Aids zur Sprache bringen und sich selbst dafür einsetzen, dass etwas geschieht?“ (Bieler und Martin 2000:43). Nichtsdestotrotz ist sich die DEZA des Handlungsbedarfs und auch der moralischen Verpflichtung bewusst.

In Anbetracht der Erfahrungen, die andere europäische Länder mit der Aids-Pandemie in der Entwicklungszusammenarbeit machen, vor allem aber angesichts der erfolgreichen HIV/Aids-Kampagnen von afrikanischen Ländern wie Uganda und Senegal empfehlen wir dringend, die Unerfahrenheit und das Unbehagen, welche die DEZA im Umgang mit der Aids-Pandemie konstatiert, zu überwinden. Die HIV/Aids-Prävention steht auch in Afrika nicht mehr am Anfang. Trotz einer sicherlich bestehenden starken Tabuisierung der Thematik bestehen Ressourcen und Potentiale, an die angeknüpft werden kann (→ 11.1; 11.2).

Nebst der DEZA führen auch das Schweizerische Tropeninstitut (STI) sowie verschiedene Hilfswerke Projektarbeiten durch, die auch die HIV/Aids-Prävention in Sub-Sahara Ländern umfassen und teilweise direkt oder indirekt durch die DEZA finanziert sind. Während das STI eine ähnliche Politik betreibt wie die DEZA, indem die HIV/Aids-Prävention systemisch über die allgemeine Stärkung von Gesundheitssystemen angegangen wird, bestehen in einzelnen Hilfswerken Projekte, die gezielte HIV/Aids-Prävention durchführen, wie etwa das Zikhulule-Aidsprojekt in Südafrika⁴⁰ von Caritas Schweiz. Eine Vernetzung der mit der HIV/Aids-Prävention in Sub-Sahara Afrika befassten Projekte wäre sicher sinnvoll.

Empfehlung 49

→ Auf die Schweiz beschränkte Interventionen bleiben in Anbetracht der globalen Dimension von Aids zu einem gewissen Grad zwangsläufig Symptombekämpfung. Effiziente und nachhaltige Interventionen müssen daher unbedingt global ausgerichtet sein. Dies beinhaltet eine systematische Integration von HIV/Aids in die schweizerische Entwicklungszusammenarbeit seitens der DEZA, eine Zusammenarbeit auf Bundesebene (insbesondere zwischen DEZA und BAG) durch eine interdepartementale Arbeitsgruppe, sowie die Unterstützung von entsprechenden Projekten, die von afrikanischen Organisation in der Schweiz und von schweizerischen NGOs initiiert werden.

⁴⁰<http://www.caritas.ch/>

12 Präventionserfahrungen, Projekte und ProjektträgerInnen in europäischen Ländern

Bei der Erhebung und Veröffentlichung von Gesundheitsstatistiken nach Ethnien üben verschiedene europäische Länder (so etwa die Niederlande oder Deutschland) Zurückhaltung (Haour-Knipe 1998: 168). Dies kann auf die Erfahrungen des 2. Weltkrieges zurückgeführt werden und steht im Gegensatz zu der breiten Erhebung solcher Kategorien durch die Gesundheitsbehörden in den USA. Duster nahm schon 1990 an, dass die Zurückhaltung auch in Europa zunehmend aufgegeben wird: „It is likely that European Nations, under the banner of health, will move towards keeping records where race and ethnicity are (as in the U.S. Center for Disease Control national registry) relevant categories“ (1990: 39).

Tatsächlich hat die Zurückhaltung im Bereich HIV/AIDS in den letzten Jahren in Europa etwas abgenommen, so zum Beispiel in Frankreich (Savignoni et al. 1999) und der Schweiz (BAG Abteilung Epidemiologie und Infektionskrankheiten und BAG Abteilung Sucht und Aids 2000), wobei mit den Daten sehr vorsichtig umgegangen wird. Die Forderung nach Zahlen zu HIV/Aids bei MigrantInnen kam nicht zuletzt von den MigrantInnen selbst, so etwa in England von VertreterInnen der afrikanischen MigrantInnen.

HIV/Aids bei MigrantInnen rückt, so eine Erkenntnis aus der 3rd European Conference on the Methods and Results of Social and Behavioural Research on AIDS, Amsterdam 2000, in den meisten Ländern Europas zunehmend in den Vordergrund. So ist beispielsweise in Grossbritannien und Belgien ebenfalls ein Anstieg des Anteils an heterosexuellen Ansteckungen und des Anteils an MigrantInnen bei den HIV-positiven Personen zu verzeichnen. In verschiedenen Ländern bestehen, wie in den folgenden Kapiteln dargestellt, bereits längere Erfahrungen in der Prävention mit Sub-Sahara MigrantInnen. Von diesen Erfahrungen kann für die Arbeit im schweizerischen Kontext profitiert werden. ProjektvertreterInnen aus verschiedenen europäischen Ländern haben im Zuge unserer Anfragen einen entsprechenden Austausch angeboten (→ Adressliste).

Empfehlung 50

→ ProjektmitarbeiterInnen müssen den Kontakt und den kontinuierlichen Austausch mit ProjektträgerInnen aus anderen europäischen Ländern pflegen, um gegenseitig von Erfahrungen zu profitieren

12.1 Grossbritannien

In Europa ist die HIV/Aids-Präventionsarbeit mit AfrikanerInnen in Grossbritannien, wo mittlerweile eine zehnjährige Projekterfahrung besteht, am weitesten fortgeschritten. Zentral für den Erfolg der Arbeit in Grossbritannien ist die enge Zusammenarbeit zwischen RepräsentantInnen und *Community-Based Organisations CBOs* der AfrikanerInnen und der nationalen Organe der HIV/Aids-Prävention, welche gemeinsam die „African AIDS Steering Group“ gegründet haben, die auch durch den Terrence Higgins Trust unterstützt wird. Hilfreich ist dabei die Tatsache, dass die AfrikanerInnen in Grossbritannien über relativ gute Organisationsstrukturen verfügen. Doch auch unter dieser Voraussetzung bleibt es zentral, dass die Initiativen, welche von den MigrantInnen und ihren Organisationen ausgehen, auf eine Lobby auf nationaler oder gar internationaler Ebene zählen können (Staat, EU, WHO etc.). Dieses Modell der Zusammenarbeit zwischen Zielgruppen und (über)nationalen Institutionen/Organisationen müsste auch für die Schweiz übernommen werden. Erschwerend für die Übernahme des Modells in den schweizerischen Kontext dürfte allerdings sein, dass die Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz zahlenmässig weniger Personen ausmachen und im Vergleich zu Grossbritannien auch weniger integriert und organisiert sind.

Der Beginn der Arbeit in Grossbritannien beinhaltete die Kontaktierung von (oft informellen) Schlüsselpersonen in der afrikanischen Bevölkerung und deren Miteinbezug in die Planung und Umsetzung des Vorgehens. Die in Grossbritannien entwickelte HIV/Aids-Präventionsarbeit bei afrikanischen MigrantInnen stellt einen Idealfall partizipativer Gesundheitsförderung unter MigrantInnen dar. Die dabei gemachten Erfahrungen zeigen, dass sich die Prävention am besten aufbauen lässt, wenn sie vorerst nicht HIV-spezifisch angelegt ist. Auf Grund der inzwischen zehnjährigen Erfahrung sowie von finanziellen Kürzungen im Gesundheitswesen findet gegenwärtig eine Neuausrichtung der inhaltlichen Schwerpunkte der HIV/Aids-Präventionsarbeit bei afrikanischen MigrantInnen dahingehend statt, dass nebst der Primärprävention und der Versorgung von durch Aids betroffenen AfrikanerInnen der breitere Kontext der sexuellen Gesundheit angegangen werden soll. Dies beinhaltet hauptsächlich die Themen Schwangerschaft und Abtreibung sowie die sexuelle Aufklärung und Information für jugendliche AfrikanerInnen (Muluneh und Waka 1999).

Der Terrence Higgins Trust hat ferner zielgruppenspezifisches Informationsmaterial hergestellt, das unter Umständen in die Präventionsarbeit in der Schweiz miteinbezogen werden kann (→ 14).

12.2 Deutschland

Auf Grund einer in Deutschland bereits seit längerer Zeit etablierten Sensibilisierung für die und Auseinandersetzung mit der Thematik ‚Migration und Aids‘ (Narimani 1998; Narimani und Baune 1999) erarbeiteten 1999 zwei Afrikaner im Auftrag der deutschen AIDS-Hilfe eine Bestandesaufnahme zur Entwicklung eines kulturspezifischen Konzepts für die HIV- und Aids-Prävention bei afrikanischen *Communities* in Deutschland (Muluneh und Waka 1999). Auf der Grundlage dieser Arbeit setzte eine stark auf die *CBOs* abgestützte Präventionsarbeit bei der Zielgruppe der afrikanischen MigrantInnen ein. Diese wird zum einen von der Dachorganisation „AfrikaHerz“ und zum anderen im durch den Verband der Initiativgruppen in der

Ausländerarbeit VIA finanzierten Projekt „Soziale und gesundheitliche Information und Betreuung für Frauen und Mädchen aus afrikanischen Ländern“ realisiert. Die Dachorganisation „AfrikaHerz“ arbeitet mit verschiedenen Aids-Service-Organisationen, Gesundheitsämtern und mit afrikanischen Gruppen in Deutschland und Europa zusammen. Auf der Grundlage dieser Vernetzungsarbeit konnte in München die Africa Positive Association APA gegründet werden, welche durch die erstmalige offene Thematisierung der Probleme von Betroffenen die Präventionsarbeit in den *Communities* erheblich vorangebracht habe. Prospektiv sind schwergewichtig die Promotion des Kondomgebrauchs (unter dem Motto „Verantwortung ist deine Sicherheit“) sowie Aufklärungsmassnahmen in Asylunterkünften geplant. Die Zusammenarbeit mit *CBOs* und Institutionen in Deutschland soll noch verstärkt und einflussreiche afrikanische Persönlichkeiten besser eingebunden werden (Sharief et al. 2000). Im Projekt „Soziale und gesundheitliche Information und Betreuung für Frauen und Mädchen aus afrikanischen Ländern“ bilden HIV und Aids einen integralen Bestandteil der allgemeinen frauenspezifisch ausgerichteten Gesundheitsförderung. Die HIV/Aids-Prävention ist schwergewichtig auf die Primärprävention ausgerichtet. Die Projektleiterin ist vorläufig mit der Bekanntmachung der Gesundheitsstelle, wobei sich ein Vorgehen über mündliche Vermittlung und Vertrauensverhältnisse zu bewähren scheint, sowie mit der Begleitung von afrikanischen Migrantinnen befasst. In diesem Rahmen konnte bereits eine Selbsthilfegruppe HIV-positiver afrikanischer Frauen und Kinder gegründet werden.

12.3 Belgien

In Belgien entwickelt der Service Social des Etrangers⁴¹ seit Mitte der 80er Jahre kultur- und sprachspezifische Präventionsprogramme mit afrikanischen MigrantInnen, speziell mit Herkunft aus den ehemaligen belgischen Kolonien, den zentralafrikanischen Ländern Congo démocratique, Burundi und Rwanda (Louhenapessy 1996). Sämtliche MitarbeiterInnen sind selbst MigrantInnen. Die Präventionsarbeit basiert auf der Zielsetzung, die Vulnerabilität der MigrantInnen zu verringern.

Die Präventionsprogramme schlossen von Anfang an auch die Unterstützung von HIV-positiven Personen ein. Der Zugang zu Betroffenen wird primär durch die rechtliche Beratung sowie durch deren Weiterweisung aus Institutionen des Gesundheitswesens gefunden. Es bestehen multikulturelle Selbsthilfegruppen, die sich entlang der Sprachkenntnisse der Betroffenen formieren (Französisch, Englisch, Arabisch...). Auch in Belgien zeigt sich aber, dass die Angst vor dem „outen“ des Serostatus in Selbsthilfegruppen relativ gross ist; einige MigrantInnen sind erst auf der Basis eines grossen Vertrauens zur Teilnahme in Selbsthilfegruppen bereit, andere werden individuell betreut.

Einen wichtigen Teil der Präventionsarbeit bildet auch die Aus- und Weiterbildung von sogenannten „relais“-Personen, d.h. MigrantInnen, die in MediatorInnenfunktion Präventionsarbeit leisten. Insbesondere wurden beispielsweise Frauen oder Jugendliche für diese Funktion ausgebildet. Sie arbeiten freiwillig auf Basis einer Spesenentschädigung. Durch die Initiative solcher „relais“-Personen kamen die „lettres vidéo“ im Austausch mit MigrantInnengruppen in

⁴¹ Der Service Social des Etrangers erarbeitet seit 40 Jahren Programme für MigrantInnen und Flüchtlinge und ist zuständig für migrantenspezifische Präventionsprogramme. Er wird vom Ministère de la Santé de la Communauté Française als Organisation anerkannt, welche die Präventionsarbeit unter MigrantInnen koordiniert.

Frankreich zustande (→ folgendes Kapitel „Frankreich“). Zudem wurden mit verschiedenen MigrantInnengruppen Videos erarbeitet und Broschüren verfasst.

Im Bereich Aus- und Weiterbildung wird Fachleuten des Gesundheitswesens transkulturelle Kompetenz vermittelt.

Ein kongolesischer Fachmann ist für die Forschung und Evaluation angestellt.

Der Service Social des Etrangers arbeitet eng mit europäischen Netzwerken (→ 12.5), insbesondere AIDS & Mobility sowie dem European partenariat between African communities and health partners for hiv/aids prevention zusammen.

12.4 Frankreich

In Frankreich ist die nationale Koordination der Prävention bei afrikanischen MigrantInnen bisher eher gering, da keine Tradition besteht, ethnische Gruppen als Zielgruppen zu definieren oder Informationsmaterial in anderen Sprachen als Französisch zu veröffentlichen. Im Bereich HIV/Aids wurden erst 1998 Broschüren in 21 Sprachen übersetzt und erste Anläufe genommen, Radiosendungen in Arabisch zu produzieren⁴². Es bestehen in Frankreich aber aktive MigrantInnengruppen, so etwa die Aktivistengruppe Migrants Against HIV/AIDS MAHA, die Organisation Ikambere, welche ein Wohnhaus, einkommensgenerierende Aktivitäten sowie Begleitung und Betreuung für HIV-positive Frauen anbietet, sowie die Groupe de Recherche et de Réalisation pour le Développement en milieu Rurale GRDR, Paris.

Ein interessantes Projekt im Bereich der Primärprävention wurde von der GRDR initiiert und durchgeführt. Die GRDR wird getragen von MigrantInnen primär aus westafrikanischen frankophonen Ländern und hat sowohl in Frankreich als auch in den Herkunftsländern Ableger. Sie ist seit rund 30 Jahren aktiv in verschiedenen Projekten, welche die Entwicklung, einschliesslich Gesundheitsprojekte in den Herkunftsländern unterstützen. Mitte der 90er Jahre begann sie das Projekt „Lettres vidéo pour la prévention des maladies transmissibles“. Dazu wurden AnimatorInnen sowohl in Frankreich als auch in den Herkunftsländern ausgebildet, um Gruppengespräche zu HIV/Aids zu führen. Diese Gespräche wurden auf Video aufgenommen und zwischen den Herkunftsländern und den MigrantInnengruppen ausgetauscht. Ein erstes Gespräch unter einer Migrantengruppe wurde an westafrikanische GRDR-Ableger geschickt, wo die Animatoren das Video mit dörflichen Gemeinschaften visionierten, diskutierten, und als Antwort eine Videodiskussion nach Frankreich zurücksandten. Ein Zusammenschnitt (→ 14) dieser Videos zeigt, wie diese Arbeit sehr offene und kontroverse Diskussionen über Aids und andere Krankheiten, Prävention und Gesundheit förderte, an denen verschiedenste Bevölkerungsteile gemeinsam teilnahmen. Die Weiterführung dieses Projektes ist zur Zeit finanziell nicht gesichert. Weiterführende Projekte sind aber bereits daraus entstanden; so entstehen zur Zeit „lettres vidéo“ zwischen MigrantInnengruppen in Frankreich und Belgien (in Zusammenarbit GRDR und Service Social des Etrangers).

12.5 Europäische Netzwerke

⁴² Access to new treatments for migrants living with HIV and AIDS. Report second annual seminar, 25-27 June 1999, Athens, Greece (<http://www.nigz.nl/aidsmobility/am5a6.html>)

AIDS & Mobility

Das europäische Netzwerk AIDS & Mobility⁴³ wurde 1990 in den Niederlanden mit der Absicht gegründet, Pilotprojekte für MigrantInnen und ethnische Minderheiten zu initiieren. Heute unterstützt AIDS & Mobility Regierungs- und Nichtregierungs-Organisationen der Europäischen Union in der Durchführung von migrantenspezifischen HIV/Aids-Programmen und Interventionen. Es dient dabei primär auch als Koordinationszentrum und gibt beispielsweise einen Guide über sämtliche im Bereich HIV/Aids und Migration tätigen Organisationen und Projekte in der EU heraus (European Project AIDS & Mobility). Ferner gibt es Fallstudien in Auftrag, produziert Dokumentationen und Materialien, organisiert Konferenzen, Seminare, Netzwerktreffen und dient als Informationszentrale.

Speziell erwähnenswert ist der von AIDS & Mobility herausgegebene Ausbildungsgang für afrikanische HIV/Aids-Mediatorinnen (→ 14).

European partenariat between African communities and health partners for hiv/aids prevention

Das „European partenariat between African communities and health partners for hiv/aids prevention“ ist ein Zusammenschluss von Organisationen aus den sieben europäischen Ländern Holland, Portugal, Schweden, Belgien, Spanien, Frankreich und Grossbritannien⁴⁴.

Das European partenariat ist eine Interessengemeinschaft, die den Austausch und die Vernetzung unter den beteiligten Organisationen fördert. Ein zentrales Medium dazu ist das Bulletin „lettre“⁴⁵, welches inhaltliche Beiträge der einzelnen Organisationen, inklusive Projekterfahrungen oder Grundsatzdiskussionen, publiziert. Zudem führen die „lettres“ eine Agenda zu laufenden Aktivitäten (Tagungen, Weiterbildungen, Kampagnen, etc.) im Bereich HIV und Afrika in Europa, und entsprechendes Präventionsmaterial wird präsentiert.

Migrants against HIV/Aids MAHA

Das Netzwerk Migrants against HIV/Aids MAHA⁴⁶ ist in Frankreich lokalisiert, ist aber ebenfalls transnational aktiv. MAHA setzt sich für die Rechte und den Zugang von MigrantInnen zur allgemeinen medizinischer Versorgung ein und kämpft insbesondere gegen die Diskriminierung und Abschiebung von HIV-infizierten Menschen in Länder, wo keine Therapien zugänglich sind. MAHA informiert regelmässig per mailnews⁴⁷ über ihre aktuellen Aktivitäten und sendet wöchentlich aus Paris eine Radiosendung, welche auch über Internet abgehört werden kann (→ 7.4).

Empfehlung 51

➔ **Präventionsarbeit muss sich mit europäischen Netzwerken wie „AIDS & Mobility“ und „European partenariat“ vernetzen, um vom Austausch zu profitieren und eigene Erfahrungen einzubringen**

⁴³ <http://195.108.118.5/aidsmobility/index.html>

⁴⁴ Im Rahmen unseres Projektes hatten wir direkten Kontakt mit einem Vertreter von Frankreich (Pascal Revault, GRDR) sowie einer Vertreterin von Belgien (Maureen Louhenapessy, Service Social des Etrangers), deren Adressen sich in der Adressdatei finden.

⁴⁵ Zu abonnieren bei den Organisationen, die auch das Sekretariat führen: GRDR (Frankreich) und FOCUS (England); Adressen siehe Materialliste (→ 14).

⁴⁶ <http://www.aegis.com/maha/index.html>

⁴⁷ maha-infos-on@lists.e-net.ch

13 Grundlagen und Szenarien für die HIV/Aids-Präventionsarbeit mit Sub-Sahara MigrantInnen

Während die inhaltlichen Schwerpunkte der Präventionsarbeit bisher fortlaufend in Form von Empfehlungen in die entsprechenden Kapitel einfließen, stellt dieses Kapitel eine Zusammenfassung der unseres Erachtens wichtigsten Grundlagen der HIV/Aids-Präventionsarbeit mit Sub-Sahara MigrantInnen sowie eine Umsetzung des bisher Ausgeführten in konkrete Szenarien dar.

Die HIV/Aids-Prävention bei migrantenspezifischen Zielgruppen als Teil einer allgemeinen migrationspezifischen Gesundheitsförderung muss unseres Erachtens auf zwei Ebenen angegangen werden.

Sie erfordert zum einen die Förderung transkultureller Kompetenz der Angebots- und der Nachfrageseite. Der Themenbereich „Migration und HIV/Aids“ soll deshalb in die bereits im Aufbau begriffenen Fachstellen (SRK, Caritas) zur migrations- und gesundheitspezifischen Aus- und Weiterbildung von Fachleuten des Gesundheitsbereiches integriert werden. Zudem ist die Anerkennung der Ausbildungen von MigrantInnen zur Integration ins Gesundheits- und Sozialsystem erforderlich. MigrantInnen muss die Funktionsweise der schweizerischen Gesundheitsversorgung näher gebracht werden.

Sie erfordert zum anderen migrantenspezifische HIV/Aids-Programme, von denen die im folgenden vorgeschlagene Projektarbeit mit Sub-Sahara MigrantInnen ein Teil sein soll.

13.1 Grundlagen

13.1.1 Projektkoordination

Formale Vorgaben

- Partizipativer Ansatz: Durchführung konzeptueller und koordinierender Arbeit durch einen Projektkoordinator/eine Projektkoordinatorin mit Migrationserfahrung und Herkunft Sub-Sahara in Zusammenarbeit mit Organisationen und Schlüsselpersonen der Zielgruppen
- Die Projektkoordination ist längerfristig (5 Jahre) ausgerichtet⁴⁸ und kann die Planung verschiedener Projektphasen beinhalten; die Kontinuität muss gewährleistet sein
- Die Projektkoordination ist gesamtschweizerisch ausgerichtet und idealerweise in der Westschweiz verankert (Lausanne oder Genf). In einer ersten Phase können neue Projekte allenfalls auf die Kantone Genf, Waadt, Zürich, Bern konzentriert werden.

⁴⁸ HIV/Aids-Prävention führt nicht zu kurzfristigen Erfolgen. Die UNAIDS schätzt, dass auch umfassende Programme erst nach rund fünf Jahren Erfolge zeigen (UNAIDS 2000b: 111). Dies dürfte für die Prävention unter MigrantInnen um so stärkere Gültigkeit haben, da die Zielgruppe stärker fluktuiert als beispielsweise im Falle von nationalen Kampagnen. Bei den Sub-Sahara MigrantInnen muss zudem berücksichtigt werden, dass ein relativ hoher Anteil der Infektionen vermutlich bereits vor der Einreise in die Schweiz geschehen und somit anzunehmen ist, dass die Infektionsraten auch mittelfristig relativ hoch bleiben wird.

- Die Projektkoordination ist in eine bestehende Institution und/oder in ein bestehendes Projekt integriert
- Anforderungsprofil an ProjektkoordinatorIn: Migrationserfahrung, Herkunft Sub-Sahara, Französisch- und Englischkenntnisse, Deutschkenntnisse erwünscht, Ausbildung/Erfahrung in Projekt- und Konzeptarbeit, Kenntnisse in der Gesundheitsförderung und Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit schweizerischen Institutionen von Vorteil, Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit den Themen Aids und Sexualität, integrativ und kommunikativ, soziale Kompetenz

Inhaltliche Vorgaben

- Projektplanung und –koordination, Vernetzung bereits bestehender Projekte und Abstimmung von neuen mit bestehenden Projekten
- Nationale Vernetzung und Koordination
- Mitarbeit in internationalen Netzwerken, Austausch mit analogen Projekten in europäischen und Sub-Sahara Ländern sowie mit der UNAIDS
- Zusammenarbeit mit einer Begleitgruppe, die sich primär aus VertreterInnen afrikanischer Gruppierungen zusammensetzt, sowohl Frauen wie Männer einschliesst und ungefähr 15 Personen umfasst
- Koordination der Projektumsetzungs- und MediatorInnenarbeit (vgl. unten)
- Persönliche Kontakte zu Schlüsselpersonen der *Communities* etablieren, auf deren Basis die Präventionsarbeit stattfinden kann
- Unterstützung und Anleitung von Projekten zur Gesundheitsförderung, die aus den *Communities* hervorgehen
- Qualität der Inhalte von Präventionsbotschaften sichern

13.1.2 Projektumsetzung

- Die Projektumsetzung kann durch die Projektkoordination selbst, durch Projektangestellte oder – in Personalunion – durch im Projekt angestellte MediatorInnen durchgeführt werden
- Die Projektumsetzung erfolgt mittels aufsuchender Präventionsarbeit
- Organisation von Aus- und Weiterbildung, Intervision, sowie Führung/Betreuung der MediatorInnen

Zentrale Aspekte der Projektumsetzung

- Bekanntmachen bestehender Beratungs- und Betreuungsangebote
- Eruiieren und Entwickeln von mündlichen Vermittlungsnetzen (Fussballturniere, Schönheitssalons, zielgruppenspezifische Anlässe etc.) und Vermittlungsformen (Theater, Cabaret-Nummern, Spiele, Storytelling, Gesang, etc.)
- Erarbeiten von geschlechtsspezifischen Zugängen zur Thematik (z. B. frauenspezifische Kommunikationsformen und -orte wie private informelle Gruppen berücksichtigen, männerspezifische Botschaften erarbeiten wie z. B. Verantwortungsgefühl für Partnerschaft und safer sex)

13.1.3 MediatorInnen

- Die MediatorInnen setzen sich paritätisch aus Frauen und Männern zusammen
- Sie repräsentieren die aktuell in der Schweiz am stärksten vertretenen Sub-Sahara *Communities* (Ostafrika: Somalia, Zentralafrika: Kongo/Angola, Westafrika: Ghana/Nigeria) und operieren flächendeckend über die Schweiz
- Ihre Anstellung kann zentralisiert oder dezentralisiert erfolgen, beinhaltet aber in jedem Fall die Bereitstellung einer institutionell verankerten Lokalität und Infrastruktur
- Die MediatorInnen werden aus- und weitergebildet, betreut, und haben einen regelmässigen Erfahrungsaustausch untereinander (Intervision)
- Anforderungsprofil an MediatorInnen: Migrationserfahrung, Herkunft Sub-Sahara, gute Verankerung in und Kenntnisse der *Community*strukturen, gute Kenntnisse des schweizerischen und afrikanischer Gesundheitssysteme, Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit den Themen Aids und Sexualität, integrativ und kommunikativ, soziale Kompetenz

13.2 Szenarien für die Ansiedlung der Projektkoordination

Szenarium 1: Integration in das „Projekt Migration und Gesundheit“

Integration der Projektkoordination der zielgruppenspezifischen Präventionsarbeit bei MigrantInnen aus der Sub-Sahara Region in das „Projekt Migration und Gesundheit“ des BAG

Das „Projekt Migration und Gesundheit PMG“ verfügt über Fachwissen, Erfahrung und Strukturen in der Gesundheitsförderung unter MigrantInnen. Die Projektarbeit kann hier in die Prävention bei MigrantInnen eingebunden werden und ist somit nicht Sub-Sahara zentriert. Das PMG beschränkt sich ausserdem nicht auf den Bereich HIV/Aids, so dass eine Einbettung in eine umfassendere Gesundheitsförderung ermöglicht wird. Da das PMG vorläufig bis ins Jahr 2002 befristet ist, wird unter Umständen die Gewährleistung der längerfristigen Ausrichtung der Projektarbeit in Frage gestellt. Innerhalb des PMG werden zudem zum Teil andere Ansätze verfolgt als im vorliegenden Bericht vorgeschlagen.

Szenarium 2: Integration in die HIV/Aids-Prävention

Integration der Projektkoordination der zielgruppenspezifischen Präventionsarbeit bei MigrantInnen aus der Sub-Sahara Region in die HIV/Aids-spezifische Regelversorgung

Die Institutionen im Bereich HIV/Aids-Prävention verfügen über breites Fachwissen zu HIV/Aids-Prävention und zur Zusammenarbeit mit Zielgruppen und Basisorganisationen. In diesen Institutionen bestehen bereits erste Projektansätze mit Sub-Sahara MigrantInnen und ein entsprechendes Engagement. Eine stärkere institutionelle Ausrichtung auf Migration, die institutionelle Einbindung von MigrantInnen und ihren Organisationen, sowie eine starke Ausrichtung der Präventionsarbeit auf allgemeine Gesundheitsförderung sind Voraussetzungen für eine entsprechende Projektarbeit.

Szenarium 3: Integration in ein Hilfswerk

Integration der Projektkoordination der zielgruppenspezifischen Präventionsarbeit bei MigrantInnen aus der Sub-Sahara Region in ein Hilfswerk oder in eine andere im Bereich der Gesundheitsförderung von MigrantInnen tätige Institution

Da sich verschiedene Hilfswerke seit einiger Zeit auf den Themenbereich ‚Migration und Gesundheit‘ ausrichten, bietet sich eine Integration der Projektkoordination in ein über entsprechende Erfahrungen verfügendes Hilfswerk oder in eine andere im Bereich der Gesundheitsförderung von MigrantInnen tätige Institution an. Die HIV/Aids-Prävention von Sub-Sahara MigrantInnen kann hier in die allgemeine Gesundheitsförderung von MigrantInnen integriert werden. Eine stärkere institutionelle Ausrichtung auf den Themenbereich HIV/Aids ist eine Voraussetzung für eine gute institutionelle Integration der Projektkoordination von zielgruppenspezifischer Präventionsarbeit bei MigrantInnen aus der Sub-Sahara Region.

Szenarium 4: Segregation

Szenarium 4a

Schaffen einer Gesundheitsstelle für MigrantInnen aus der Sub-Sahara Region

Eine *community*spezifische Gesundheitsstelle hat das Potential, die Zielgruppen gut zu erreichen. Sie ist jedoch tendenziell schlecht in die allgemeine Gesundheitsversorgung und die Präventionsarbeit des BAG und der HIV/Aids-spezifischen Regelversorgung integriert und hat somit auch beschränktes Veränderungspotenzial in diesen Bereichen.

Szenarium 4b

Schaffen einer HIV/Aids-Beratungsstelle für MigrantInnen aus der Sub-Sahara Region

Für eine *community*spezifische HIV/Aids-Beratungsstelle gelten dieselben Einschätzungen wie unter 4a genannt. Zusätzlich ergibt sich hier aber das Problem, dass mit der Beschränkung auf HIV/Aids einerseits das Zielpublikum schlechter erreicht wird und andererseits die Stigmatisierung von Sub-Sahara MigrantInnen durch die Assoziation mit Aids erhöht werden kann.

Beurteilung der Szenarien

Die vorgeschlagenen Szenarien werden nicht ausschliessend verstanden, sondern beziehen sich auf die Ansiedlung der Projektkoordination. Einzelne Projektumsetzungen können in jeweils anderen Settings durchgeführt werden. Zudem sollen bereits bestehende Projekte und Projektansätze auf keinen Fall konkurriert, sondern ergänzt und vernetzt werden.

Für die Ansiedlung der Projektkoordination empfehlen wir Szenarium 1, 2 oder 3.

In Szenarium 1 wäre die Präventionsarbeit in die migrationsspezifische Gesundheitsförderung eingebettet. Das Risiko einer zusätzlichen Stigmatisierung der AfrikanerInnen durch die Assoziation mit Aids könnte dadurch vermindert werden. Die Gewährleistung der Längerfristigkeit der Projektarbeit wäre jedoch eine Voraussetzung für dieses Szenarium. Eine Abstimmung der für die Projektarbeit vorgeschlagenen Ansätze mit den bestehenden Ansätzen des PMGs würde vermutlich eine grundsätzliche Neuausrichtung des PMGs erfordern, welche mit viel Aufwand verbunden wäre.

In Szenarium 2 könnte am besten an erste Projektansätze mit Sub-Sahara MigrantInnen und an Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Basisorganisationen angeknüpft werden. Gleichzeitig müsste viel Energie in die Verhinderung einer im institutionellen Setting angelegten zusätzlichen Stigmatisierung sowie in die institutionelle Integration der migrationsspezifischen Präventionsarbeit fließen.

In Szenarium 3 könnte die Projektarbeit in die allgemeine migrantenspezifische Gesundheitsförderung eingebettet werden und auf entsprechende Erfahrungen und transkulturelle Kompetenzen zurückgreifen. Eine institutionelle Ausrichtung auf den Themenbereich HIV/Aids, die den fachspezifischen Rückhalt der Projektkoordination gewährleisten könnte, ist jedoch mit einigem Aufwand verbunden.

Die Szenarien 4a und 4b scheinen primär wegen der mangelhaften Integration in übergreifende Strukturen problematisch.

Unabhängig vom gewählten Szenarium soll die mittelfristige Planung eine Evaluation der Projektarbeit beinhalten.

13.3 Weiterführende Aktivitäten

Nebst den dargelegten Grundlagen und Szenarien empfehlen wir folgende im Verlauf unserer Arbeit zur Sprache gekomymenen, über die HIV/Aids-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen hinausführenden Aktivitäten:

- Vernetzung der Gesundheitsförderung bei MigrantInnen mit internationalen Netzwerken und Organisationen
- Eine systematische und gesamtschweizerische Gesundheitsförderung in Asylunterkünften, die sich nicht auf eine einzelne MigrantInnengruppen beschränkt, muss vom BAG und BFF koordiniert angegangen werden
- Schaffen einer interdepartementalen Arbeitsgruppe BAG-DEZA zu HIV/Aids zwecks Gewährleistung einer kontinuierlichen und systematischen Integration von HIV/Aids in die schweizerische Entwicklungszusammenarbeit
- Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals in transkultureller Kompetenz fördern
- Forschungsschwerpunkt Migration im Nationalen Aids-Forschungsprogramm schaffen

14 Liste der Materialien

Videos

De quoi souffre-t-elle? Ca. 1994, Video des im Rahmen des Projet Migrants 1993-1994 realisierten Theaterprojektes, leider verschwunden

In Search of the lost Children, Interviews mit Kindern, Dokumentation über durch AIDS verwaiste Kinder in Simbabwe, 1998, R. Stegmüller Cop. Bav. TV Munich IEC Project Harare/Simbabwe, ZW, 118', englisch

Bezugsadresse: A.K.A.M. Archiv, Kadiner Str. 17, 10234 Berlin-Freiderichshain, Tel: +49 30 29 00 69 48, Fax: +49 30 29 00 69 49, email: via.akam@berlin.snafu.de

Lettres vidéo pour la prévention des maladies transmissibles, ca. 1998, GRDR, 26', französisch

Le truc de Konate, Video über den Kondomgebrauch für MigrantInnen aus Afrika, 1998, Fanta Regina Nacro, F, 33', Moro mit franz. UT

Bezugsadresse: A.K.A.M. Archiv, Kadiner Str. 17, 10234 Berlin-Freiderichshain, Tel: +49 30 29 00 69 48, Fax: +49 30 29 00 69 49, email: via.akam@berlin.snafu.de

SIDA Zeichentrickfilm zu HIV/Aids-Prävention, Kondomgebrauch, 1990, Groupe Sida Genève, CH, 10', ohne Sprache

Bezugsadresse: Groupe Sida Genève, 17, rue Pierre-Fatio, 1204 Genève, Tel: 022 700 15 00, <http://www.hivnet.ch/gsg/>

The Orphan Generation, Interviews mit Kindern, Dokumentation über durch AIDS verwaiste Kinder in Uganda, 1992, Strategies for Hope/Action Aid Uganda, EAU (Uganda) 10', 40', englisch

Bezugsadresse: A.K.A.M. Archiv, Kadiner Str. 17, 10234 Berlin-Freiderichshain, Tel: +49 30 29 00 69 48, Fax: +49 30 29 00 69 49, email: via.akam@berlin.snafu.de

Ymako, Video von zwei Theaterperformances aus Côte d'Ivoire zum Umgang von religiösen Sekten und von DorfbewohnerInnen mit Aids, 1998, Van Lancker, Laurent und Robin Shuffield, 52', englisch

Bezugsadresse: http://rai.anthropology.org.uk/film/video_sales.html

Materialien

„Was bedeuten Aids und HIV?“. Informationsbroschüre für MigrantInnen, Bundesamt für Gesundheit, Dienst Migration, Projekt Migration und Gesundheit, in den Sprachen Spanisch, Albanisch, Englisch, Deutsch, Französisch, Portugiesisch, Italienisch, Türkisch*, Kroatisch*, Tamilisch*, Arabisch*, Russisch*, Somalisch*. *=noch nicht erhältlich. Bestellen bei: Aids Info Docu Schweiz, Schuplatzgasse 26, 3001 Bern, Telefon 031 318 32 70, Fax 031 311 05 65, email: bestellungen@aid.ch

Catalogue of Materials. Materials for HIV/AIDS education aimed at mobile populations in Europe. Bestellnr. SA96040. European Project AIDS & Mobility, NIGZ, P.O.Box 500, NL-3440 Woerden, email: aidsmobility@nigz.nl

AIDS & Mobility Project Guide: Projects and Organisations addressing HIV/AIDS prevention for mobile populations in Europe. European Project AIDS & Mobility, NIGZ, P.O.Box 500, NL-3440 Woerden, email: aidsmobility@nigz.nl

African Women Confronting AIDS. Training guide for female African migrants. Available in English, French and Spanish. Editors: Latefa Imane, Marisa Ros Collado, Maureen Louhenapessy and Rinske van Duifhuizen, October 1998. Bestellnr: SA 98332 (English), SA 98333 (French). European Project AIDS & Mobility, NIGZ, P.O.Box 500, NL-3440 Woerden, email: aidsmobility@nigz.nl

Präventionsplakate aus afrikanischen Ländern: <http://aidsnet.ch/d/index.htm>, Rubrik Medienverzeichnisse, Plakate

Broschüren zum Thema Migration und Gesundheit einschliesslich HIV/Aids in den Sprachen Kikongo, Lingala, Kiswaili, Tshiluba, Tigrigna, Amharic, Swahili, Somali und Hausa. Bezugsadresse: A.K.A.M. Archiv, Kadiner Str. 17, 10234 Berlin-Freiderichshain, Tel: +49 30 29 00 69 48, Fax: +49 30 29 00 69 49, email: via.akam@berlin.snafu.de

Weibliche Genitalverstümmelung. Informationsbroschüre der anthropologists against genital mutilation antagem. Bestellen bei: antagem, c/o Charlotte Beck-Karrer, Rabbentalstr. 77, 3013 Bern, Tel/Fax: 141 31 332 48 28. SFr 5.- + Porto

Englischsprachige Broschüren:

- Men's Matters. A guide for African men on HIV and AIDS
- Women's Matters. An introduction to HIV for African women
- Baby Matters. HIV, pregnancy and Childbearing issues for African women
- An Introduction to HIV treatments for African people

Bezugsadresse: Ugandan AIDS Action Fund. Unit 333, Great Guildford Business Square, 30 Great Guildford Street, London SE1 OHS/ Terrence Higgins Trust, 52-54 Grays Inn Road, London WC1X 8JU, website: www.tht.org.uk

Bulletin „lettre“ des „European partenariat between African communitites and health partners for hiv/aids prevention“. Abonnieren bei:

GRDR, 20, rue Voltaire, 93107 Monteuil, France, Tel. +33 1 48 57 75 80, Fax +33 1 48 57 59 75, Grdrsante@wanadoo.france

FOCUS, 38 Grosvenor Gardens, Victoria, London SW1W 0EB, United Kingdom, Tel. +44 020 7 730 3010, Fax +44 020 7 730 7030, priyamarkanday@focus-consultancy.co.uk

15 Organisationen afrikanischer MigrantInnen in der Schweiz und europäische Kontaktadressen

Organisationen afrikanischer MigrantInnen in der Schweiz

Africa Freedom, René Meyer, Culmanstr. 17, 8006 Zürich, Tel: 01 318 82 34, www.Africa-integration.ch

Afrikanium, IG für Bildung, Gesundheit und afrikanische Kulturen, Postfach 121, 4601 Olten

Afro Association Zürich AAZ, Matthias Ezeoba, Postfach 869, 8021 Zürich, Tel: 01 825 26 82, email: afrilink@pop.agri.ch

Association Africaine de Défense de Droits de l'Homme ASADHO, Beundenweg 3, 3422 Kirchberg

Association Culturelle Regards Africains, CP 46, 1211 Genève 24, Tel: 022 343 87 93, email: regaf@worldcom.ch

Association des Femmes d'Origine Africaine AFOA, Mme Kinja Mulegwa Migabo, CP 3492, 1211 Genève 3, Tel: 022 789 13 35, email: mulkinja@worldcom.ch

Association des Jeunes d'Origine Africaine AJOA, 14, Avenue du Mail, 1205 Genève, email: ajoa_ajoa@hotmail.com

Association panafricaine pour l'Art, Dr. M. Sigam, CP 114, 1211 Genève 7, Tel: 022 734 91 80

Communauté africaine en Suisse CAS, M. Muadia Lungeni, Postfach 2504, 6002 Luzern, Tel: 041 280 49 32

Treffpunkt schwarzer Frauen, Manessestr. 73, 8003 Zürich, Tel: 01 850 75 33, email: blackwomenscentre@hotmail.com

Yaakaare, CP 5747, 1211 Genève 11, Tel: 022 45 42 34/705 77 83

Europäische Kontaktadressen

African Foundation for AIDS Prevention and Counselling AFAPAC, P.O. Box 12389, 1100 AJ Amsterdam, The Netherlands, Tel: 0031 20 6003454, email: 1.afapac@wxs.nl

African Health Team, Posttutak Gronland P.K., 0133 Oslo, Norway, Tel: 0047 22 08 29 50

African HIV Steering Group, New City Cloisters, 188-196 Old Street, London EC1V 9FR

AFRIKAHERZ, c/o Projekt Migration und Gesundheit, VIA-Berlin Brandenburg Kadinerstr. 17, 10243 Berlin Deutschland, Tel: 0049 30 29 00 71 53, email: via.akam@snafu.de

European Project AIDS & Mobility, NIGZ, P.O.Box 500, NL-3440 Woerden, email:
aidsmobility@nigz.nl

Groupe de recherche et de réalisation pour le Développement en milieu Rural GRDR, 20, rue
Voltaire, 93107 Monteuil, France, Tel. 0033 1 48 57 75 80, email: Grdrsante@wanadoo.france

NAZ Project, Palingswick House, 241 King Street, London W6 9LP, email:
nazlon@dircon.co.uk

Soziale und gesundheitliche Information und Betreuung für Frauen und Mädchen aus afrika-
nischen Ländern, VIA-Berlin Brandenburg, Kadinerstr. 17, 10243 Berlin Deutschland, Tel: 0049
30 29 00 71 53, email: via.akam@snaflu.de

Service Social des Etrangers et Agence de prevention du SIDA, 22, rue de la Croix, B-1050
Bruxelles, Belgique, Tel: 0032 2 649 99 58, email: sseaf@brutele.b

Ugandan AIDS Action Fund. Unit 333, Great Guildford Business Square, 30 Great Guildford
Street, London SE1 OHS/ Terrence Higgins Trust, 52-54 Grays Inn Road, London WC1X 8JU,
website: www.tht.org.uk

16 Internet-Links

Internationale Organisationen

UNAIDS (The Joint UN Programme on HIV/AIDS)	http://www.unaids.org
World Health Organization WHO	http://www.who.int

Europäische Institutionen, Projekte und Netzwerke

Deutsche Aids-Hilfe DAH	http://www.aidshilfe.de/
European Project Aids & Mobility	http://195.108.118.5/aidsmobility/index.html
Le Pôle Migrants/Afrique du CRIPS Ile-de-France	http://www.vihinternet.org/
Migrants against HIV/AIDS MAHA	http://www.aegis.com/maha/index.html
Migrations Santé, Frankreich	http://www.migrations-sante.org/index-en.html
National AIDS Trust, United Kingdom	http://www.nat.org.uk/isubjects.html#A
Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), Niederlande	http://www.nigz.nl/nigz/adres.php3
Royal Tropical Institute AIDS Coordination Bureau, Niederlande	http://www.kit.nl/ibd/html/acb.htm
Terrence Higgins Trust, United Kingdom	http://www.tht.org.uk/

Schweizerische Institutionen, Projekte und Netzwerke

Aids-Hilfe beider Basel	http://www.ahbb.ch/
Aids-Hilfe Schweiz AHS	http://www.aids.ch/
Aids Info Docu/aidsnet.ch	http://www.hivnet.ch/d/index-frame.html
Verein Africa Freedom	http://www.Africa-integration.ch
Bundesamt für Gesundheit	http://www.admin.ch/bag/
Groupe Sida Genève GSG	http://www.hivnet.ch/gsg/
Internetz Schweiz	http://www.internetz-schweiz.ch/
Migrantinnenberatung Zürich	http://www.frauenberatung.ch/frauenberatung/deutsch/migr.htm
Newsgroup Afrika	http://www.hivnet.ch:8000/africa/safco/
Nosotras - Wir Frauen	http://www.access.ch/nosotras/dt/Willkommenip.htm
Projekt Migration und Gesundheit BAG	http://www.migration-sante.ch/lang_de/index_sub.html

17 Bibliographie

- Aids-Hilfe beider Basel, 1999a: *Aids-Prävention im Sexgewerbe (APiS)*. Basel.
- Aids-Hilfe beider Basel, 1999b: *Gesundheit und Migration (GuM). HIV/Aids-Prävention für fremdsprachige Menschen*. Basel.
- Aids-Hilfe Schweiz, 1999: *Aids-Prävention im Sexgewerbe in der Schweiz/ Barfüsser 1999*. Zürich.
- Aids-Hilfe Schweiz, 2000a: *Haltung der AHS zur Ausschaffung HIV-positiver AusländerInnen. Grundlagenpapier, überarbeitete Version*. Zürich: Aids-Hilfe Schweiz.
- Aids-Hilfe Schweiz, 2000b: *Rundbrief "frauenspezifische HIV/Aids-Prävention"*. Zürich.
- Anonym, 2000: *Was heisst Aids für den afrikanischen Menschen?* Frankfurter Rundschau, 8. Juli.
- Association des Jeunes d'Origine Africaine und Groupe Sida Genève, 1994: *La Griffes. Numéro spécial sida*. Genf.
- BAG Abteilung Epidemiologie und Infektionskrankheiten und BAG Abteilung Sucht und Aids, 2000: *HIV-Infektion: Unterschiedliche Trends je nach Herkunftsregion*. BAG Bulletin (23): p. 436-442.
- Baruani Yuma, K. und M. Louhenapessy, ca. 1986: *Comprendre les obstacles à la prévention du SIDA en communauté migrante africaine*. Bruxelles: Service Social des Entrangers d'Accueil et de Formation – Prévention SIDA.
- Batumike, C., 1997: *Femmes d'Afrique et d'Antilles en Suisse*. Bern: Editions Mosaïque, Collection "Rencontres".
- Beck-Karrer, C., 1996: *Löwinnen sind sie. Gespräche mit somalischen Frauen und Männern über Frauenbeschneidung*. Bern: eFeF-Verlag.
- Beck-Karrer, C., 1999: *Frauenbeschneidung ist eine Menschenrechtsverletzung*. Zeitschrift für Friedenspolitik FriZ (6): p. 25.
- Bieler, P. und J. Martin, 2000: *Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit: Aids-Pandemie und Entwicklungshilfe - ein langer und schwieriger Prozess?* Aids Infothek (Sonderausgabe HIV/Aids in Afrika): p. 42-43.
- Brady, M., 1999: *Female genital mutilation: complications and risk of HIV transmission*. Aids Patient Care and STDs 13 (12): p. 709-716.
- Bundesamt für Gesundheit, 1995: *Projet migrants, Rapport d'activités 1993-1995*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit, 2000: *Projekt Migration und Gesundheit, Dienst Migration, Jahresbericht 1999*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit Dienst Migration, 1997: *Migrantenprojekt, Tätigkeitsbericht 1995-1997*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Burgi, D. und F. Fleury, 1996: *A national AIDS prevention programme for migrants*, in: *Crossing borders. Migration, ethnicity and AIDS*, M. Haour-Knipe und R. Rector, eds. London: Taylor & Francis, p. 136-153.

- Comaroff, J., 1993: *The diseased heart of Africa: medicine, colonialism, and the black body*, in: *Knowledge, power and practice: the anthropology of medicine and everyday life*, S. Lindenbaum und M. Lock, eds. Berkeley: University of California Press, p. 305-329.
- Desclaux, A., 1998: *Evaluation d'accompagnement de la multithérapie antirétrovirale chez les patients VIH 1 du Sénégal. Aspects sociaux et observance. Pré-enquête*: PNL S Sénégal/IMEA/ORSTOM, Projet SIDAK AC 12.
- Desclaux, A. und B. Taverne, 2000: *Allaitement en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*. Paris: Karthala.
- Duster, T., 1990: *Backdoor to eugenics*. New York: Routledge.
- European Union, 2000: *The gender paradigm shift*. HIV/AIDS Action in developing countries (6): <http://europa.eu.int/comm/development/aids/html/nl0601.htm>.
- Ezeoba, M., 2000: *Zur Lebenssituation der dunkelhäutigen Menschen in der Schweiz*. Tangram (8): p. 27-32.
- Fleury, F., 1988: *Les migrants. Rapport final 1988*. Lausanne: IUMSP.
- Glick Schiller, N., N. Basch und C. Szanton Blanc, 1995: *From immigrant to transmigrant: theorizing transnational migration*. *Anthropological Quarterly* 68 (1): p. 48-63.
- Groupe Sida Genève, 2000: *Rapport d'activités 99*.
- Guyot, S., 1995/96: *Regards zairois sur la prévention du sida*: unbekannt.
- Haour-Knipe, M., 1998: *Prévention du sida ou discrimination? Les migrants et les minorités ethniques*, in: *Le sida en Europe: Nouveaux enjeux pour les sciences sociales*. Paris: ANRS, p. 159-170.
- Haour-Knipe, M., 2000: *Migration und HIV/Aids in Europa*. *Aids Infothek* (5): p. 4-14.
- Haour-Knipe, M., F. Fleury und F. Dubois-Arber, 1999: *HIV/AIDS prevention for migrants and ethnic minorities: three phases of evaluation*. *Social Science and Medicine* 49: p. 1357-1372.
- Heiniger, M., 2000: *"Farbige" in der Schweiz - aus der Sicht der Statistik*. Tangram (8): p. 80-81.
- Heiniger, M., A. Fässler und E. Salvisberg, 2000: *Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BfS.
- Imane, L., M. R. Collado, M. Louhenapessy, et al., eds., 1998: *Training guide for female African migrants*. Woerden: Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention NIGZ.
- Jeannin, A., M. Schmid und P. Huynh Do, 2000: *Mise en oeuvre du programme national VIH/sida de 1999 à 2003*. Lausanne: IUMSP.
- Jung, F. und M. Taschies, 2000: *Aids/STD-Prävention für männliche Asylbewerber*, in: *AIDS. Herausforderungen für Forschung, Behandlung und das Leben mit HIV. (Tagungsband der Münchner Aids-Tage vom 5.-7. Mai 2000)*, H. Jäger, ed. Landsberg a.L.: Moderne Industrie, p. 366-369.
- Kopp, C., 2001: *HIV and medical care in transition*. Bern: Institut für Ethnologie (forthcoming thesis).
- Kremer, H., 2000: *Kinderwunsch bei HIV-positiven Frauen: aus der Sicht der Betroffenen*, in: *AIDS. Herausforderungen für Forschung, Behandlung und das Leben mit HIV. (Tagungsband der Münchner Aids-Tage vom 5.-7. Mai 2000)*, H. Jäger, ed. Landsberg a.L.: Moderne Industrie, p. 309-312.

- Louhenapessy, M., 1996: *Care issues and migrants*, in: *Crossing borders. Migration, ethnicity and AIDS*, M. Haour-Knipe und R. Rector, eds. London: Taylor & Francis, p. 154-167.
- Manderson, L. und P. Aaby, 1992: *An epidemic in the field? Rapid assessment procedures and health research*. *Social Science and Medicine* 35 (7): p. 839-850.
- McCombie, S. C., 1990: *AIDS in cultural, historic, and epidemiologic context*, in: *Culture and AIDS*, D. A. Feldman, ed. New York: Praeger.
- Meda, N., I. Ndoye, S. M. Boup, et al., 1999: *Low and stable HIV infection rates in Senegal: natural course of the epidemic or evidence for success of prevention?* *AIDS* 13: p. 1397-1405.
- Mpembele, Z. Z., 1999: *Projet Peps Anco*. Lausanne: Point Fixe/Bundesamt für Gesundheit.
- Mpembele, Z. Z., 2000: *Projet Peps Anco. Evaluation intermediaire de Janvier à Mai 2000*: Point Fixe/Bundesamt für Gesundheit.
- Muecke, M., 1992: *New paradigms for refugee health problems*. *Social Science and Medicine* 35 (4): p. 515-523.
- Mulegwa, K., 2000: *Être femme de couleur en Suisse*. Tangram. Bulletin der Eidgenössischen Kommission gegen Rassismus (8): p. 56-59.
- Müller, W., 1999: *HIV-Prävention für Migrant/innen durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Konzepte, Erfahrungen, Status, Ausblick (Impulsreferat)*. Erfahrungen und Modelle erfolgreichen Arbeitens mit MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialwesen. Loccum: Evangelische Fachhochschule Hannover, Evangelische Akademie Locum.
- Muluneh, A. und A. Waka, 1999: *Afrikanische Communities in Deutschland. Eine Bestandesaufnahme zur Entwicklung eines kulturspezifischen Konzepts für die HIV- und AIDS-Prävention*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Mutombo, K., 2000: *La construction des sous-étages du racisme anti-Noir en Suisse*. Tangram (8): p. 37-40.
- Narimani, P., 1998: *Migration und AIDS. Länderbericht: Deutschland*. Berlin: Verband der Initiativgruppen in der Ausländerarbeit (VIA).
- Narimani, P. und S. Baune, 1999: *MigrantInnenarbeit in der AIDS-Hilfe – Grenzen und Möglichkeiten. Dokumentation des Seminars vom 14. - 16.10.1998*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Nyfeler, D. und D. Béguin Stöckli, 1994: *Genitale Verstümmelung. Afrikanische Migrantinnen in der Schweizerischen Gesundheitsversorgung*. Bern: Institut für Ethnologie, Arbeitsblätter Nr. 10.
- Packard, R. M. und P. Epstein, 1992: *Medical research on AIDS in Africa: a historical perspective*, in: *AIDS: the making of a chronic disease*, E. Fee und D. M. Fox, eds. Berkeley: University of California Press, p. 346-376.
- Patton, C., 1990: *Inventing AIDS*. New York: Routledge.
- Savignoni, A., F. Lot, J. Pillonel, et al., 1999: *Situation du Sida dans la population étrangère domiciliée en France*. Paris: Institut de Veille Sanitaire.
- Schwab, M., 2000: *"Seven plus one": Zum Aidsdiskurs im anglophonen Kamerun*. Bern: Institut für Ethnologie (Lizentiatsarbeit in Vorbereitung).

- Sharief, T., A. Edubio, R. Spaine, et al., 2000: *Prävention mit und für in Deutschland lebende(n) MigrantInnen am Beispiel afrikanischer Communities*, in: *AIDS. Herausforderungen für Forschung, Behandlung und das Leben mit HIV. (Tagungsband der Münchner Aids-Tage vom 5.-7. Mai 2000)*, H. Jäger, ed. Landsberg a.L.: Moderne Industrie, p. 364-365.
- Somainsi, B., W. Twisselmann, T. Ferber, et al., 1999: *HIV und Aids. Nationales Programm 1999-2003*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Sonnenberg-Schwan, U., 1999: *Der Kinderwunsch HIV-positiver Frauen und Möglichkeiten zur Verwirklichung: (nicht nur) ein Plädoyer zum Recht auf Selbstbestimmung und Information*, in: *Mit AIDS leben. Prävention, Therapie, Behandlungsmöglichkeiten, psychosoziale Aspekte (Tagungsband der 7. Münchner Aids-Tage)*, H. Jäger, ed. Landsberg a.L.: Moderne Industrie, p. 304-312.
- Sonnenberg-Schwan, U., 2000: *Der Kinderwunsch HIV-positiver Frauen aus psychosozialer Sicht*, in: *AIDS. Herausforderungen für Forschung, Behandlung und das Leben mit HIV. (Tagungsband der Münchner Aids-Tage vom 5.-7. Mai 2000)*, H. Jäger, ed. Landsberg a.L.: Moderne Industrie, p. 319-324.
- Studer, A. M., 2000: *"Tu sais, c'est souvent la sorcellerie..." Hexerei und Aidspräventionsverhalten aus entwicklungsethnologischer Perspektive im urbanen Kontext der Elfenbeinküste*. Zürich: Ethnologisches Seminar der Universität Zürich.
- Treichler, P. A., 1992: *AIDS and HIV infection in the Third World: a First World chronicle*, in: *AIDS: the making of a chronic disease*, E. Fee und D. M. Fox, eds. Berkeley: University of California Press, p. 376-412.
- UNAIDS, 1998: *A measure of success in Uganda. The value of monitoring both HIV prevalence and sexual behaviour*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS, 1999a: *Acting early to prevent AIDS: the case of Senegal*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS, 1999b: *Sexual behavioural change for HIV: where have theories taken us?* Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS, 1999c: *Summary booklet of best practices*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS, 2000a: *Enhancing the greater involvement of people living with or affected by HIV/AIDS (GIPA) in Sub-Saharan Africa. A UN response: how far have we gone?* Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS, 2000b: *Report on the global HIV/AIDS epidemic. June 2000*: Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS und IMAU, 1998: *Aids education through Imams: a spiritually motivated community effort in Uganda*. Geneva: UNAIDS.
- Van Campenhoudt, L., 1998: *Nouvelles tendances théorétiques dans la recherche européenne sur les comportements sexuels face au risque du VIH*, in: *Le sida en Europe*, Y. Souteyrand und V. Dore, eds. Paris: ANRS, p. 71-80.
- WHO, 1981: *Global strategy for health for all by the year 2000*. Geneva: WHO.