

Francesca Poggia Mileti, Laura Mellini und Marc Tadorian

**Migration und Vulnerabilitäten
für HIV/STI in der Schweiz**
Zusammenfassung der Mi.STI-Studie

März 2022

Zitiervorschlag:

Poglia Miletì, F., Mellini, L. und Tadorian, M. (2022). *Migration und Vulnerabilitäten für HIV/STI in der Schweiz. Zusammenfassung der Mi.STI-Studie*. Universität Freiburg.

Finanzierung der Studie: Bundesamt für Gesundheit

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



Danksagung

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

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

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

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

Ein besonderer Dank gilt Theresa Koim (Genossenschaft traduko) für ihre sorgfältige Arbeit beim Post-Editing der deutschen Zusammenfassung.

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

Mi.STI-Forschungsgruppe

Prof. Dr. Francesca Poglià Mileti

Dr. Laura Mellini

Dr. Marc Tadorian

<https://projects.unifr.ch/gremiss/fr/>

Universität Freiburg

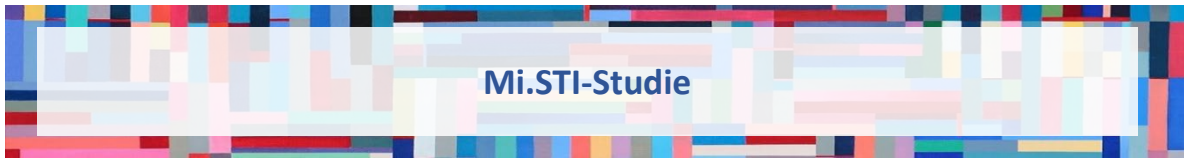
Departement für Sozialwissenschaften

Soziologie

Bd de Pérolles 90

CH-1700 Freiburg

Francesca.Poglià@unifr.ch



Die Mi.STI-Studie (*Migration & Sexually Transmitted Infections*) begann im Oktober 2019 und endete im März 2022. Sie wurde von einem Team von Soziolog*innen der Universität Freiburg im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) durchgeführt. Die Studie basiert auf einem partizipativen Ansatz und integrierte eine transdisziplinäre Gruppe aus Partner*innen (PARTEN-Gruppe), die an allen Phasen des Forschungsprojekts beteiligt war.

Die vorliegende Zusammenfassung enthält die wichtigsten Ergebnisse der Studie. Sie richtet sich an die Akteur*innen vor Ort und die Personen mit Migrationshintergrund, die an der Befragung teilgenommen haben, an die Mitglieder der PARTEN-Gruppe, an alle Personen, die im Bereich Migration und HIV/STI tätig sind, sowie an alle Personen mit oder ohne Migrationshintergrund, die an der Thematik interessiert sind. Damit der Text möglichst klar und verständlich ist, haben wir uns für eine zugängliche Sprache entschieden und soweit möglich auf die Verwendung wissenschaftlicher Terminologie verzichtet.

Die ersten Seiten der Zusammenfassung sind der Darstellung der Ziele und der Methodik der Untersuchung gewidmet. Die weiteren Teile, die sich auf die Ergebnisse der Befragung beziehen, befassen sich mit den Lebensbedingungen der von uns befragten Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz; ihrer Vulnerabilität für HIV/STI und den Vulnerabilisierungsspiralen, in die sie geraten können; den Massnahmen, die von den Institutionen angesichts der Vulnerabilität ergriffen werden; den Ressourcen der Personen mit Migrationshintergrund; Überlegungen und Interventionsmöglichkeiten für die Zukunft.

Die Studie umfasste kleine Stichproben von Akteur*innen vor Ort und von Personen mit Migrationshintergrund, die somit statistisch gesehen nicht repräsentativ sind. Doch auch wenn unsere Ergebnisse nicht verallgemeinert werden können, so ermöglichen sie es, die Vielfalt der Erfahrungen der Personen mit Migrationshintergrund und die Prozesse, die sie in eine Situation der Vulnerabilität für HIV/STI bringen, hervorzuheben. Sie zeigen auch die Komplexität der beruflichen Praktiken in diesem Bereich und die Herausforderungen, mit denen die Akteur*innen vor Ort konfrontiert sind.

Um den Akteur*innen vor Ort und den Personen mit Migrationshintergrund, denen wir begegnet sind, eine Stimme zu geben, werden Auszüge aus den Interviews in den Sprechblasen am Rand des Textes aufgeführt.

Den vollständigen Bericht der Studie finden Sie hier:

<https://projects.unifr.ch/gremiss/fr/>



Ziele der Mi.STI-Studie

Im Bereich HIV/STI hat das BAG ein Rahmenkonzept für die Planung präventiver Massnahmen für «vulnerable Personen mit Migrationshintergrund» geschaffen. Es handelt sich dabei um das «Rahmenkonzept für die HIV/STI-Prävention – Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+» (BAG, 2016). In diesem Rahmenkonzept werden verschiedene Arten von Massnahmen für Personen mit Migrationshintergrund empfohlen: Sensibilisierung für sexuelle Rechte, Primärprävention von HIV/STI, Beratung, Diagnostik und Therapie sowie Schaffung nachhaltiger Rahmenbedingungen.

Auf der Grundlage dieser Feststellungen und Vorüberlegungen hat sich die Mi.STI-Studie folgende Ziele gesetzt:

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

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

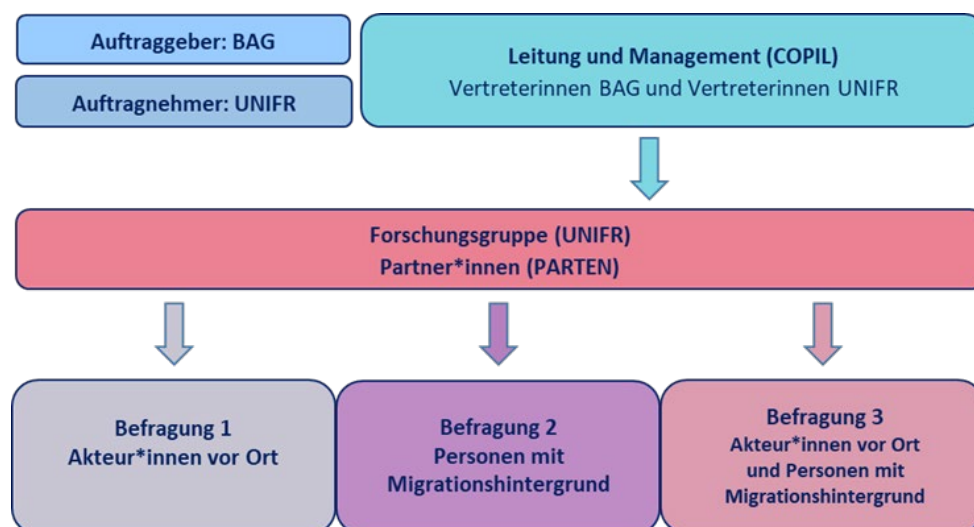
- **Befragung 1** wurde mit **Akteur*innen vor Ort** durchgeführt, die im Bereich HIV/STI und Migration tätig sind. Ziel der Befragung war es, einen Überblick über die von den Institutionen durchgeführten Aktivitäten zu gewinnen, die subjektiven Erfahrungen der im Bereich HIV/STI und Migration tätigen Personen zu sammeln und die von den Akteur*innen vor Ort festgestellten Hauptschwierigkeiten zu identifizieren.
- **Befragung 2** wurde mit **Personen mit Migrationshintergrund** durchgeführt. Ziel dieser Befragung war es, ihre Lebensumstände zu ermitteln, ihre subjektiven Erfahrungen und Wahrnehmungen im Zusammenhang mit HIV/STI zu sammeln und ihre Kenntnisse über die institutionellen Angebote in diesem Bereich zu identifizieren.
- **Umfrage 3** wurde gemeinsam mit **Akteur*innen vor Ort** und mit **Personen mit Migrationshintergrund** durchgeführt. Das Ziel war es, Wege für Interventionen im Zusammenhang mit der Vulnerabilität von Personen mit Migrationshintergrund für HIV/STI aus der Sicht der Teilnehmer*innen aufzuzeigen.

Methodik der Mi.STI-Studie

Mi.STI ist eine **soziologische Studie**. Der soziologische Ansatz besteht darin, Phänomene wie Migration oder Krankheit als soziale Phänomene zu betrachten, die es in ihrem Kontext zu untersuchen gilt. Die Studie interessiert sich für die sozialen Prozesse, die mit diesen Phänomenen verbunden sind, wie die Mobilität von Personen, die Integration von Individuen in Kollektive, die Mechanismen des Ausschlusses, der Stigmatisierung und der Diskriminierung, von denen bestimmte Personen oder Gruppen besonders betroffen sein können. Der soziologische Ansatz befasst sich auch mit den Machtverhältnissen, die bei diesen Prozessen eine Rolle spielen (Geschlechter-, Alters-, Klassen-, ethnische Verhältnisse usw.).

Um die Forschungsziele zu erreichen, entschied sich das Forschungsteam für eine **qualitative Methode**, bei der Wissen ausgehend von der Untersuchung der Aktivitäten und Vorstellungen von Individuen generiert wird. Man kann von einer «Methode der Nähe» («méthodologie de la proximité») (Paillé, 2007) sprechen, da es darum geht, den betroffenen Menschen zu begegnen, um Beobachtungen durchzuführen und Interviews mit ihnen zu führen. Die qualitative Methode eignet sich besonders gut, um soziale Phänomene wie Migration oder Krankheit zu erforschen, zu beschreiben und vertieft zu verstehen.

Mi.STI ist auch eine **partizipative Studie**. Eine **Gruppe von Partner*innen** (PARTEN-Gruppe) wurde **in alle Phasen der Forschung einbezogen**, angefangen bei der Entwicklung des methodischen Aufbaus über die Konzeptualisierung einer Interventionsstrategie bis hin zur Diskussion und Vermittlung der Ergebnisse der Studie. Die Gruppe bestand aus 15 Personen (einschliesslich der drei Mitglieder des Forschungsteams), die von der Thematik betroffen sind und/oder in verschiedenen Interventionsbereichen im Zusammenhang mit Migration, sexueller Gesundheit, HIV/STI-Prävention, der LGBTQI+ Community, Sexarbeit, Rassismus, Kooperation und Entwicklung tätig sind, sowohl auf kantonaler als auch auf nationaler Ebene. Die Gruppe war auch hinsichtlich Geschlecht, sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität, ethnischer Herkunft und Migrationshintergrund, Sprache und beruflicher Position vielfältig.



Der empirische Teil der Studie bestand aus vertiefenden (Beaud, 1996) und verstehenden Interviews (Kaufmann, 2016; Ramos, 2015) mit Akteur*innen vor Ort und Personen mit Migrationshintergrund. Zunächst wurden **18 Interviews mit Akteur*innen vor Ort** geführt, davon neun in der Deutschschweiz und neun in der Romandie. Danach wurden **28 Interviews mit Personen mit Migrationshintergrund** geführt, in sieben verschiedenen Sprachen: Französisch (13 Interviews), Deutsch (3 Interviews), Englisch (5 Interviews), Spanisch (2 Interviews), Tigrinya (2 Interviews), Rumänisch (1 Interview), Italienisch (1 Interview) und zweisprachig, Deutsch und Französisch (1 Interview). Bei fünf Interviews war der Einsatz von Dolmetscher*innen erforderlich, um die Interviews ins Spanische, Tigrinya und Rumänische zu übersetzen.

Abschliessend bildete das Forschungsteam sechs Tandems aus Personen mit Migrationshintergrund und Akteur*innen vor Ort (jeweils eine Person der zwei Gruppen). Auf der Grundlage der Ergebnisse der vorangegangenen Befragungen bereitete das Forschungsteam sechs Beschreibungen einer fiktiven Person mit Migrationshintergrund in einer Situation der Vulnerabilität für HIV/STI vor. In jedem der **sechs Tandems** trafen sich die **Personen mit Migrationshintergrund** und **Akteur*in vor Ort** (ohne die Anwesenheit der Forscher*innen), um eine der Beschreibungen zu besprechen und gemeinsam über konkrete Interventionsmöglichkeiten im Bereich HIV/STI und Migration nachzudenken.

Für die Zusammenstellung der Stichprobe der **Akteur*innen vor Ort** führte das Forschungsteam zunächst eine systematische Sichtung der Institutionen durch, die in der Deutsch- und Westschweiz im Bereich HIV/STI und Migration tätig sind. Auf der Grundlage dieser Analyse wurden rund 20 Institutionen ausgewählt und für jede dieser Institutionen wurde ein Profil der zu interviewenden Person erstellt. Da es sich um eine explorative Befragung handelt, wurde die Diversifizierung der Stichprobe durch die Berücksichtigung der Sprachregionen, der Interventionsbereiche, des Status und der Funktionen der Akteur*innen sowie ihrer allfälligen Migrationserfahrung sichergestellt. Entsprechend unserem Ansatz einer partizipativen Studie wurden die Vorauswahl der Institutionen und die Profile der zu befragenden Personen mit den Mitgliedern der PARTEN-Gruppe diskutiert und gemäss den Vorschlägen und Anmerkungen angepasst.

Was das Profil der **Menschen mit Migrationshintergrund** anbelangt, so war vorgesehen, etwa 30 Personen zu interviewen, die zu Personenkategorien gehören, die in wissenschaftlichen Arbeiten und von der Gesundheitspolitik (BAG, 2016) als besonders vulnerabel gegenüber HIV/STI gelten: Personen aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz (insbesondere aus Subsahara-Afrika)¹, Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), trans Personen, Menschen, die sich illegal in der Schweiz aufhalten (Sans-Papiers) und Sexarbeiter*innen. Das Profil der zu interviewenden Personen mit Migrationshintergrund wurde unter Berücksichtigung der von den Akteur*innen vor Ort berichteten Erfahrungen und einer mit den Mitgliedern der PARTEN-Gruppe geführten Diskussion angepasst.

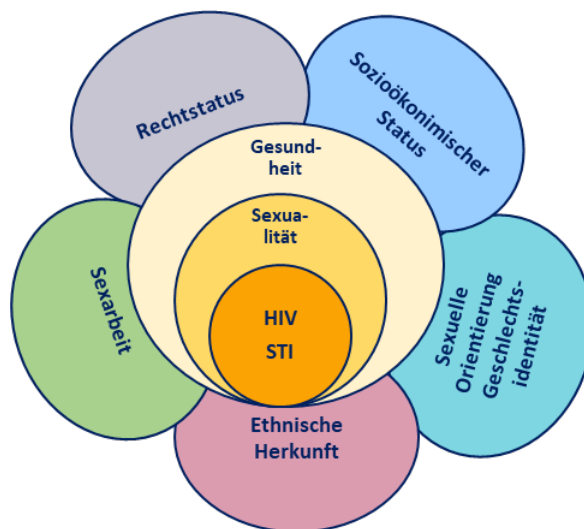
Die Präsentation der soziodemografischen Merkmale der befragten Personen findet sich am Ende dieser Zusammenfassung (S. 31-33).

¹ «Gemäss UNAIDS und WHO gilt ein Land als HIV-Hochprävalenzland, wenn die HIV-Prävalenz bei 15- bis 45-Jährigen in der Allgemeinbevölkerung über einem Prozent liegt. Um jährliche Unterschiede in der Definition zu vermeiden, gelten in Berichten des BAG seit 2018 folgende Länder als Hochprävalenzländer: Alle Länder der WHO-Region «Afrika» (ohne Algerien, aber einschliesslich Djibouti, Sudan, Somalia) sowie Thailand, Brasilien, Suriname, Guyana, Belize, Jamaika, Haiti und Dominikanische Republik, Bahamas, Barbados, Trinidad und Tobago. Die Hinzunahme von Brasilien zum Beispiel trägt dem Einwanderungsprofil der Schweiz Rechnung.» (BAG, 2020, S. 20)

Lebensbedingungen der Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz

Im Allgemeinen bezieht sich Vulnerabilität auf einen Zustand, der von allen Individuen geteilt wird. Sie bezeichnet die Möglichkeit, mit einer Verletzung (*vulnus*) konfrontiert zu werden. Die Vulnerabilität ist situations-, beziehungs- und kontextabhängig und hängt nicht nur von individuellen Aspekten ab, sondern auch und vor allem vom sozialen Kontext, in dem die Menschen leben. Das bedeutet, dass je nach Erfahrungen, sozialem Werdegang, den Zugangsbedingungen zu (wirtschaftlichen, medizinischen, institutionellen) Ressourcen oder den Einschränkungen des soziopolitischen Kontexts die Vulnerabilität zunehmen oder abnehmen kann. Aus diesem Grund verwenden wir den Begriff **Vulnerabilitätssituationen** statt vulnerable Menschen oder vulnerable Personen mit Migrationshintergrund.

Die **Vulnerabilität für HIV/STI** bezieht sich auf Situationen, in denen das **Risiko einer HIV/STI-Infektion oder einer HIV/STI-bedingten Verschlechterung des Gesundheitszustands besteht**. Diese spezifische Vulnerabilität ist nur eine der Vulnerabilitäten, mit denen Personen mit Migrationshintergrund konfrontiert sein können. Sie nimmt zu, wenn andere Vulnerabilitäten vorhanden sind. Diese anderen Vulnerabilitäten hängen mit soziodemografischen Merkmalen (Geschlecht, ethnische Herkunft, Religion, rechtlicher und/oder sozioökonomischer Status, Behinderung usw.), Praktiken (sexuell, religiös, sprachlich usw.) oder persönlichen Erfahrungen und Merkmalen zusammen. All diese Vulnerabilitäten sind situationsbedingt: Sie treten zu einem bestimmten Zeitpunkt im Leben der Menschen auf und setzen sie sozialen Risiken aus (Stigmatisierung, Diskriminierung, Disqualifizierung, Marginalisierung, Prekarisierung und Ausbeutung), die sich auf ihre psychische und/oder körperliche Gesundheit auswirken können.



Intersektionale Vulnerabilitäten

Die vielfältigen Vulnerabilitäten kumulieren sich und können zu einer Spirale der Stigmatisierung, Prekarisierung und Marginalisierung führen. Sie setzen Personen mit Migrationshintergrund «**intersektionalen Diskriminierungen**» (Bilge & Roy, 2010) aus, d. h. Ungleichbehandlungen, die ineinander verflochten sind².

Aufgrund von Stigmatisierungsprozessen werden Menschen, die religiösen, ethnischen oder rassisierten Minderheiten angehören, benachteiligt, da sie abgewerteten Kategorien zugeordnet werden. Es sind also nicht die Merkmale an sich, die Schwierigkeiten verursachen, sondern die Tatsache, dass sie soziale Prozesse (Diskriminierung, Marginalisierung usw.) hervorrufen, welche die mit diesen Merkmalen assoziierten Personen benachteiligen. Dasselbe gilt in den Bereichen Sexualität (nicht-cis Identitäten, nicht-heterosexuelle Orientierungen), Recht (Aufenthaltsbewilligung), Medizin (HIV/STI) und Beruf (bei Personen, die in der Sexarbeit tätig sind).

Während die Vulnerabilität für HIV/STI die Menschen mit Migrationshintergrund **medizinischen Risiken** aussetzt, setzen die anderen Vulnerabilitäten sie **sozialen Risiken** aus, wie Stigmatisierung, Diskriminierung, Deklassierung, Prekarisierung oder Marginalisierung.

Im Folgenden werden die fünf wichtigsten Formen von Vulnerabilität erläutert, die aus der Befragung 1 (Akteur*innen vor Ort) und der Befragung 2 (Personen mit Migrationshintergrund) hervorgegangen sind.

Rechtliche Vulnerabilität

Die rechtliche Vulnerabilität bezieht sich auf den rechtlichen Status von Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz und betrifft Personen mit **prekärer** oder gar **keiner Aufenthaltsbewilligung**. Viele der Personen mit Migrationshintergrund, die wir getroffen haben oder die die Institutionen aufsuchen, in denen die befragten Akteur*innen vor Ort arbeiten, haben aufgrund der Bundesgesetze einen prekären Rechtsstatus: wegen des Asylgesetzes (AsylG), des Freizügigkeitsabkommens Schweiz-EU/EFTA (FZA) oder des Ausländer- und Integrationsgesetzes (AIG). Andere Personen mit Migrationshintergrund, die als Sans-Papiers bezeichnet werden, haben keinen legalen Status in der Schweiz.

Der prekäre oder gar fehlende Rechtsstatus bringt Personen mit Migrationshintergrund in eine sehr unsichere Lage und setzt sie der Gefahr aus, aus der Schweiz ausgewiesen zu werden, wenn sie von der Polizei kontrolliert oder bei der Fremdenpolizei angezeigt werden. Die rechtliche Vulnerabilität konfrontiert diese Menschen mit einer Reihe von **Schwierigkeiten**, die verschiedene Bereiche ihres täglichen Lebens in der Schweiz betreffen, wie etwa **den Zugang zu Wohnraum, Arbeit und Gesundheitsversorgung**.

Um ihren Lebensunterhalt zu bestreiten, können Menschen ohne Aufenthaltsbewilligung nur auf Schwarzarbeit zurückgreifen, wodurch sie sozioökonomischer Prekarisierung und Ausbeutung ausgesetzt sind, sei es in ihrer Herkunftsgemeinschaft oder in anderen sozialen Räumen.

Personen mit einer befristeten Aufenthaltsbewilligung (Ausweis B) weisen darauf hin, dass die Gesundheitskrise im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie ihre Aufenthaltsbewilligung

² Das Konzept der Intersektionalität wurde erstmals 1989 von der Juristin Kimberle Crenshaw in den USA verwendet (Crenshaw, 1989). Es zeigt die Überschneidungen der verschiedenen Unterdrückungs- und Identitätszugehörigkeitssysteme in Zusammenhang mit Geschlecht, «Rasse», Klasse, sexueller Orientierung und geschlechtlicher Identität, Religion, Alter, Behinderung usw.

unsicherer gemacht hat. Die Schwierigkeit, Arbeit zu finden, setzt sie unter Druck, da laut Ausländergesetz die finanzielle Unabhängigkeit zu den Kriterien für die Erteilung einer Aufenthaltsbewilligung gehört (Art. 84 Abs. 5 AIG).

Aufgrund ihres unsicheren Status sind Asylsuchende (die auf einen Entscheid warten, einen Nichteintretensentscheid erhalten haben oder deren Asylantrag abgelehnt wurde) besonders stark von Einschränkungen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung betroffen, da sie nicht wählen können, bei welcher Krankenkasse sie Mitglied werden möchten. Sie unterliegen einem Kollektivvertrag, der zwischen der Einrichtung, in der sie wohnen, und der Krankenkasse geschlossen wird. Daher können sie ihre behandelnden Ärzt*innen nicht selbst wählen, sondern müssen sich an die Ärzt*innen wenden, die für die Unterkunft gemäss dem mit der Versicherung geschlossenen Vertrag zuständig sind.

Viele Menschen mit Migrationshintergrund betonen, dass die unsichere oder gar fehlende Aufenthaltsbewilligung zu «Stress», «Angst», «Sorge», «Unbehagen» und «Ängsten» führt. Die Angst vor einer Abschiebung belastet ihre psychische Gesundheit daher stark.

Was mich am meisten belastet, ist die Tatsache, dass ich nicht normal niedergelassen bin, denn wenn ich heute krank werde, wie soll ich das dann schaffen?

Person mit Migrationshintergrund

Sozioökonomische Vulnerabilität

Die überwiegende Mehrheit der Menschen mit Migrationshintergrund, die wir getroffen haben, ist nicht nur rechtlich vulnerabel, sondern hat in der Schweiz auch einen **sehr prekären sozioökonomischen Status**. Abgesehen von vier Personen, die im Bereich der Sexarbeit tätig sind, übt niemand von ihnen eine angemeldete Arbeit aus. Die Einkommen, mit denen die interviewten Personen nach eigenen Angaben leben, sind (sehr) gering. Die meisten dieser Einkünfte stammen aus der Sozial- und Nothilfe sowie aus nicht angemeldeten «Gelegenheitsjobs».

Manchmal bist du da und hast nichts, nichts, nichts, nichts. [...] Ich erinnere mich, dass ich einmal 10 Franken hatte und eine Woche mit 10 Franken auskam [...] Ganz ehrlich, ich habe hier Hunger erlebt.

Person mit Migrationshintergrund

Diese prekäre Lage bringt die Betroffenen in eine Situation, in der sie von Institutionen und Nothilfeeinrichtungen abhängig sind. Sie müssen sich dann damit abfinden, auf die kostenlose Verteilung von Mahlzeiten und Kleidung aus

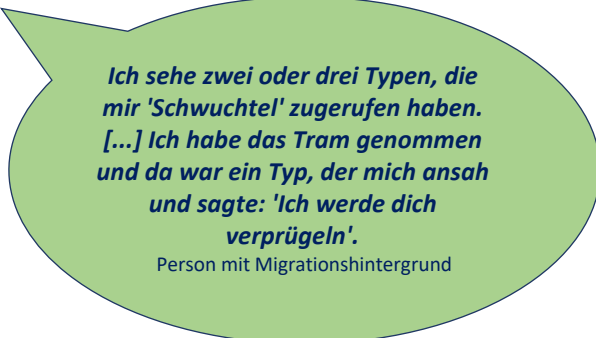
zweiter Hand zurückzugreifen und von Lebensmittelgutscheinen zu leben, die von Hilfsorganisationen zur Verfügung gestellt werden, insbesondere in Zeiten der Gesundheitskrise im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie.

Zu den Schwierigkeiten, in der Schweiz Löhne zu erzielen, mit denen die Personen mit Migrationshintergrund ihre Grundbedürfnisse decken können, kann die **Erwartung nach Geldsendungen seitens der Familie im Herkunftsland** hinzukommen. Ein Phänomen, das in der Fachliteratur als «Rimessen» bezeichnet wird. Unabhängig von der Herkunft der Personen mit Migrationshintergrund und ihren Lebensbedingungen in der Schweiz werden sie von den zurückgebliebenen Verwandten, die auf diese Ressourcen angewiesen sind, darum gebeten. Das sind Belastungen, denen sich die Personen mit Migrationshintergrund kaum entziehen können.

Darüber hinaus schränkt die (grosse) sozioökonomische Prekarität, in der die meisten der von uns befragten Personen leben, ihren Zugang zu Wohnraum ein und/oder verwehrt ihnen den Zugang zur Gesundheitsversorgung oder Krankenversicherung aufgrund der damit verbundenen regelmässigen Kosten (monatliche Prämien für die Krankenversicherung). Einige der befragten Personen mit Migrationshintergrund erklärten, dass sie schlichtweg darauf **verzichten, sich behandeln zu lassen**, selbst wenn dies notwendig wäre.

Vulnerabilität aufgrund der sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität

Personen, die sich mit sexuellen Orientierungen und/oder Geschlechtsidentitäten einer Minderheit identifizieren – d. h. nicht-heterosexuelle und nicht-cis Personen –, können sich ebenfalls in einer Situation befinden, in der sie aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität gefährdet sind. Auch wenn das Asylverfahren für jede asylsuchende Person belastend ist (Anhörungen, Wartezeiten, Rechtsunsicherheit, Nichtbeherrschung der Landessprache usw.), so ist es für LGBTQI+ Personen mit Migrationshintergrund noch viel belastender. Sie müssen ihre sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität benennen, obwohl sie in ihren Herkunftsländern oft gelernt haben, diese zu verschweigen und unsichtbar zu machen, um nicht verfolgt zu werden. Sobald sie in der Schweiz angekommen sind, sehen sie sich (erneut) mit **verschiedenen Formen von Diskriminierung** oder Gewalt konfrontiert, wie z. B. Beschimpfungen oder Beleidigungen.



Ich sehe zwei oder drei Typen, die mir 'Schwuchtel' zugerufen haben. [...] Ich habe das Tram genommen und da war ein Typ, der mich ansah und sagte: 'Ich werde dich verprügeln'.

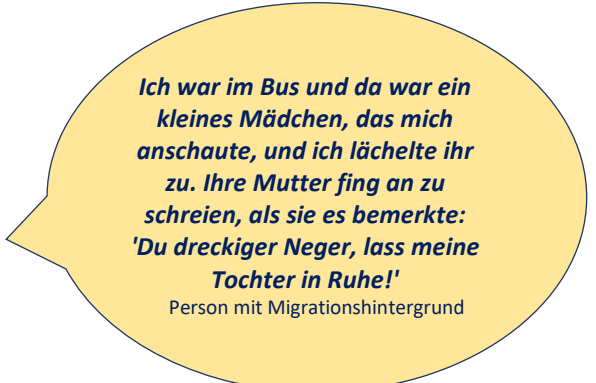
Person mit Migrationshintergrund

Menschen, die sich mit minoritären sexuellen Orientierungen und/oder Geschlechtsidentitäten identifizieren, berichten, dass das Personal in den Asylunterkünften nicht ausreichend für LGBTQI+ Themen sensibilisiert ist. Sie erzählen, dass sie Opfer von Beleidigungen, Beschimpfungen und Übergriffen sowohl von anderen Bewohner*innen als auch vom Sicherheitspersonal werden.

Vulnerabilität aufgrund der ethnischen Herkunft

Die Vulnerabilität aufgrund der ethnischen Herkunft bezieht sich auf **Diskriminierungen** und **Ungleichbehandlungen** aufgrund einer ethnischen (oder auch religiösen) Zugehörigkeit. Diese negativen Erfahrungen werden als sozial oder rechtlich inakzeptabel angesehen (Missachtung der Menschenwürde respektive unrechtmässige Behandlung).

Dieses Thema taucht immer wieder in den Berichten der befragten Personen auf, insbesondere in den Berichten von Menschen aus Subsahara-Afrika. Die Betroffenen erzählen von Beleidigungen, Beschimpfungen, Spott und Herabsetzungen. Die meisten der Diskriminierungen gegenüber Schwarzen werden mit rassistischen Begriffen zum Ausdruck gebracht und beinhalten die Abwertung ihrer Hautfarbe.



Ich war im Bus und da war ein kleines Mädchen, das mich anschaute, und ich lächelte ihr zu. Ihre Mutter fing an zu schreien, als sie es bemerkte: 'Du dreckiger Neger, lass meine Tochter in Ruhe!'

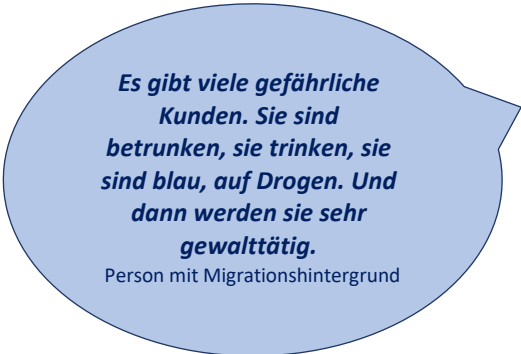
Person mit Migrationshintergrund

Besondere Vulnerabilität durch Sexarbeit

Personen mit Migrationshintergrund, die in der Sexarbeit tätig sind, befinden sich in einer besonderen Vulnerabilitätssituation, in der sie Isolation, **Stigmatisierung** und Diskriminierung ausgesetzt sind. Sie erzählen zum Beispiel, dass sie ausser einigen Arbeitskolleg*innen keine Familie oder Freund*innen in der Schweiz haben. Im Gegensatz dazu sind die sozialen Netzwerke der anderen befragten Personen mit Migrationshintergrund dichter und vielfältiger. Sexarbeiter*innen können schlechten Behandlungen durch Personen ausgesetzt sein, denen sie in öffentlichen Räumen begegnen, durch die Kundschaft oder Personen, die ihnen Räumlichkeiten vermieten, usw.

Die Stigmatisierung, der Sexarbeiter*innen ausgesetzt sind, verschärft die wirtschaftlichen, sozialen und ethnischen Vulnerabilitäten. (Grosse) Wirtschaftliche Prekarität, beschränkte soziale Netzwerke, ein oftmals niedriger Bildungsstand und konfliktreiche Beziehungen im

Prostitutionsmilieu können ihre Lebensbedingungen besonders schwierig machen. Schliesslich können Sexarbeiter*innen, insbesondere Frauen, körperlicher und sexueller Gewalt ausgesetzt sein. Gewalt kann entstehen, wenn die Kunden unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen psychoaktiven Substanzen stehen, die Verwendung von Kondomen verweigern und/oder mit der erbrachten Leistung unzufrieden sind.



Es gibt viele gefährliche Kunden. Sie sind betrunken, sie trinken, sie sind blau, auf Drogen. Und dann werden sie sehr gewalttätig.

Person mit Migrationshintergrund

Vulnerabilität für HIV/STI

Die Vulnerabilität für HIV/STI hat zwei Dimensionen. Die erste Dimension betrifft das **Risiko, sich mit HIV/STI zu infizieren**. Zwar ist jeder sexuell aktive Mensch potenziell diesem Risiko ausgesetzt, doch Personen mit Migrationshintergrund können noch stärker gefährdet sein. Auch wenn das Risiko vor allem durch die Kumulierung sozialer Vulnerabilitäten entsteht, hängt es auch von der epidemischen Lage im Herkunftsland ab sowie von den Informationen, die den Menschen zur Verfügung stehen, oder von den Vorstellungen, die sie von Sexualität und HIV/STI haben. Die zweite Dimension der Vulnerabilität für HIV/STI betrifft Personen, die infiziert sind und das **Risiko einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands** haben. Dies hängt mit ihren Lebensbedingungen in der Schweiz zusammen, die ihren Zugang zur Gesundheitsversorgung einschränken.

Die hier analysierte Vulnerabilität für HIV/STI steht also im Zusammenhang mit Sexualkontakten ohne Kondom oder Präexpositionsprophylaxe (PrEP). Sie steigt, wenn HIV-Tests und Postexpositionsprophylaxe (PEP) nicht in Anspruch genommen werden. Sie wird auch durch die Schwierigkeiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und bei der Behandlungskontinuität im Falle einer Infektion verstärkt. Die Verwendung von Kondomen ist eine Praxis, die von allen befragten Personen mit Migrationshintergrund erwähnt wird. Dies gilt jedoch nicht für die sogenannte «biomedizinische» Prävention, d. h. PrEP und PEP, die weitgehend unbekannt sind und nicht genutzt werden.

Sexualkontakte ohne Kondom

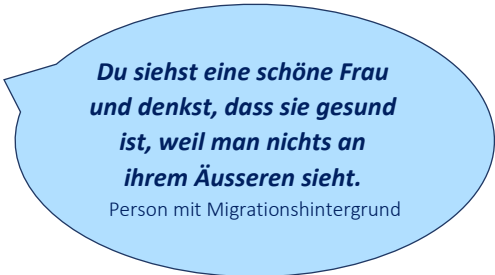
Ob bei Sexualkontakten Kondome verwendet werden, hängt davon ab, wie gut die Personen mit Migrationshintergrund über STI, die Übertragungswege und Schutzmassnahmen Bescheid wissen. Zwar variiert das Wissen von Person zu Person, doch im Grossen und Ganzen wissen die befragten Personen mit Migrationshintergrund **gut über HIV Bescheid**. Anders sieht es bei den **anderen STI** aus, die noch **weitgehend unbekannt** sind. Nur Personen aus dem LGBTQI+ Milieu und aus dem Milieu der Sexarbeit geben an, sowohl über HIV als auch über andere STI informiert zu sein.

Doch selbst wenn die Personen mit Migrationshintergrund relativ gut über HIV informiert sind, bedeutet dies nicht, dass sie keine Risiken eingehen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn sie Sexualkontakte ohne Kondom mit Partner*innen haben, deren HIV-Status nicht bekannt ist und die weder eine PrEP (wenn sie HIV-negativ sind) noch eine antiretrovirale Therapie (ART) (wenn sie HIV-positiv sind) einnehmen. Das medizinische Risiko, sich mit HIV/STI zu infizieren, hängt von verschiedenen Faktoren ab, z. B. von der Art und Häufigkeit der Sexualkontakte ohne Kondom und der Anzahl der Sexualpartner*innen. Auch die verschiedenen Beziehungskontexte beeinflussen die Risikobereitschaft (feste/gelegentliche Beziehungen, exklusive oder nicht exklusive Beziehungen).

Darüber hinaus spielt auch der moralische Rahmen, in dem Sexualkontakte ohne Kondom stattfinden, eine Rolle. Die Tatsache, dass bei einem Sexualkontakt kein Kondom verwendet wird, kann sich aus den **moralischen und sozialen Vorstellungen** ergeben, die die Sexualpartner*innen von **bestimmten Formen von Sexualität** haben. Dies ist zum Beispiel bei vorehelichem Sexualkontakt der Fall. Um die Jungfräulichkeit der Frau zu wahren, kann sich das Paar für Analverkehr entscheiden, ohne die Risiken in Bezug auf HIV/STI zu bedenken und deshalb keine

Kondome verwenden. Da Homosexualität in den Herkunftsländern mancher Personen mit Migrationshintergrund einer sozialen, religiösen, moralischen und oft auch strafrechtlichen Verurteilung unterliegt, neigen homosexuelle Personen mit Migrationshintergrund dazu, verstecktere Sexualpraktiken anzuwenden. Diese Praktiken können die Vulnerabilität für HIV/STI erhöhen. Dies ist der Fall, wenn es für die Betroffenen schwierig ist, Kondome zu beschaffen und/oder mit sich zu führen, weil sie Angst haben, dass diese ihre Sexualpraktiken offenbaren könnten, oder weil der Sex an abgelegenen Orten stattfindet.

Eine wichtige Rolle spielt auch die Tatsache, dass sich die riskanten Praktiken und das Verhältnis zum Risiko im Laufe des Lebens und des sexuellen Werdegangs ändern. Sie ändern sich mit den sexuellen Erfahrungen und den **Vorstellungen**, die die Menschen **von HIV/STI** haben. Wenn eine Person beispielsweise glaubt, dass HIV nur bei bestimmten Personengruppen (wie Drogenkonsument*innen, homosexuellen Männern oder Sexarbeiter*innen) vorkommt, wird sie weniger vorsichtig sein, wenn sie Sexualkontakte mit Personen hat, die nicht in diese Kategorien fallen. Die Akteur*innen vor Ort, die wir getroffen haben, erzählen, dass jede Prävention der Dekonstruktion dieser vorgefassten Meinungen bedarf. Auch das Gefühl, das Gegenüber zu kennen und der Person zu vertrauen, kann zu Situationen führen, in denen sich keine*r der beiden Partner*innen legitimiert fühlt, die andere Person zu fragen, ob sie einen HIV/STI-Test gemacht hat, oder darüber zu sprechen, allenfalls einen Test zu machen. Unabhängig von Alter, ethnischer Herkunft, Geschlecht, sexueller Orientierung oder Geschlechtsidentität geben die aller meisten der befragten Personen mit Migrationshintergrund an, dass sie penetrativen Sex ohne Kondom hatten.



*Du siehst eine schöne Frau
und denkst, dass sie gesund
ist, weil man nichts an
ihrem Äusseren sieht.*

Person mit Migrationshintergrund

Sexarbeit und Verwendung von Kondomen

Eine Ausnahme bilden die fünf befragten Sexarbeiter*innen, die bei Penetrationen (vaginal oder anal) im Rahmen von bezahlten Sexualkontakten generell auf die Verwendung eines Kondoms bestehen. In Bezug auf Oralsex geben die vier befragten Frauen an, sich systematisch mit dem Latextuch zu schützen – trotz der nachdrücklichen Aufforderung der Kundschaft, auf das Kondom zu verzichten. Der befragte Sexarbeiter erzählt, dass er diesen Aufforderungen nachgegeben hat. Die Aussagen der befragten Frauen stehen im Gegensatz zu der Ansicht einiger der Akteur*innen, die mit Sexarbeiter*innen in Kontakt stehen, nach der die überwiegende Mehrheit der Fellationes im Kontext von bezahlten Sexualkontakten ungeschützt praktiziert wird.

Geringe Inanspruchnahme von Tests, Postexpositionsprophylaxe (PEP) und Präexpositionsprophylaxe (PrEP)

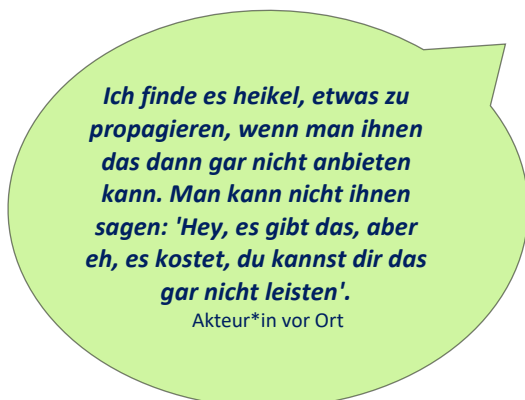
Während die anderen bekannten STI im Allgemeinen als nicht so schwerwiegend erachtet werden, wird **HIV** von den Personen mit Migrationshintergrund weiterhin mit einer **tödlichen Krankheit** in Verbindung gebracht, die grosse Angst macht. Diese Vorstellung zeugt von geringem Wissen über die Wirksamkeit der medizinischen Behandlungen. Mit Ausnahme derjenigen, die sich als homosexuell oder queer identifizieren, und derjenigen, die mit HIV leben, wissen die befragten Personen mit Migrationshintergrund nicht, dass eine Person, die mit HIV lebt und eine ART erhält, das Virus nicht mehr überträgt – auch nicht auf sexuellem Weg –, sofern die Viruslast nicht mehr nachweisbar ist. Das Konzept «U=U» (undetectable = untransmissible), das seit mehreren Jahren im

Bereich der Prävention verwendet wird, bedeutet genau das. Aber es ist den von uns befragten Personen mit Migrationshintergrund und wahrscheinlich auch der breiten Öffentlichkeit kaum bekannt.

Die **Tests** werden nicht von allen Personen mit Migrationshintergrund in gleicher Weise genutzt. Personen mit sexuellen Orientierungen und/oder Geschlechtsidentitäten einer Minderheit sowie Sexarbeiter*innen geben an, dass sie sich regelmässig auf HIV und andere STI testen lassen. Von den anderen Personen geben einige an, dass sie sich gelegentlich testen lassen, z. B. wenn Symptome für andere STI als HIV auftreten; wieder andere geben an, dass sie sich selten, nur einmal oder sogar nie haben testen lassen. Selbsttests werden in der Migrationsbevölkerung sehr selten verwendet, was auch von den Akteur*innen vor Ort bestätigt wird.

Die Gründe für die Durchführung eines HIV-Tests sind vielfältig: «aus Neugierde», «um es zu wissen», «um sicher zu sein», «um Sex ohne Kondom zu haben» oder «weil ich gefragt wurde». Zu einer geringen Inanspruchnahme von HIV-Tests führen Vorstellungen von HIV, die mit moralisch inakzeptablen Sexualpraktiken, einer schändlichen Krankheit oder – bei Gläubigen – mit einer «Strafe Gottes» für Abweichungen von der Norm verbunden sind. Einen HIV-Test zu machen, kann als Eingeständnis interpretiert werden, eine Art von unangemessenem Sexualverhalten praktiziert zu haben, was nach Ansicht der Interviewpartner*innen möglicherweise zu Kritik und Stigmatisierung innerhalb der Herkunftsgemeinschaft führen kann.

Die **Inanspruchnahme von PEP** und **PrEP** seitens der Personen mit Migrationshintergrund ist **sehr gering**. Dies ist zum einen auf den Mangel an Informationen über die PEP als Notfallbehandlung zurückzuführen und zum anderen auf die Tatsache, dass die Erkenntnis, einen potenziell riskanten Sexualkontakt gehabt zu haben, ein langer und schwieriger Prozess sein kann. Die Wirksamkeit der



Ich finde es heikel, etwas zu propagieren, wenn man ihnen das dann gar nicht anbieten kann. Man kann nicht ihnen sagen: 'Hey, es gibt das, aber eh, es kostet, du kannst dir das gar nicht leisten'.
Akteur*in vor Ort

PEP hängt jedoch von der Zeit ab, die zwischen der Risikosituation und dem Beginn der Behandlung vergeht: Je früher die Behandlung beginnt, desto wirksamer ist sie. In Bezug auf die PrEP ist zu beachten, dass die Kosten in der Schweiz nicht von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden. Und selbst wenn sie übernommen würden, bliebe die PrEP für Menschen unzugänglich, die nicht über die finanziellen Mittel zur Bezahlung der Monatsprämien und des Selbstbehalts der Krankenversicherung verfügen.

Zugang zur Gesundheitsversorgung und Behandlungskontinuität

Menschen, die mit HIV leben, sprechen in Bezug auf die Mitteilung der Diagnose von einem Schock. Sie haben sie als Todesurteil empfunden, bis sie erfuhren, dass es eine Behandlung gibt. Für HIV-/STI-infizierte Menschen äussert sich die Vulnerabilität in materiellen und soziokulturellen Schwierigkeiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung oder bei der Kontinuität der Behandlung, die für die Heilung oder die Aufrechterhaltung einer nichtnachweisbaren Viruslast erforderlich ist. Die materiellen Schwierigkeiten äussern sich in **Problemen bei der Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung**. Tatsächlich hat ein Teil der Personen mit Migrationshintergrund keine Krankenversicherung und dies aus mehreren Gründen: hohe Kosten der monatlichen Prämien, Angst vor einer Anzeige bei Personen mit irregulärem Status, Fehlen eines festen Wohnsitzes bei

Personen, die sehr mobil sind, und Komplexität des Systems, die es für Personen, die nicht in der Schweiz sozialisiert sind, schwer verständlich macht.

Diese Schwierigkeiten führen zu sogenannten **späten Arztbesuchen**, die darauf zurückzuführen sind, dass Personen mit Migrationshintergrund in Vulnerabilitätssituationen Konsultationen so weit wie möglich hinauszögern und erst dann gehen, wenn sich ihr Gesundheitszustand bereits sehr verschlechtert hat. Die Einhaltung einer ART kann sich in einem finanziell prekären Umfeld aufgrund der sehr hohen Kosten (die zwar von der Krankenkasse übernommen werden, wenn man Mitglied ist, aber Franchise und Selbstbehalt unterliegen) als kompliziert erweisen. Auch der instabile Rechtsstatus erschwert die Durchführung der Behandlung. Je nachdem, welche Möglichkeiten sich für die Personen mit Migrationshintergrund ergeben, müssen sie für eine Behandlung in andere Kantone fahren (interkantonale Mobilität zu Behandlungszwecken). Dies gilt insbesondere für Sans-Papiers. All das steigert die Angst, im Falle einer Ausweisung aus dem Land auf die Behandlung verzichten zu müssen. Schliesslich kann sich auch die Einnahme von Medikamenten als schwierig erweisen, wenn sie verheimlicht werden muss, um die Stigmatisierung durch Angehörige oder Personen, die in denselben Bekanntenkreisen verkehren, zu vermeiden.



Vulnerabilisierungsspiralen

Die Einschränkungen, denen Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz unterworfen sind, führen zu rechtlich, wirtschaftlich und sozial schwierigen Lebensbedingungen, die die Gesundheit im Allgemeinen und die sexuelle Gesundheit im Besonderen in den Hintergrund drängen.

Das Fehlen einer Aufenthaltsbewilligung hindert Sans-Papiers daran, legal zu arbeiten und zwingt sie, Schwarzarbeit anzunehmen oder von Nothilfe zu leben. Personen mit einer unsicheren Aufenthaltsbewilligung, die über ein niedriges Bildungsniveau verfügen oder deren im Ausland erworbene Abschlüsse in der Schweiz nicht anerkannt werden, haben ebenfalls Schwierigkeiten beim Zugang zum Arbeitsmarkt. Dies führt zu Schwierigkeiten beim Zugang zu Wohnraum und zur Gesundheitsversorgung, einschliesslich der Prävention und Behandlung von HIV/STI. Diese sozioökonomischen Bedingungen können dazu führen, dass sich Menschen in prekären Verhältnissen auf **sexuelle Transaktionen** einlassen, d. h. Sexualkontakte haben als Gegenleistung für eine Wohnung oder die Begleichung von Rechnungen, einschliesslich medizinischer Rechnungen. Unterhaltsbeziehungen sind durch eine starke Machtasymmetrie zwischen der Person, die unterhält, und der Person, die unterhalten wird, gekennzeichnet. In solchen Beziehungen ist das Risiko in Bezug auf HIV/STI hoch, da die unterhaltene Person nicht in der Lage ist, ihre Selbstbestimmung auszuüben, die es ihr ermöglichen würde, über die Verwendung von Kondomen zu verhandeln.

Diese Schwierigkeit, den eigenen Standpunkt bei Sexualkontakten durchzusetzen, kann auch bei Paaren auftreten, in denen eine der beiden Personen keinen stabilen Rechtsstatus oder keinen Zugang zu regelmässigen wirtschaftlichen Ressourcen hat. Dies ist insbesondere bei einigen der befragten Frauen mit Migrationshintergrund der Fall, aber auch und insbesondere bei Personen mit einer minoritären Geschlechtsidentität, deren Profil ihren Zugang zum Arbeitsmarkt einschränkt. Die Risikoübernahme erfolgt in **asymmetrischen sozialen Beziehungen** und in Momenten, die aufgrund der Lebensbedingungen in der Schweiz als schwierig beschrieben werden, insbesondere im Zusammenhang mit der Aufenthaltsbewilligung, dem Zugang zum Arbeitsmarkt und den fehlenden Zukunftsperspektiven. Dies führt uns zu der Feststellung, dass es letztlich die **relationale Vulnerabilität** ist, die das Risiko einer HIV/STI-Infektion erhöht, eine Vulnerabilität, die wiederum aus der Verflechtung mit anderen Vulnerabilitäten resultiert, die mit dem rechtlichen und sozioökonomischen Status in der Schweiz, der ethnischen Herkunft, der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität zusammenhängen. Man kann also von **Vulnerabilisierungsspiralen** sprechen, die das Risiko einer HIV/STI-Infektion und einer Verschlechterung des Gesundheitszustands aufgrund von Schwierigkeiten beim Zugang zu Behandlungen oder aufgrund des Abbruchs ebensolcher erhöhen.

Die Vulnerabilitäten, denen die Menschen ausgesetzt sind, sind Teil eines allgemeineren sozialen Kontexts, in dem die Migrationspolitik, insbesondere im Asylbereich, und die Gesundheitspolitik die Regeln für den Zugang zur Gesundheitsversorgung festlegen. Diese sind für die Personen mit Migrationshintergrund sowohl in Bezug auf die Prävention als auch bezüglich der Behandlung ungünstig. Die strukturelle Dimension dieser Vulnerabilitäten ist ein gutes Beispiel für das von der Gesundheitsförderung Schweiz, der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und dem BAG entwickelte Modell zur Analyse von gesundheitlichen Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten (Weber, 2020).

Interventionen der Institutionen

Die Befragung mit den Akteur*innen vor Ort hat gezeigt, dass das Spektrum der Interventionen im Bereich HIV/STI und Migration sehr breit gefächert ist und von der Betreuung im Sinne eines umfassenden Gesundheitsverständnisses über Interventionen im Bereich der sexuellen Gesundheit bis hin zu gezielteren Interventionen zur Prävention und Behandlung dieser Infektionen reicht. Die befragten Akteur*innen vor Ort müssen sowohl **fachspezifische als auch allgemeine Kompetenzen** entwickeln. Dies hängt vor allem mit der besonderen Situation der Personen mit Migrationshintergrund zusammen, z. B. den administrativen Fragen im Zusammenhang mit ihren Aufenthaltsbewilligungen, und mit der Gesamtheit ihrer Bedürfnisse, die u. a. den Zugang zu Wohnraum, Arbeit und Gesundheit betreffen.

Die **Interventionen im Bereich der sexuellen Gesundheit** sind auf die Aufklärung über sexuelle Rechte ausgerichtet und berücksichtigen auch andere sexuelle Risiken als HIV/STI, darunter ungewollte Schwangerschaften und sexuelle Gewalt.

Die **gezielten Interventionen zu HIV/STI** sind um fünf Arten von Massnahmen herum strukturiert: Sensibilisierung, Begleitung, Weitervermittlung, Testung und Behandlung. Die **Sensibilisierung** umfasst Aufklärungsarbeit über die Arten von STI, die Übertragungswege, die Schutzmöglichkeiten usw. Sie besteht auch darin, sich über das Wissen der Personen mit Migrationshintergrund über HIV/STI und Schutzmassnahmen sowie über ihre Vorstellungen und Praktiken im Bereich der Sexualität zu informieren, wobei Werturteile vermieden werden müssen. Die Informations- und Aufklärungsarbeit ist auf die Vermittlung von Ratschlägen in Bezug auf Schutz und Tests ausgerichtet. Um möglichst viele Personen mit Migrationshintergrund zu erreichen, wird sie in medizinisch-sozialen Einrichtungen im Spital- und Vereinskontext angeboten. Je nachdem wird auch der Zugang zu Kondomen ermöglicht. Die Frage der Stigmatisierung der betroffenen Personen bleibt jedoch zentral. Denn für Menschen mit einem sehr negativen Bild von HIV/Aids ist es schwierig, sich an die regionalen Fachstellen der Aids-Hilfe Schweiz zu wenden, in deren Name noch das Wort «Aids» enthalten ist.

[Über eine regionale Fachstelle der Aids-Hilfe Schweiz] Weil es diesen Namen gab, Aids, dachte ich mir, wenn ich hingeh, werde ich dort Leute treffen und sie werden mich sehen ...

Person mit Migrationshintergrund

Mehrere Einrichtungen bieten **Begleitungen** an, die ganz verschieden aussehen können. Im Bereich HIV/STI reicht sie von der Unterstützung im Fall eines Risikokontakts über die PrEP-Betreuung bis hin zur Behandlung. Neben diesen Angeboten erwähnen mehrere der Befragten auch ihr besonderes Interesse an Unterstützungsformen wie der Leitung von «Gesprächsgruppen», in denen Menschen mit HIV zusammenkommen.

Ein Teil der Interventionen der Akteur*innen vor Ort besteht darin, die Personen mit Migrationshintergrund, mit denen sie in Kontakt kommen, an Betreuungseinrichtungen **weiterzuvermitteln**, die auf ihre Problematik spezialisiert sind. Denn manchmal können die Institutionen eine Nachfrage aus verschiedenen Gründen nicht selbst erfüllen: nicht verfügbares

Angebot, fehlende infrastrukturelle Kapazitäten, fehlende finanzielle Mittel, Barrieren der Legalität, zu grosse Nachfrage etc.

Was die **Tests** betrifft, so werden diese meist in den Räumlichkeiten der Akteur*innen vor Ort durchgeführt, sie werden aber auch ausserhalb angeboten (Veranstaltungskontext, beruflicher Kontext für Sexarbeiter*innen usw.). Kostenlose Tests im Rahmen von Präventionskampagnen, die von der Aids-Hilfe Schweiz gefördert werden, und die Tatsache, dass die Tests jederzeit in bestimmten medizinischen Einrichtungen oder Vereinen durchgeführt werden können, erleichtern den Zugang zu Tests.

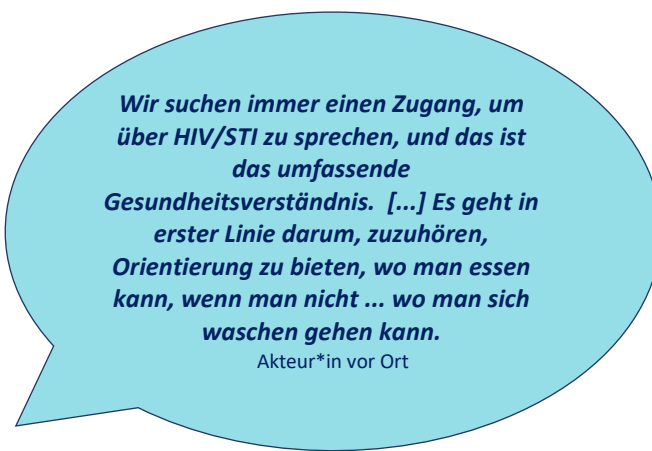
Die fünf Personen mit Migrationshintergrund, die mit HIV leben und die im Rahmen dieser Studie befragt wurden, erzählen, dass die Mitteilung der HIV-Diagnose eine unerwartete Nachricht für sie war, die wie ein Schock wirkte und durch die extrem negativen Vorstellungen, die sie von dieser Infektion hatten, noch verstärkt wurde. Angesichts der Reaktionen, die diese Mitteilung hervorruft, erweisen sich der Kontext und die Art und Weise der **Mitteilung der Diagnose** als sehr wichtig. Laut den Akteur*innen vor Ort sollte die Diagnose in einer Sprache mitgeteilt werden, die die betroffene Person gut versteht, und sie sollte zu einem Zeitpunkt stattfinden, in dem die betroffene Person in einem physischen und psychischen Zustand ist, der es ihr möglich macht, die Information aufzunehmen. Das Wissen um die Tatsache, dass HIV-positive Menschen mithilfe der ART die gleiche Lebenserwartung haben können wie nicht-infizierte Menschen, hilft ebenfalls, den Schock der Nachricht zu mildern.

Die **Behandlung** von HIV/STI (ART gegen HIV, Antibiotika gegen Chlamydien, Gonorrhöe und Syphilis) und die Prophylaxen im Rahmen der sogenannten biomedizinischen Prävention (PEP und PrEP) werden im medizinischen Umfeld und in öffentlichen oder gemeinnützigen Einrichtungen durchgeführt. Alle diese Behandlungen erfordern ein ärztlich verschriebenes Rezept. Interventionen, die darauf abzielen, eine PEP anzubieten, sind laut den Aussagen der Akteur*innen vor Ort nicht häufig. Die PrEP anzubieten und die Personen, die sie in Anspruch nehmen, medizinisch und psychosozial zu begleiten, ist noch seltener. Diese Interventionen sind im Wesentlichen auf das Milieu der Männer, die Sex mit Männern haben, beschränkt, und die Anwendung der PrEP ist Menschen vorbehalten, die die Kosten dafür tragen können.

Die Ansätze

Im Rahmen der Interventionen werden fünf Hauptansätze mobilisiert: das umfassende Gesundheitsverständnis, der vulnerabilitätsbasierte Ansatz, der personenzentrierte Ansatz, der Ansatz der aufsuchenden Arbeit sowie der gemeinschaftsbasierte und partizipative Ansatz.

In Übereinstimmung mit der Ottawa-Charta (1986) bedeutet das **umfassende Gesundheitsverständnis**, dass sowohl der Gesundheitszustand der Menschen als auch die materiellen Bedingungen, unter denen sie leben (Bewilligung, Arbeit, Wohnung, Ernährung), berücksichtigt werden. Institutionen, die sich an diesem Ansatz orientieren, bieten eine grosse Bandbreite an Unterstützung an. Diese besteht beispielsweise



Wir suchen immer einen Zugang, um über HIV/STI zu sprechen, und das ist das umfassende Gesundheitsverständnis. [...] Es geht in erster Linie darum, zuzuhören, Orientierung zu bieten, wo man essen kann, wenn man nicht ... wo man sich waschen gehen kann.

Akteur*in vor Ort

darin, Personen mit Migrationshintergrund über das Asylverfahren zu informieren, ihnen bei Behördengängen zur Erlangung einer Bewilligung zu helfen oder sie über ihre Rechte aufzuklären.

Mehrere Institutionen verfolgen einen **Ansatz**, der sich auf «**vulnerable Bevölkerungsgruppen**» bezieht, entsprechend dem «Rahmenkonzept für die HIV/STI-Prävention – Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+» des BAG (2016). Sie stützen ihre Interventionsstrategien auf die Begriffe «Vulnerabilitätsfaktoren» und «Risikominderung», wie sie im Rahmenkonzept definiert sind.

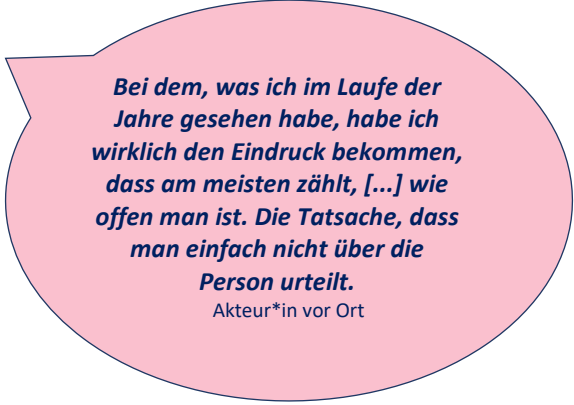
Beim **personenzentrierten Ansatz** geht es darum, den Menschen zu begegnen und zu versuchen zu verstehen, wo sie mit ihren Erfahrungen, Ideen und Vorstellungen stehen, anstatt von vornherein bestimmte Ansichten über Sexualität und sexuelle Gesundheit aufzuzwingen.

Der **Ansatz der aufsuchenden Arbeit** besteht darin, «zu den Menschen zu gehen», um sie dort zu erreichen, wo sie sich aufhalten (ethnische Läden, Friseursalons, Geldtransferagenturen usw.). Die aufsuchende Arbeit findet nämlich «ausserhalb der Mauern» statt. Einer der Vorteile, die sich daraus ergeben, ist der Aufbau von Vertrauensbeziehungen zu den isoliertesten und am wenigsten erreichbaren Menschen. Ein weiterer Vorteil liegt in der Möglichkeit, den Kontakt zu den Personen so lange wie möglich aufrechtzuerhalten. Idealerweise wird der Zugang zu bestimmten Gemeinschaften durch den Einbezug von *Gatekeepern* (Schlüsselpersonen, die der Zielgruppe der Prävention angehören) erleichtert.

Schliesslich betonen mehrere Personen die Vorteile des **gemeinschaftsbasierten Ansatzes**, bei dem es um die Beteiligung und den Einbezug der Betroffenen geht. Dieser Ansatz basiert auf den Denver-Prinzipien (1983), die sich gut in dem Slogan «Nichts über uns ohne uns» zusammenfassen lassen, und dem GIPA-Prinzip (Greater Involvement of People living with Aids), die in der Pariser Community-Erklärung (2017) aufgegriffen und ergänzt wurden. Im Sinne der Entstigmatisierung gilt es «mit» den Betroffenen zu arbeiten und nicht «für» sie. Sie werden somit bei der Konzeptualisierung (strategische Ebene) und Umsetzung (operative Ebene) von Dispositiven, Massnahmen und Leistungen zur Prävention und Betreuung einbezogen. In den Organisationen, die diesen Ansatz verfolgen, werden die betreffenden Personen nicht mehr als «Nutzer*innen», sondern als «Mitglieder» der Organisation betrachtet.

Die Prinzipien

Die Prinzipien, auf denen die von den Akteur*innen vor Ort beschriebenen Interventionen beruhen, sind Vertrauen; Anonymität und Vertraulichkeit; Respekt und Nicht-Bewertung; Agency. Das Prinzip des **Vertrauens** ist eine unabdingbare Voraussetzung für die Umsetzung und den Erfolg jeder Intervention. Das Zuhören ist eine wichtige Dimension, reicht aber nicht aus. Aus gutem Grund müssen die Personen mit Migrationshintergrund sich sicher sein können, dass die Akteur*innen vor Ort ihre Geschichten **vertraulich** behandeln. Auch die Möglichkeit, Präventionsmassnahmen unter Wahrung der **Anonymität** durchzuführen (wie z. B. ein HIV/STI-Test), wird von den befragten Personen mit Migrationshintergrund sehr geschätzt. Die Anonymität als grundlegende Dimension der Präventionsangebote wird auch von den



Bei dem, was ich im Laufe der Jahre gesehen habe, habe ich wirklich den Eindruck bekommen, dass am meisten zählt, [...] wie offen man ist. Die Tatsache, dass man einfach nicht über die Person urteilt.

Akteur*in vor Ort

Akteur*innen betont. Ein weiteres Grundprinzip, das die Interventionen im Bereich der HIV/STI-Prävention leitet, ist **Respekt** und **Nicht-Bewertung** sowohl in Bezug auf die Vorstellungen, die die Personen mit Migrationshintergrund von Sexualität haben, als auch auf ihre sexuellen Praktiken.

Dieser Grundsatz sollte nach Ansicht der befragten Menschen sexueller und geschlechtlicher Minderheiten und Sexarbeiter*innen in den Spitälern mehr beachtet werden. Das Prinzip der **Agency** schliesslich bedeutet, dass die Menschen als Akteur*innen und nicht als Opfer betrachtet werden. Es bedeutet, mit den Ressourcen zu arbeiten, über die die Menschen verfügen, um letztere bei der Entwicklung ihrer Handlungsfähigkeit zu unterstützen.

Die mobilisierten Instrumente

Die wichtigsten Interventionsinstrumente sind **Gespräche** (Einzel-, Paar- und Gruppengespräche) und **interkulturelles Dolmetschen**. Die Sprache spielt eine wichtige Rolle. Wenn es darum geht, heikle und intime Themen wie Sexualität und sexuelle Gesundheit anzusprechen, ist der Einsatz von interkulturellen Dolmetscher*innen von grundlegender Bedeutung. Personen mit Migrationshintergrund, die andernorts sozialisiert wurden, könnten diese Themen auf unterschiedliche Weise ansprechen oder als Tabu betrachten. Die Anwesenheit interkultureller Dolmetscher*innen erleichtert das Verständnis der von den Akteur*innen vor Ort vermittelten Informationen und kann auch das Sprechen über Sexualität und die damit verbundenen Probleme unterstützen. Damit die Gespräche bestmöglich verlaufen, ist es wichtig, die sozialen Merkmale der Betreuer*innen und/oder der Dolmetscher*innen (Alter, Geschlecht, Herkunft, Klasse usw.) zu berücksichtigen. Diese müssen in Beziehung zu den sozialen Merkmalen des Gegenübers gesetzt werden.

Schliesslich sind sowohl die **intra-** als auch die **interinstitutionellen Kooperationen** wichtige Dimensionen, um die Umsetzung der Interventionen zu gewährleisten. Die intrainstitutionelle Kooperation zwischen Akteur*innen vor Ort mit unterschiedlichen beruflichen Profilen und Erfahrungen ermöglicht es, Wissen und Kompetenzen zu bündeln, um effektiver zu handeln. Die Situationen, in denen manche Personen mit Migrationshintergrund leben, sind in rechtlicher, wirtschaftlicher, sozialer und administrativer Hinsicht sehr komplex, was sich auf den Zugang zu Prävention und Behandlung auswirkt. Dies erfordert von den Akteur*innen vor Ort spezifische Kenntnisse und Fähigkeiten in verschiedenen Bereichen, was durch kollaboratives Arbeiten leichter erreicht werden kann. Interinstitutionelle Kooperationen erleichtern die interdisziplinäre Arbeit. Sie ermöglichen es, die Grenzen der Dienstleistungen und Angebote einer spezialisierten Institution zu kompensieren.

Herausforderungen in der Arbeit der Akteur*innen vor Ort

Es gibt viele Herausforderungen, denen sich die Akteur*innen vor Ort in ihrer beruflichen Praxis stellen müssen. Diese Herausforderungen hängen mit der Komplexität der Situationen zusammen, die Personen mit Migrationshintergrund erleben, sowie mit den Einschränkungen durch die Migrationsgesetze (insbesondere im Asylbereich), den Zugangsbedingungen zum Gesundheitssystem und den institutionellen Zwängen.

Ich sage, dass wir Medizin wie Handwerker machen. Wir sind gezwungen, Lösungen für jede Person zu finden, weil es einen sozialen Kontext gibt.
Akteur*in vor Ort

Es wurde der Vergleich zu **Handwerker*innen** gezogen, die ihre Kreativität einsetzen müssen, um massgeschneiderte **Lösungen zu finden**. Es geht darum, angepasste Lösungen zu entwickeln, die immer in einem bestimmten und oft dringlichen Kontext zu verorten sind. Die Interventionen sind eine Form von «bricolage» im besten Sinne des Wortes, d. h. sie sind Ausdruck praktischer Wirksamkeit von Handlungsweisen.

Die genannten Herausforderungen und **Schwierigkeiten** sind auf **struktureller und institutioneller Ebene** sowie im Hinblick auf die soziokulturellen Situationen der Personen mit Migrationshintergrund zu verorten. Auf struktureller und institutioneller Ebene sind die Akteur*innen vor Ort mit dem Mangel an wirtschaftlichen und personellen Ressourcen konfrontiert. Darüber hinaus führen das politische System und das Gesundheitssystem zu erheblichen Einschränkungen. Während der Föderalismus und die kantonalen Unterschiede die Arbeit der Akteur*innen vor Ort nicht erleichtern, wird vor allem das System der Krankenversicherungen infrage gestellt. Es gilt als zu komplex zu verstehen für Menschen, die nicht in der Schweiz sozialisiert wurden, und als zu teuer für Menschen in prekären sozio-ökonomischen Verhältnissen. Es ist auch lückenhaft in seinen Leistungen (keine Rückerstattung bestimmter Präventionsmassnahmen wie Kondome oder PrEP) und respektiert die Anonymität nicht, die eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass HIV/STI-Tests und -Behandlungen in vollem Vertrauen durchgeführt werden können. Politische Entscheidungen zwingen die Einrichtungen zu mehr Anpassungsfähigkeit. Sie müssen ihre Angebote an die neuen Profile der in die Schweiz eingelassenen Personen anpassen.

Wir haben kein System, das uns besonders gut hilft. Was die Papiere angeht, ist es extrem schwierig. Was die Versicherungen angeht, ist es schwierig. Das Gesundheitssystem selbst ist nicht unbedingt einfach ...
Akteur*in vor Ort

Die Herausforderungen, mit denen die Akteur*innen vor Ort konfrontiert sind, hängen auch mit den **Situationen** zusammen, **die die Menschen mit Migrationshintergrund erleben**. Je mehr wirtschaftliche, rechtliche, sprachliche usw. Benachteiligungen zusammenkommen, desto grösser ist das Risiko, dass sie sich in Kontexten von Ausbeutung, Missbrauch und Gewalt befinden können. Eine erste Herausforderung besteht darin, diese Situationen, die meist verschwiegen werden, ans Licht zu bringen. Darauf folgt die Bewältigung der Problematik. Zu diesem Zweck kann eine Klage eingereicht werden, was jedoch nicht einfach ist, insbesondere wenn sich das Opfer illegal in der Schweiz aufhält oder rechtlich oder finanziell von der missbrauchenden Person abhängig ist. Weitere Herausforderungen, mit denen die Akteur*innen vor Ort konfrontiert sind, betreffen die Stigmatisierung von nicht-cis-heteronormativen Geschlechtern und Sexualitäten, die sowohl in der

breiten Bevölkerung als auch in ethnischen Gemeinschaften vorkommt. Diese Stigmatisierung führt zu Schwierigkeiten, mit den Betroffenen in Kontakt zu kommen und sie zu erreichen. Dasselbe gilt für die Stigmatisierung von Sexarbeiter*innen, was die Interventionen der Akteur*innen erschwert. Auch die Überzeugungen und Vorstellungen, die die Personen mit Migrationshintergrund von HIV und Schutzmöglichkeiten haben, können Präventionsmassnahmen erschweren.

Die Schwierigkeiten, mit denen die Akteur*innen vor Ort in ihrem Alltag konfrontiert sind, sind Teil **einschränkender struktureller Kontexte**, auf die sie keinen Einfluss haben: die Migrationspolitik und die Gesundheitssysteme, die die Lebensbedingungen der Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz prägen.

Ressourcen der Personen mit Migrationshintergrund

Die Personen mit Migrationshintergrund, mit denen wir gesprochen haben, sind im Ausland geboren und haben im Ausland gelebt – in ihrem Herkunftsland und oft auch in anderen Ländern –, bevor sie in die Schweiz kamen. Sie wurden mit Sprachen, kulturellen Codes, Funktions- und Organisationssystemen des Alltags sozialisiert, die sich häufig von den in der Schweiz geltenden Systemen unterscheiden.

Auch wenn das Ziel dieser Untersuchung darin besteht, die Vulnerabilitäten von Personen mit Migrationshintergrund zu untersuchen, können diese Menschen nicht nur auf Mängel reduziert werden. Sie verfügen über Ressourcen, auf die sich die Interventionen im Bereich Migration und HIV/STI stützen können.

Die grosse Mehrheit der befragten Personen ist mehrsprachig. Ihre **Sprachkenntnisse** sind ihnen bei der Interaktion mit den Menschen, denen sie in der Schweiz begegnen, von Nutzen. Darüber hinaus maximiert diese Mehrsprachigkeit ihre Chancen, eine Kommunikationssprache mit den Personen zu finden, mit denen sie im Gesundheitsbereich interagieren.

Eine grosse Mehrheit der befragten Personen mit Migrationshintergrund bezeichnet sich als gläubig und praktizierend. Unabhängig von der **Religion**, der sich die Menschen zugehörig fühlen, sagen sie, dass sie Gott dankbar sind für die Erfahrungen, die sie gemacht haben, und die Chancen, die sie in ihrem Leben hatten.

Es ist Gott, der mir die Kraft gibt, weiterzumachen. [...] Ich bete und gehe zur Messe. Wenn ich nicht zur Messe gehe, schaue ich mir die Messe auf dem Handy an.

Person mit Migrationshintergrund

Die **sozialen Netzwerke** der Personen mit Migrationshintergrund stellen ebenfalls eine ihrer Ressourcen dar. Diese Netzwerke bestehen insbesondere aus Partner*innen, die sie in der Schweiz kennengelernt haben, allfälligen Kindern, Freund*innen und Bekannten, die Teil der ethnischen und religiösen Gemeinschaften sind oder auch nicht. Die Partner*innen können eine moralische, wirtschaftliche und sogar rechtliche Ressource darstellen (Erwerb einer Aufenthaltsbewilligung durch Heirat), sofern die Beziehung nicht asymmetrisch ist. Kinder werden ausschliesslich als Ressource zur Bewältigung der Schwierigkeiten des Alltags beschrieben: Sie geben den Eltern die Kraft, in schwierigen Zeiten in der Schweiz weiterzumachen.

Schliesslich berichten die befragten Personen von ihrer **Fähigkeit, Prüfungen zu meistern**, sich nach schwierigen Erfahrungen wieder aufzurappeln, trotz wirtschaftlicher Prekarität und der

Das sind Menschen, die intellektuelle und psychologische Ressourcen zu haben scheinen ... Sie sind einfallsreich und schlau.

Akteur*in vor Ort

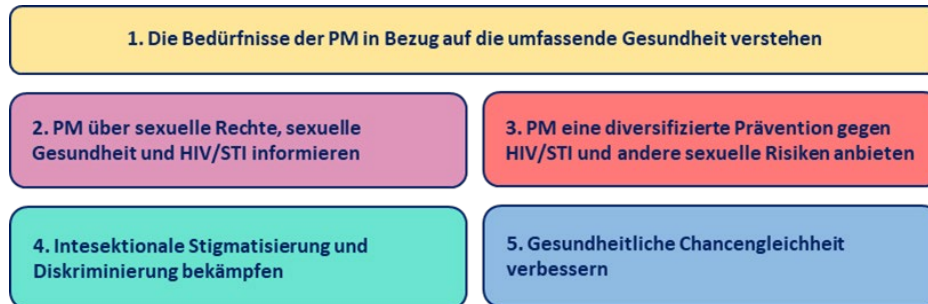
Ungewissheit, ob sie in der Schweiz bleiben können, weiterzumachen und **Möglichkeiten zu entwickeln**, um lebenswichtige Ressourcen zu finden. Die konkreten Fälle, in denen die angesprochenen persönlichen Ressourcen mobilisiert werden, betreffen die Organisation des täglichen Lebens: nützliche Adressen finden, um kostenlos Mahlzeiten bekommen zu können, von einer Stadt zur anderen reisen, um

Schlafplätze zu finden, ein Bankkonto eröffnen oder einen Handyvertrag abschliessen, ohne eine sichere Aufenthaltsbewilligung Geld verdienen, Geld an einem sicheren Ort deponieren, sich Post schicken lassen, ohne eine feste Adresse zu haben, usw.

Reflexionsgrundlagen und Interventionsmöglichkeiten für die Zukunft

Die zu erreichenden Ziele

Die drei Befragungen, die im Rahmen der Mi.STI-Studie durchgeführt wurden, ergaben fünf Hauptziele, die bei den Interventionen mit Personen mit Migrationshintergrund (PM) erreicht werden sollten:



Um Interventionen zu gestalten, die so gut wie möglich auf Menschen mit Migrationshintergrund ausgerichtet sind, ist es notwendig, ihre Praktiken und Vorstellungen im Bereich der sexuellen Gesundheit und noch spezifischer im Bereich HIV/STI zu verstehen. Es ist aber auch wichtig, **ihre Bedürfnisse in Bezug auf die umfassende Gesundheit zu verstehen**. Die Herausforderungen liegen auf der Ebene der Dominanzbeziehungen, die sich aus rechtlichen und sozioökonomischen Vulnerabilitäten ergeben können. Auch der Zugang zu medizinischer Behandlung kann eingeschränkt oder beeinträchtigt sein, wenn die Menschen keine Krankenversicherung haben oder nicht über ausreichende wirtschaftliche Ressourcen verfügen. Daher ist es wichtig, die auf HIV/STI ausgerichteten Interventionen auch auf andere Aspekte in Bezug auf die umfassende Gesundheit auszuweiten.

Unabhängig von ihrem rechtlichen und sozioökonomischen Status, ihrer ethnischen Herkunft, ihrem Alter, ihrem Geschlecht, ihrer sexuellen Orientierung oder anderen für sie relevanten Merkmalen sollten Personen mit Migrationshintergrund **über sexuelle Rechte, sexuelle Gesundheit und HIV/STI informiert werden**. Es sollten auch zusätzliche Anstrengungen unternommen werden, um eine bessere Aufklärung über andere STI als HIV, Selbsttests, PEP, PrEP und Behandlung als Prävention (TasP) zu gewährleisten. Besondere Aufmerksamkeit sollte den von Personen mit Migrationshintergrund gesprochenen Sprachen und der Fähigkeit dieser Menschen, schriftliche Informationen zu verstehen und zu nutzen (Literalität), zuteilwerden. Das könnte bedeuten, dass Informationen übersetzt werden, Leichte Sprache verwendet wird, die Verbreitungskanäle und Informationsträger (Websites, soziale Netzwerke, Community Medien, Dating-Apps, Flyer, Videos usw.) diversifiziert und interkulturelle Dolmetscher*innen mit einer Ausbildung in sexueller Gesundheit eingesetzt werden. Auf diese Weise könnten auch schwerer erreichbare Personen wie Männer, die Sex mit Männern haben, und andere Personen mit minoritären sexuellen Orientierungen und/oder Geschlechtsidentitäten erreicht werden.

Angesichts der sehr unterschiedlichen Situationen, die die Personen mit Migrationshintergrund erleben, ist eine **Diversifizierung der Präventionsangebote** notwendig. Es geht insbesondere

darum, sowohl eine sogenannte Verhaltensprävention anzubieten, die für Kondome und Voluntary Counselling and Testing (VCT) wirbt, als auch eine sogenannte biomedizinische Prävention, die auf der Verwendung von Medikamenten beruht (PEP, PrEP, TasP). Darüber hinaus würde ein möglichst breites Angebot an Leistungsarten für Personen mit Migrationshintergrund verhindern, dass Personen auf dem Weg zur sexuellen Gesundheit verloren gehen. Dieses Risiko ist besonders gross bei Sans-Papiers, die dazu neigen, Orte zu meiden, an denen sie entdeckt werden könnten. Wenn sie für weitere Kontrollen ins Spital weitergeleitet werden, erscheinen sie oftmals nicht, weil sie befürchten, angezeigt und aus der Schweiz ausgewiesen zu werden.

Bei einem Teil der Menschen mit Migrationshintergrund kommen Merkmale, Identitäten oder Status sowie Lebensbedingungen oder -erfahrungen zusammen, die sie verschiedenen Formen von Stigmatisierung und Diskriminierung aussetzen: Sexismus, Cissexismus, Heterosexismus, Rassismus, Diskriminierung aufgrund einer HIV-Infektion, Islamophobie usw. Es ist wichtig, Massnahmen zur **Bekämpfung** dieser **intersektionalen Formen von Diskriminierung** zu ergreifen. Denn die Stigmatisierungen und Diskriminierungen können dazu führen, dass sich die betroffenen Personen aus Angst, damit konfrontiert zu werden, von den Präventionsstrukturen fernhalten. Im medizinischen Bereich und im Asylwesen ist es wichtig, die in den letzten Jahren unternommenen Anstrengungen fortzusetzen, das Personal für Geschlechtsidentitäten und sexuelle Orientierungen von Minderheiten sowie für die Achtung der Vielfalt im Allgemeinen zu sensibilisieren.

Schliesslich geht es darum, **gesundheitliche Chancengleichheit** anzustreben. Das Schweizer Gesundheitssystem ist komplex. Es ist wichtig, die Menschen über seine Funktionsweise zu informieren und sicherzustellen, dass sie es verstehen. Es ist auch wichtig, sie bei den administrativen Schritten für den Beitritt zu einer Krankenkasse zu unterstützen und denjenigen finanziell zu helfen, die nicht über die nötigen Mittel zur Bezahlung der Monatsprämien verfügen. Im Bereich HIV/STI bedeutet die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit, den Zugang zu Prävention und Behandlung zu gewährleisten. Kostenlose Kondome, Tests, Medikamente (sowohl für die Prävention wie PrEP als auch für Behandlungen wie ART) und Anonymität bei der Behandlung sind wesentliche Voraussetzungen dafür, dass Personen mit Migrationshintergrund in rechtlichen und sozioökonomischen Vulnerabilitätssituationen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben und langfristig davon profitieren können, auch wenn es sich um Personen handelt, die viel umherziehen. Auf rechtlicher Ebene würde die Gewährleistung der administrativen Stabilität von Personen mit Migrationshintergrund durch verschiedene Massnahmen wie die Abschaffung der F-Bewilligungen und die Regularisierung von Sans-Papiers die Chancengleichheit im Gesundheitsbereich verbessern.

Die zu mobilisierenden Ansätze

Die Ergebnisse aus den drei Befragungen zeigen, dass sich fünf Ansätze als besonders nützlich erweisen, um die Ziele zu erreichen:

- **umfassendes Gesundheitsverständnis:** Sowohl der Gesundheitszustand der Menschen (körperliche, geistige, sexuelle und relationale Gesundheit) als auch die materiellen Bedingungen, unter denen sie leben, werden berücksichtigt;
- **gemeinschaftsbasierter Ansatz:** Die Personen mit Migrationshintergrund werden als Akteur*innen erachtet, die nützliche Fähigkeiten und Ressourcen im Bereich der HIV/STI-Prävention haben;

- **inklusiver Ansatz:** Die Interventionen werden an alle Menschen gerichtet, ohne Ausschluss aufgrund von Merkmalen wie Alter, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität, ethnische Herkunft, Rechtsstatus in der Schweiz usw.;
- **intersektionaler Ansatz:** Die Menschen werden nicht auf ein einziges oder einige wenige Merkmale reduziert, sondern es werden alle Merkmale berücksichtigt, die sie identifizieren (sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität, ethnische Herkunft, soziale Klasse usw.), sowie die Formen von Dominanz, Diskriminierung und Unterdrückung, die sie erleben;
- **Cultural Safety Ansatz:** Es wird ein selbstreflexiver und selbstkritischer Ansatz verfolgt, um sich auf die eigenen kulturellen Werte und deren Auswirkungen auf das Verhältnis zu sich selbst, zum Anderssein und zur Versorgungsbeziehung zu konzentrieren.

Letztendlich zeigen diese Ziele und Ansätze, dass wenn es im Bereich Migration und HIV/STI einen Notstand gibt, dieser eher sozialer als gesundheitlicher Natur ist. Die Barrieren für die Prävention von HIV/STI sind eher strukturell und relational als institutionell oder individuell. Sie können nur verstanden werden, wenn die Lebensbedingungen der Personen mit Migrationshintergrund und die sozialen Kontexte, die ihre sexuellen Beziehungen prägen, berücksichtigt werden. Diese Elemente zeigen, wie wichtig es ist zu beachten, dass die Vulnerabilität für HIV/STI nur eine Form von Vulnerabilität unter mehreren Vulnerabilitäten ist, mit denen Menschen mit Migrationshintergrund konfrontiert sein können.



Fazit

Die Beschreibung von Situationen der Vulnerabilität für HIV/STI und die Analyse von Prozessen der Vulnerabilisierung ermöglicht im Gegensatz zur Identifizierung von Gruppen oder Einzelpersonen, die als gefährdet gelten, eine genauere und realistischere Analyse der Erfahrungen der Personen mit Migrationshintergrund. Die Daten, die sowohl bei Akteur*innen vor Ort als auch bei Personen mit Migrationshintergrund erhoben worden sind, haben gezeigt, dass riskante Sexualpraktiken alle befragten Personen mit Migrationshintergrund unabhängig von ihrem Alter, ihrer ethnischen Herkunft, ihrer sexuellen Orientierung und ihrer Geschlechtsidentität betreffen. Ihre Vulnerabilität für HIV hängt mit den rechtlichen, sozioökonomischen, relationalen und moralischen Kontexten zusammen, in denen sie sich bewegen und in die ihre sexuellen Praktiken eingebettet sind, sowie mit den Vorstellungen, die diese Menschen von HIV/STI, Sexualität, Geschlechter- und Paarbeziehungen haben.

Je mehr sich die Personen mit Migrationshintergrund in Vulnerabilitätssituationen befinden, die mit ihrem rechtlichen und sozioökonomischen Status, ihrer ethnischen Herkunft und ihrer sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität zusammenhängen, desto grösser ist ihr Risiko, sich mit HIV/STI zu infizieren. Besonders stark scheinen sich **Machtverhältnisse** auszuwirken, die sie **unter die Dominanz** von Partner*innen, Ehepartner*innen oder Kund*innen bringen, von denen sie wirtschaftlich und/oder rechtlich abhängig sind, da ihr Spielraum für die Verhandlungen der Verwendung von Kondomen eingeschränkt ist. Diese Abhängigkeitsverhältnisse und der asymmetrische Beziehungskontext, in dem die Sexualkontakte stattfinden, wirken sich stärker auf das Risiko einer HIV-Infektion oder den Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Behandlungskontinuität aus als allfällige Wissenslücken.

Da die Personen mit Migrationshintergrund im Ausland geboren wurden und dort gelebt haben, sind sie **benachteiligt** gegenüber Personen, die in der Schweiz sozialisiert wurden, mit der Sprache und den kulturellen Codes vertraut sind und die Funktionsweise der verschiedenen Systeme verstehen, die das Leben in der Schweiz strukturieren und organisieren (Schule, Beruf, Soziales, Medizin, Recht usw.). Dadurch können Personen mit Migrationshintergrund wichtige Ressourcen vorenthalten sein, weil ihnen Informationen fehlen oder weil sie nicht in der Lage sind, diese zu mobilisieren, um sich vor einer Infektion zu schützen oder Zugang zu medizinischer Versorgung zu erhalten. Hinzu kommen die sexuellen Normen, mit denen die Menschen in ihren Herkunftsländern sozialisiert wurden und die sie zu einer versteckteren und riskanteren Sexualität führen können. Ihre Vorstellungen und Überzeugungen von HIV/STI sowie die Verurteilung von nicht-cis Geschlechtsidentitäten und nicht-heterosexuellen Orientierungen, die sie in ihren Herkunftsgemeinschaften erleben, haben ebenfalls einen Einfluss auf die Risikobereitschaft und den Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Hinzu kommen die **Kosten für medizinische Leistungen**, die für Personen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch prekären Situationen eine grosse Hürde darstellen, sowie die Kosten und Bedingungen für die Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung (Wohnsitz, Bankkonto, fehlende Anonymität usw.). Und schliesslich: Je mehr Benachteiligungen für die Menschen zusammenkommen, desto weniger beschäftigt sie das Risiko einer HIV/STI-Infektion. Im Vordergrund steht die **Befriedigung der Grundbedürfnisse** (Wohnen und Essen), sowie der Erhalt einer Aufenthaltsbewilligung, die es ermöglicht, sich in der Schweiz niederzulassen und einer Arbeit

nachzugehen. Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, gelingt es, den Abhängigkeits-, Dominanz- und Ausbeutungs-verhältnissen zu entfliehen, in denen sich ein erheblicher Teil der Personen mit Migrationshintergrund befindet.

Wenn die Vulnerabilitäten ineinander verflochten sind, können sie zu einer Spirale der Prekarisierung, Marginalisierung und Stigmatisierung führen und die Personen mit Migrationshintergrund **intersektionellen Diskriminierungen** in unterschiedlichen Konstellationen aussetzen, die als ineinandergreifende Ungleichbehandlungen zu verstehen sind. Es sind nicht die besonderen Merkmale der Menschen (ethnische Herkunft, Glaube, Geschlechtsidentität, sexuelle Orientierung usw.), die zu Schwierigkeiten führen, sondern die Tatsache, dass sie aufgrund dieser Merkmale anders behandelt werden. Unsere Ergebnisse zeigen, dass diese Elemente Kontexte, Situationen und Beziehungen schaffen, in denen Personen mit Migrationshintergrund einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind.

Aus soziologischer Sicht spielen sich die intersektionalen Diskriminierungen auf verschiedenen Ebenen ab. Die Studie hat gezeigt, dass sich diese Diskriminierungen auf **struktureller Ebene** abspielen, wo es um die mit den bestehenden Systemen (Recht, Gesundheit, Wirtschaft usw.) verbundenen Zwänge und Einschränkungen geht; auf **institutioneller Ebene**, wie die Funktionsweise der Institutionen zeigt; auf **gemeinschaftlicher Ebene**, wenn es um diskriminierende Behandlungen innerhalb von ethnischen Gemeinschaften oder der LGBTQI+ Community geht; und auf **relationaler Ebene**, wo es sich um Diskriminierungen handelt, die in verschiedenen sozialen Bereichen des täglichen Lebens wie Partnerschaft, Familie, Arbeit usw. stattfinden.

Folglich müssen die **Interventionsstrategien** auf diese verschiedenen Herausforderungen reagieren. Es geht darum, die Bedürfnisse der Menschen mit Migrationshintergrund in Bezug auf die umfassende Gesundheit zu verstehen, um gemeinsam mit ihnen einen Gesundheitsweg zu gestalten, bei dem alle Beteiligten als vollwertigere Akteur*innen betrachtet werden. Dies geschieht, indem die Personen mit Migrationshintergrund über ihre sexuellen Rechte informiert werden und kostenlosen Zugang zu den Leistungen erhalten, die sie benötigen und mit denen sie sich wohlfühlen. Letztlich geht es darum, die verschiedenen Formen von Diskriminierung und Stigmatisierung, von denen diese Menschen betroffen sind, zu bekämpfen und gesundheitliche Chancengleichheit für alle anzustreben.

Schliesslich weisen die Ergebnisse der Mi.STI-Studie darauf hin, dass sich für die kommenden Jahre drei Paradigmenwechsel abzeichnen:

- vom Paradigma, das sich auf Zielpopulationen (oder Schlüsselpopulationen) konzentriert, hin zu einem inklusiven Paradigma
- vom biomedizinischen Paradigma hin zu einem sozialmedizinischen Paradigma
- vom Paradigma der Vulnerabilität hin zu einem Paradigma des Empowerments.

Das **inklusive Paradigma** wird eine bessere Vereinbarkeit mit einem der wichtigsten Ziele im öffentlichen Gesundheitswesen ermöglichen: der gesundheitlichen Chancengleichheit. Das **sozialmedizinische Paradigma** wird es ermöglichen, den sozialen Notstand des Zugangs zu Prävention und Gesundheitsversorgung für alle Personen in der Schweiz anzugehen. Das **Paradigma des Empowerments** wird die Stärkung der Handlungsfähigkeit und Autonomie der Menschen mit Migrationshintergrund ermöglichen. Die Kombination der drei Veränderungen kann zur Entwicklung einer inklusiveren Gesellschaft beitragen, die Vielfalt respektiert, indem die Kompetenzen und Ressourcen der Personen mit Migrationshintergrund wertgeschätzt und der Erwerb von Kompetenzen und Ressourcen, über die sie nicht verfügen, erleichtert wird. So wird die Handlungsfähigkeit und Autonomie vulnerabilisierter Personen gefördert.

Präsentation der befragten Personen

Akteur*innen vor Ort (N=20)		
Bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht	Weiblich	15
	Männlich	5
Geschlechtsidentität	Cis	19
	Queer	1
Sexuelle Orientierung	Heterosexuell	19
	Pansexuell	1
Alter	21-30	3
	31-40	3
	41-50	7
	51-60	5
	61+	2
Herkunft	Schweiz	7
	Anderes europäisches Land	5
	Land in Afrika	6
	Land im Nahen Osten	1
	Land in Asien	1
Aufenthaltsbewilligung	Schweizer Nationalität	15
	Ausweis C	3
	Ausweis B	1
	Fehlende Informationen	1
Konfession	Katholisch	6
	Protestantisch	6
	Atheistisch	8
Ausbildung	Hochschulstudium (BA/MA) im medizinischen Bereich	10
	Hochschulstudium (BA/MA) im sozialen Bereich	5
	Hochschulstudium (BA/MA) in einem anderen Fachgebiet	3
	Lehre	2
Status innerhalb der Institution	Ärzt*in	4
	Pflegefachperson	3
	Berater*in für sexuelle Gesundheit	3
	Projektbeauftragte*r	3
	Koordinator*in	3
	Mediator*in	2
	Dolmetscher*in	1
	Pfarrer*in	1
Beschäftigungsdauer in der Institution	0-5 Jahre	7
	6-10 Jahre	8
	11-15 Jahre	3
	16-20 Jahre	2

Institutionen, bei denen die Akteur*innen arbeiten (N=18)		
Typ	Regionale Fachstelle der Aids-Hilfe Schweiz	4
	Zentrum für sexuelle Gesundheit	1
	Niederschwelliges Zentrum (Menschen in prekären Situationen, Sans-Papiers, Sexarbeit)	3
	Abteilung im Spital	3
	Checkpoint	2
	Verein im Bereich Sexarbeit	1
	Verein im Bereich Asyl und LGBTIQ+	1
	Verein im Bereich Migration	1
	Sammelunterkunft Asylbereich	1
	Religiöse Einrichtung	1
Status	Öffentlicher Dienst	4
	Verein	14
Kantonale Verankerung	Basel	2
	Bern	4
	Freiburg	1
	Genf	4
	Neuenburg	1
	Waadt	3
	Zürich	3
Finanzierung	Öffentliche Quellen	4
	Gemischte Quellen	13
	Private Quellen	1

Personen mit Migrationshintergrund (N=28)		
Bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht	Weiblich	13
	Männlich	15
Geschlechtsidentität	Cis	24
	Trans	3
	Queer	1
Sexuelle Orientierung	Heterosexuell	24
	Homosexuell	2
	Bisexuell	1
	Queer	1
Alter	18-30	8
	31-40	11
	41-50	8
	51-60	1
Herkunft	Afghanistan, Argentinien, Äthiopien (3), Brasilien (2), Burkina Faso (2), Demokratische Republik Kongo, Dominikanische Republik, Elfenbeinküste, Eritrea, Gambia, Georgien, Ghana, Guinea (2), Iran, Jamaika, Kolumbien, Kenia, Nigeria (2), Philippinen, Rumänien, Syrien, Türkei	22 Länder
In der Schweiz seit	1-5 Jahre	13
	6-10 Jahre	11
	11-15 Jahre	4
Aufenthaltsbewilligung	B	12
	F	4
	N	1
	Arbeitserlaubnis 90 Tage	3
	Ohne Aufenthaltsbewilligung	8

Familienstand	Ledig	12
	Verheiratet	6
	Getrennt	3
	Geschieden	6
	Verwitwet	1
Beziehungsstatus	Single	21
	In einer Beziehung/mit Partner*in	7
Kinder	Ohne Kinder	15
	Mit Kindern (1-3)	13
Wohnform	In einer Wohnung allein	9
	In einer Wohnung als Paar/Familie	7
	In einer Wohngemeinschaft	6
	In einer Sammelunterkunft	5
	Zimmer in einem Erotiksalon	1
Ausbildung	Grundschule	6
	Sekundarstufe I	8
	Sekundarstufe II (Lehre/BAC)	9
	Tertiärstufe	5
Einkommensquellen	Gemeldete Arbeit	4 ³
	Schwarzarbeit, Gelegenheitsjobs	6
	Lehre	3
	Sozialhilfe /Nothilfe /IV	12/2/2
	Stipendium	1
	Praktikum	4
	Gehalt Ehepartner*in/Partner*in	2
Zur Verfügung stehende Beträge pro Monat	<1000 CHF	6
	1001-2000 CHF	15
	2001-3000 CHF	2
	Sehr unterschiedlich	5
Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse	Ja	21
	Nein	7
Religion	Christlich	15
	Muslimisch	9
	Andere	1
	Atheistisch	3
STI	HIV	5
	Chlamydien	4
	Syphilis	2

³ Personen, die im Bereich Sexarbeit tätig sind.



Literaturverzeichnis

- BAG (2016). Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+. Rahmenkonzept für die HIV/STI-Prävention. *Bundesamt für Gesundheit BAG*, 1-96.
<https://www.bag.admin.ch/rahmenkonzept-mv>
- BAG (2020). Übertragbare Krankheiten. *Bulletin vom 23. November 48*, 8-39.
- Beaud, S. (1996). L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique». *Politix*, 9(35), 226-257. <https://doi.org/10.3406/polix.1996.1966>
- Bilge, S., & Roy, O. (2010). La discrimination intersectionnelle: la naissance et le développement d'un concept et les paradoxes de sa mise en application en droit antidiscriminatoire. *Canadian journal of law and society*, 25(1), 51-74.
<https://doi.org/10.1017/s0829320100010218>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: Black feminist critique of antidiscrimination doctrine. *Feminist theory and antiracist politics. University of Chicago Legal Forum*, 139-168.
- Denver-Prinzipien (1983).
- Kaufmann, J.-C. (2016). *L'entretien compréhensif* (4ème éd.). Armand-Colin.
- Ottawa-Charta (1986).
- Paillé, P. (2007). La recherche qualitative: Une méthodologie de la proximité. In H. Dorvil & R. Mayer (Eds.), *Problèmes sociaux. Théories et méthodologies* (Vol. 3, pp. 409-444). Presses de l'Université de Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv18pgtsn.20>
- Pariser Community-Erklärung (2017).
- Ramos, E. (2015). *L'entretien compréhensif en sociologie. Usages, pratiques, analyses*. Armand Colin.
- Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz. Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. Bern: GFCH, BAG, GDK.