

"When people get open about HIV, it's easier to save others."

**Herausforderungen und Lösungswege in der HIV-Primärprävention und Aids-
Versorgung bei Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften in der Schweiz**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Würde einer Doktorin der Philosophie

Vorgelegt der Philosophisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät
der Universität Basel

von Iren Bischofberger Lerch
aus Obereggen / AI, Muttenz / BL

Basel, 2007

Genehmigt von der Philosophisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Basel

auf Antrag von

Prof. Dr. Marcel Tanner, Prof. Dr. Hans-Jakob Furrer, PD Dr. Brigit Obrist

Basel, 23. März 2007

Prof. Dr. Hans-Peter Hauri
Dekan



"Mit dem AFRIMEDIA Projekt verlassen wir das Schema des allwissenden Weissen, der den Schwarzen alles beibringen muss. Ich glaube, der wichtigste Teil unserer Arbeit besteht in der Art, wie wir die Informationen vermitteln: Wir benutzen eine einfache, bildreiche Sprache. Und auch die non-verbale Kommunikation ist sehr wichtig dabei."

Chantal Ngarambe Buffat

AFRIMEDIA Mediatorin, Pflegefachfrau

Aus: Longerich B (2005) "Wir leisten ganz konkrete Präventionsarbeit", Krankenpflege, 99(12), S. 17

Inhaltsverzeichnis

0	VORSPANN.....	i
	Dank.....	i
	Zusammenfassung	iii
	Summary.....	v
1	EINLEITUNG.....	1
1.1	Präventions- und Versorgungsinnovationen durch HIV/Aids.....	2
1.2	HIV-Primärprävention und HIV/Aids-Versorgung mit neuen Zielgruppen.....	3
1.3	Strategien des Bundesamtes für Gesundheit zu HIV/Aids	6
1.3.1	Prävention	8
1.3.2	Sexuelle Gesundheit / Sexuell übertragbare Infektionen.....	10
1.3.3	Therapie und Beratung.....	11
1.3.4	Chronische Krankheit	14
1.3.5	Solidarität.....	15
1.3.6	Menschenrechte	18
1.4	Migration und Gesundheit im Kontext von HIV/Aids	20
1.5	Fazit	23
2	ÜBERBLICK DER STUDIE	24
3	ZIELE	26
3.1	Übergeordnetes Ziel und konzeptioneller Rahmen	26
3.2	Spezifische Ziele.....	28
4	STAND DER FORSCHUNG ZU PRÄVENTION UND VERSORGUNG BEI SUB-SAHARA MIGRANTINNEN IN DER SCHWEIZ.....	29
4.1	HIV-Primärprävention und Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften - Literaturanalyse und Empfehlungen für die Schweiz (Paper 1).....	30
4.1.1	Einleitung.....	34
4.1.1.1	Ausgangslage.....	34
4.1.1.2	Aktuelle epidemiologische Situation von HIV/Aids	35
4.1.1.3	AFRIMEDIA Interventionsprojekt.....	36
4.1.1.4	Ziele und Fragestellung.....	38
4.1.1.5	Methodisches Vorgehen.....	38

4.1.2 Ergebnisse zum Stand der Forschung und Praxis.....	40
4.1.2.1 Entwicklung des Wissensstandes	40
4.1.2.1.1 Publikationsformen und inhaltliche Tendenzen	40
4.1.2.1.2 Tendenzen in der Forschungsmethodik.....	42
4.1.2.2 Ausgewählte Charakteristika der Sub-Sahara Bevölkerung.....	44
4.1.2.2.1 Begriffsklärung.....	44
4.1.2.2.2 Demographische Angaben.....	45
4.1.2.2.3 Sozio-ökonomische Hintergründe	46
4.1.2.2.4 Gesundheit im Kontext von HIV/Aids	50
4.1.2.3 Zielgruppen für die HIV-Prävention	51
4.1.2.3.1 Asylsuchende und Flüchtlinge	51
4.1.2.3.2 Sub-Sahara MigrantInnen aus spezifischen Nationen	52
4.1.2.3.3 Frauen	53
4.1.2.3.4 Männer.....	55
4.1.2.3.5 Jugendliche und Familien	57
4.1.2.4 Präventionskonzeptionen	58
4.1.2.4.1 Stigmatisierung und Partizipation.....	58
4.1.2.4.2 Risikowahrnehmung	60
4.1.2.4.3 Sensibilisierung und Wissensstand zu HIV/Aids	61
4.1.2.4.4 Traditionelle Sexualpraktiken	63
4.1.2.4.5 Kondomgebrauch.....	65
4.1.2.4.6 HIV-Antikörpertest.....	66
4.1.2.4.7 Inanspruchnahme von Beratungs- und Unterstützungsangeboten	69
4.1.2.5 Präventionsmethoden	71
4.1.2.5.1 Mündliche Methoden.....	72
4.1.2.5.2 Schriftliche Methoden	73
4.1.2.5.3 Visuelle Methoden	75
4.1.2.5.4 Partizipative Methoden.....	76
4.1.2.6 Projektmanagement	79
4.1.2.6.1 Projektziele	79
4.1.2.6.2 Institutionelle Anbindung.....	80
4.1.2.6.3 Finanzen	82
4.1.2.6.4 Personalfragen.....	83
4.1.2.6.5 Monitoring und Evaluation.....	84
4.1.2.6.6 Gute Praxis von HIV-Präventionsprojekten.....	87
4.1.3 Fazit, Empfehlungen und Ausblick für die Schweiz	89
4.1.3.1 Fazit	89
4.1.3.2 Empfehlungen	90
4.1.3.2.1 Präventionspraxis	90
4.1.3.2.2 Forschung.....	93
4.1.3.2.3 Präventionsgrundsätze	94
4.1.3.3 Ausblick.....	95
4.2 HIV/AIDS disease characteristics and illness experiences: A literature review on clinical and community-based research studies with HIV-infected Sub-Sahara migrants living in Western Europe (Paper 2)	97
4.2.1 Introduction.....	99
4.2.2 Review strategies	99
4.2.3 Findings.....	100
4.2.3.1 Migrants' characteristics and living contexts.....	100

4.2.3.2 HIV/AIDS disease characteristics.....	100
4.2.3.3 HIV/AIDS illness experiences.....	101
4.2.3.4 Research methods.....	103
4.2.4 Discussion.....	104
4.2.4.1 Perpetuation of clinical impairment and social hardship.....	104
4.2.4.2 Promising trends for community dialogue on HIV/AIDS issues.....	105
4.2.5 Conclusion.....	106
4.3 Fazit zum Stand der Forschung.....	116
5 METHODOLOGIE UND FORSCHUNGSMETHODIK.....	119
5.1 Grundzüge guter Praxis in der qualitativen Gesundheitsforschung (Paper 3).....	120
5.1.1 Einführung.....	121
5.1.2 Methodologische Grundsätze.....	121
5.1.2.1 Wissenschaftstheoretischer Hintergrund.....	121
5.1.2.2 Gütekriterien qualitativer Sozialforschung.....	123
5.1.2.3 Partizipation von Forschungsteilnehmenden.....	124
5.1.2.4 Forschungsethik.....	126
5.1.3 Studienaufbau.....	128
5.1.3.1 Einführung.....	129
5.1.3.2 Zahl der Teilnehmenden.....	129
5.1.3.3 Rekrutierungsstrategie.....	130
5.1.3.4 Methodenwahl.....	130
5.1.3.5 Analysestrategie.....	131
5.1.3.6 Verbreitung der Resultate.....	131
5.1.3.7 Implementation der Ergebnisse.....	133
5.1.3.8 Zeit- und Budgetplan.....	133
5.1.4 Forschungsmanagement für die Studiendurchführung.....	134
5.1.5 Ausblick.....	136
5.2 Zugang gewinnen - Rekrutierungsphase als Herausforderung (Paper 4).....	137
5.2.1 Brisanter Projekthintergrund.....	139
5.2.2 Herausforderungen für den Zugang zu InterviewpartnerInnen.....	141
5.2.2.1 Ungewollte Stigmatisierung.....	141
5.2.2.2 Ethikkommissionen.....	141
5.2.2.3 Sprache.....	142
5.2.2.4 Zugang zu interessierten Personen.....	143
5.2.2.5 Interviewvorbereitung.....	145
5.2.3 Bisherige Erkenntnisse.....	146
5.2.3.1 Interesse für die Meinung der TeilnehmerInnen.....	146
5.2.3.2 Rekrutierung über private Kontakte.....	147
5.2.3.3 Arbeitsweise von Ethikkommissionen in der Schweiz.....	148
5.2.3.4 Liebe zum Detail.....	149
5.3 Interviewing Sub-Saharan migrants in Switzerland about HIV/AIDS: Critical reflections on the interview process (Paper 5).....	150
5.3.1 Introduction.....	152
5.3.2 Study background.....	152
5.3.3 Critical Reflections of interview phases.....	152

5.3.3.1	Developing the interview guideline	152
5.3.3.2	Selecting interview language	154
5.3.3.3	Selection of interviewers	155
5.3.3.4	Creating a reciprocal interview relationship	155
5.3.3.5	Interview venues	156
5.3.4	Steps of conducting the interview	157
5.3.5	Conclusion	158
5.4	Datenbearbeitung und -analyse	160
5.4.1	Datenaufbereitung und -qualität	160
5.4.1.1	Technik und Datenschutz	160
5.4.1.2	Dokumentation	161
5.4.1.3	Transkription	161
5.4.2	Methodik der Datenanalyse und -interpretation	162
5.4.2.1	Perspektivetriangulation verschiedener Gruppen	163
5.4.2.2	Vorgehen bei der Textanalyse	164
5.4.2.3	Kontrolle der Datenanalyse	167
5.4.2.4	Kommunikative Validierung	168
5.5	Grenzen des methodischen Vorgehens	169
6	PRÄSENTATION DER ERGEBNISSE	171
6.1	Sozio-demographische Hintergründe und Kurzportraits der Studienteilnehmenden	172
6.1.1	Sozio-demographischer Überblick	172
6.1.2	Kurzportraits der Studienteilnehmenden	174
Gruppe A:	HIV-MediatorInnen	175
Gruppe B:	HIV-infizierte Personen	183
Gruppe C:	Personen ohne vorab festgelegten Bezug zu HIV/Aids	194
6.1.3	Diskussion	211
6.1.4	Fazit	221
6.2	HIV-Prävention für Sub-Sahara Migranten in der Schweiz – Wie erreichen MediatorInnen ihre Zielgruppen? Ergebnisse einer explorativen Studie (Paper 6)	224
6.2.1	Einleitung und Fragestellung	227
6.2.2	Methodisches Vorgehen	227
6.2.3	Ergebnisse	228
6.2.3.1	Beschreibung der Teilnehmenden	228
6.2.3.2	Dreierlei MediatorInnen	228
6.2.3.3	Geplante und unvorhergesehene Zielgruppen	229
6.2.3.4	Zugang suchen und finden	230
6.2.3.4.1	Orte definieren	230
6.2.3.4.2	Zeitpunkt wählen	233
6.2.3.4.3	Aufmerksamkeit gewinnen	233
6.2.3.4.4	Genderfragen berücksichtigen	235
6.2.4	Diskussion	235
6.2.4.1	Breitenwirksamkeit	235
6.2.4.2	Kreative Interventionen und gendersensible Kommunikation	236
6.2.4.3	Balance zwischen Insider- und Outsiderstatus	237
6.2.5	Fazit	237

6.3 Cross-cultural health assessment of HIV-infected Sub-Saharan migrants: Implications from a qualitative study (Paper 7)	239
6.3.1 HIV in Western Europe	241
6.3.2 Cross-cultural health assessment.....	241
6.3.3 Research design.....	242
6.3.4 Findings.....	243
6.3.4.1 Participants' characteristics.....	243
6.3.4.2 Illness characteristics and its effects	244
6.3.4.3 Invisible illness	244
6.3.4.4 Shameful illness	245
6.3.4.5 Risky illness	246
6.3.4.6 Treatable illness	247
6.3.5 Discussion	249
6.3.5.1 Individual illness understanding.....	249
6.3.5.2 Long-term illness trajectories.....	250
6.3.6 Implications for cross-cultural assessments of health and illness.....	251
6.3.7 Conclusion.....	254
6.4 HIV/AIDS and Sub-Sahara migrants in Switzerland: Ongoing need for solidarity (Paper 8)	256
6.4.1 Introduction: Learning strategy for managing HIV/Aids.....	258
6.4.2 Background: Sub-Sahara migrants in the limelight of HIV statistics and HIV prevention.....	258
6.4.3 Study method and participants' characteristics.....	259
6.4.4 Results.....	259
6.4.4.1 Accusation from host society.....	260
6.4.4.2 Continuum between ignorance and solidarity.....	260
6.4.5 Discussion	267
6.4.5.1 Benefit of peer education	267
6.4.5.2 The primacy of solidarity	268
6.4.6 Conclusions and future development.....	270
6.5 Prävention statt Zwangstest am Beispiel einer HIV-infizierten Sub-Sahara Migrantin (Paper 9) ..	271
6.5.1 Einleitung.....	272
6.5.2 Epidemiologische Fakten.....	273
6.5.3 Altes und neues Bild von öffentlicher Gesundheit	274
6.5.4 HIV-Test	274
6.5.5 Migration.....	275
6.5.6 Pflegerische und ärztliche Betreuung von HIV-infizierten Asylsuchenden.....	275
6.5.7 Ethische Verantwortung.....	276
6.5.8 Schlussfolgerung des SBK Observatoriums	277
7 DISKUSSION.....	279
7.1 Diskurs in der Literatur: Prävention und Versorgung.....	280
7.2 Diskurs in der Methodik: Sozialwissenschaftliche und klinisch-epidemiologische Forschung.....	282
7.3 Diskurs in der Datenpräsentation: "Sichtbare Menschen – unsichtbares Virus".....	283
7.4 Arbeitsmodell zur Integration von HIV-Prävention und HIV/Aids-Versorgung für Sub-Sahara MigratInnen	286

8	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN.....	290
8.1	Bedeutung der Studienergebnisse für die Schweiz.....	291
8.2	Empfehlungen für Praxis, Forschung und Strategieentwicklung.....	296
9	BIBLIOGRAPHIE	303
10	ANHÄNGE	334
	Anhang A: Informierte Einverständniserklärung.....	335
	Anhang B: Einwilligungsf formular für die Geheimhaltung der Projektmitarbeitenden.....	338
	Anhang C: Eckpfeiler zum Projekt und Zusammenfassung	339
	Anhang D: Informationsblatt für interessierte Teilnehmende.....	341
	Anhang E: Informationsblatt für interessierte HIV-positive Teilnehmende	344
	Anhang F: Telefonleitfaden.....	348
	Anhang G: Gesprächsleitfaden für das Einzelinterview mit geschulten HIV/Aids MediatorInnen	350
	Anhang H: Gesprächsleitfaden für das Interview mit Sub-Sahara MigrantInnen.....	353
	Anhang I: Gesprächsleitfaden für das Interview mit HIV-positiven Sub-Sahara MigrantInnen	355
	Anhang J: Informationsblatt für MediatorInnen am Fokusgruppengespräch	357
	Anhang K: Diskussionspunkte für Fokusgruppengespräch mit MediatorInnen	360
	Anhang L: Raster für Interviewprotokoll.....	362
	Anhang M: Factsheet Literaturanalyse HIV-Primärprävention	363
	Anhang N: Sozio-demographische und biographische Informationen zum Interview mit MediatorInnen	366
	Anhang O: Sozio-demographische und biographische Informationen zum Interview mit Sub-Sahara MigrantInnen.....	367
	Anhang P: Sozio-demographische und biographische Informationen zum Interview mit HIV-positiven Sub-Sahara MigrantInnen.....	368
	Lebenslauf	369
	Persönliche Erklärung zur Dissertationsschrift.....	375

Abbildungen

Abbildung 1:	Drei Kerngeschäftsfelder des Schweizerischen Nationalen HIV/Aids Programmes 2004 – 2008 (innerhalb der blauen Punktlinie)	7
Abbildung 2:	BAG Kampagne Love Life – Stop Aids 2005	11
Abbildung 3:	Bild aus der Schweizer Stop Aids Kampagne 1991	16
Abbildung 4:	Logo des AFRIMEDIA Projektes.....	22
Abbildung 5:	Konzeptioneller Rahmen des Dissertationsprojektes.....	26
Abbildung 6:	Positive HIV-Tests in der Schweiz – Schätzung der Anzahl neu diagnostizierter HIV-Infektionen (Bundesamt für Gesundheit 2005b, S. 881)	35
Abbildung 7:	AFRIMEDIA-Stand an den Afropfingsten in Winterthur 2005 (Foto: AFRIMEDIA).....	37
Abbildung 8:	Chronologische Entwicklung von Studien und Reports zur HIV-Primärprävention	41
Abbildung 9:	Chronologische und nationale Entwicklung der Publikationen zur HIV-Primärprävention	42
Abbildung 10:	Kampagne zur Förderung des HIV-Tests bei Sub-Sahara MigrantInnen in Frankreich.	68
Abbildung 11:	Thematische Bereiche des BAG-Forschungskonzeptes Gesundheit.....	122
Abbildung 12:	Sujets der BAG Stop Aids – Love Life Kampagne 2006	215
Abbildung 13:	Demonstration des Femidoms durch einen AFRIMEDIA-Mediator an einer Präventionsveranstaltung	216
Abbildung 14:	Präventionsbotschaften aus der Schweizer Aids-Kampagne 2003 in Kiswahili (links) und Somalisch (rechts)	226
Figure 15:	HIV/AIDS illness characteristics and illness outcomes experienced by Sub-Saharan migrants	244
Figure 16:	Continuum of HIV/AIDS discourses among Sub-Saharan migrant communities in Switzerland	260
Figure 17:	Poster from Swiss AIDS campaign 1991 with a catholic bishop	269
Abbildung 18:	Inserat in der Sonntagszeitung vom 14. September 2003	272
Abbildung 19:	Ergänzttes BAG Kreismodell als Rahmen für Empfehlungen	297

Tabellen

Table 1:	Disease presentation of HIV-infected Sub-Saharan migrant patients	111
Table 2:	HIV-infected Sub-Saharan migrants' perspectives on illness experiences.....	115
Tabelle 3:	Interventionskontinuum Gesundheitsförderung – Prävention (Laaser & Hurrelmann 1998, S. 398)	117
Tabelle 4:	Analysetechniken in der Grounded Theory zur Erschliessung qualitativer Daten - Konkrete Beispiele	166
Tabelle 5:	Analysestrategien und Erläuterungen (Kvale 1996).....	167
Tabelle 6:	Sozio-demographische Angaben der Studienteilnehmenden	173
Tabelle 7:	Details zu Nationalität, Sprachkenntnissen und Berufen der Studienteilnehmenden .	174
Tabelle 8:	Charakteristika der Studienteilnehmenden	228
Tabelle 9:	Engagement der Teilnehmenden in der HIV-Prävention.....	229
Tabelle 10:	Details zu Zugangsstrategien für die MediatorInnen-Arbeit	232
Table 11:	Socio-demographic characteristics of all participants	243
Table 12:	Recommended materials for clinical use	255
Tabelle 13:	Arbeitsmodell zur Integration von HIV/Aids-Prävention und Versorgung für Sub-Sahara MigratInnen (adaptiert von Laaser & Hurrelmann 1998, S. 398).....	286
Tabelle 14:	Arbeitsmodell zur Integration von HIV/Aids-Prävention und Versorgung für Sub-Sahara MigratInnen am Beispiel "Voluntary Counselling and HIV Testing"	289
Tabelle 15:	Empfehlungen für die Praxis, Forschung und Strategieentwicklung für Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften in der Schweiz entlang den BAG Kerngeschäftsfeldern im Nationalen HIV/Aids-Programm 2004 – 2008 (inkl. vier neuen Bereichen).....	302

Abkürzungen

ASFAG	Association Solidarité Femmes Africaines de Genève
AHS	Aids-Hilfe Schweiz
BAG	Bundesamt für Gesundheit
DEZA	Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
EKAF	Eidgenössische Kommission für Aidsfragen
FOPH	Federal Office of Public Health
KAP	Knowledge – Attitude – Practice
MAXQDA	MAX (benannt nach dem Soziologen Max Weber), Qualitative Datenanalyse

NHAP	Nationals HIV/Aids-Programm
SHCS	Swiss HIV Cohort Study
SNF	Schweizerischer Nationalfonds
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
STI	Schweizerisches Tropeninstitut
SSM	Sub-Sahara Migrant / Migrantin
+SSM	HIV-infizierte/r Sub-Sahara Migrant / Migrantin
UK	United Kingdom
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
VCT	Voluntary Counselling and Testing

Zur Lesbarkeit des Textes

Zugunsten der Lesefreundlichkeit wurden in diesem Dissertationsprojekt die Literaturangaben im Fliesstext auf zwei AutorInnen beschränkt. In der Bibliographie werden jedoch alle Autorinnen und Autoren aufgeführt.

In der Regel wird für die Studienteilnehmenden der Begriff Sub-Sahara MigrantInnen verwendet, gelegentlich als Synonym aber auch AfrikanerInnen oder Sub-Sahara AfrikanerInnen.

Die Zitate in deutschsprachigen Kapiteln wurden in der Originalsprache, d. h. in Deutsch, Englisch oder Französisch belassen, um den sprachlichen Charakter möglichst nicht zu verändern.

Die Numerierung der gesamten Dissertationsschrift mit fünf Hierarchieebenen wurde bewusst gewählt, um den LeserInnen im Inhaltsverzeichnis einen Überblick und eine detaillierte Suche nach Inhalten zu ermöglichen, und um im Text möglichst präzise Querverweise anbringen zu können. Dafür wurde in Kauf genommen, dass die vielen Zahlen in den Absatztiteln vor allem in den Kapiteln 4 und 5 beim Lesen etwas irritierend wirken mögen.

0 VORSPANN

Dank

Dieses Dissertationsprojekt wäre nicht zustande gekommen ohne zahlreiche Personen, die mich in unterschiedlicher Weise während den Phasen des Forschungsprozesses unterstützt und begleitet haben. Ihnen allen danke ich herzlich.

Dissertationskomitee

Marcel Tanner danke ich für seine unermüdliche und motivierende Unterstützung trotz und während einer Odyssee-artigen Berufskarriere. Er hat mir den letzten Schritt von der Sonntagstracht zum Doktorhut ermöglicht.

Brigit Obrist hat meine Denkschärfe während des Analysierens und Publizierens wesentlich geprägt. Sie hat mir als Medizinethnologin wichtige Erkenntnisse mitgegeben und mich dabei gleichzeitig auch in meiner Denkwelt als Pflegewissenschaftlerin gefördert.

Claudia Kessler war eine sehr wichtige Ansprechpartnerin am Tropeninstitut bereits einige Jahre vor Beginn des Dissertationsprojektes. In ihrer Funktion in der AFRIMEDIA-Steuergruppe hat sie mir viele wertvolle persönliche und fachliche Begegnungen ermöglicht. Zudem waren ihre verschiedenen Kommentare für Publikationen von klaren und überzeugenden Gedanken geprägt.

Hansjakob Furrer danke ich für die klinische Sicht, die er bei den Treffen des Dissertationskomitees eingebracht hat.

Praktische Unterstützung im Forschungsprozess

AFRIMEDIA: *Noël Tshibangu, John Ebong Koko, Chantal Ngarambe Buffat*

Aidshilfe beider Basel: *Rosa Anaba, Carmen Rahm*

Zürcher Aidshilfe: *Isabelle Kehrli*

Zürcher Aidsfarramt: *Karolina Huber*

Kantonsspital Bruderholz: *Madeleine Rothen*

Bundesamt für Gesundheit: *Brigitte Zuppinger*

Private Kontakte: *Rosi Gross, Ruth Vischherr, Therese Grolimund, Al Imfeld, Ursula Wiesli*

Bei ihnen allen stiessen meine Anfragen für die Hilfe bei der Rekrutierung auf sehr erfreuliches Echo, und dank ihnen kam der Kontakt zu einer (oder mehreren) befragten Person(en) zustande.

Baptiste Planche, Idy Bischofberger, Alioune Dieng, Steffi Bonsack

Die Datenerhebung und –aufbereitung wäre innerhalb des drei Jahre dauernden Forschungsprojektes nicht handhabbar gewesen ohne ihre Hilfe für sprachliche und technische Fertigkeiten.

Peer Mentoring Gruppe "Zwischen Medizin und Kultur" der Universität Basel

Yvonne Adam, Stefanie Granado, Karin Gross, Nicole Kälin, Sonja Merten, Sibylle Obrecht, Claudia Sauerborn, Patricia Schwärzler, Noemi Steuer, Hilde Strahl, Magdalena Stülb

Eine sehr wichtige Stütze für den inhaltlichen Diskurs und die Entwicklung der akademischen Karriere waren Doktorats-Kolleginnen, mit denen ich gemeinsam im Peer Mentoring im Rahmen des Eidgenössischen Bundesprogrammes zur Chancengleichheit von Frauen und Männern an der Universität die Möglichkeit ergriffen habe, die wissenschaftliche Laufbahn von Frauen voranzutreiben.

Arbeitgeberin

Elsbeth Fischer-Doetzki, Ursa Neuhaus, Silvia Kübler, Thomas Drews

Meine Vorgesetzten am WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe und an der WE'G Hochschule Gesundheit in Aarau haben mich ideell im Forschungsprozess und finanziell mit einem Beitrag

für die Transkriptionen unterstützt. Die Einbindung in ein Team, das die Akademisierung der Pflege fördert, war eine wichtige Stütze.

Freundinnen und Freunde aus nah und fern

Idy Durot, Karola Hodapp, Brigitte Schanz, Bernadette Klapper, Julia Lademann, Sabine Pleschberger, Domenica Ammann, Christa Monkhouse, Maja und Matthias Gugger

Auch wenn die Zeit für persönliche Begegnungen knapp war, so haben mich die Gespräche immer wieder bereichert.

Alumnae Vereinigung "Curatrix" des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Basel

Christa Müller-Fröhlich, Petra Schäfer-Keller, Antoinette Conca Zeller, Frank Luck, Elisabeth Kurth, Evelyn Huber, Wolfgang Hasemann

Der kontinuierliche Wissens- und Erfahrungsaustausch war und ist eine berufliche Bereicherung.

Familie

Urs Lerch und Tina, Idy und Pius Bischofberger, Silvia und Ruedi Lerch

Ehe, Familie und Berufskarriere lässt sich in der familienpolitisch unterentwickelten Schweiz nur realisieren, wenn man für experimentelle Wege im Lebensentwurf bereit ist. Diesen Weg gehe ich mit Überzeugung gemeinsam mit Urs. Das Experiment geht weiter, denn nun arbeitet er an seiner Dissertation.

Die Geburt von Tina mitten in der Dissertationszeit hat die berufliche Tätigkeit etwas entschleunigt. Nun zeigt sie uns, mit welcher Geschwindigkeit tägliches Lernen geschieht. Mit der "Spielvilla" und dem "Känguru" in Aarau hat sie ihre eigenen Welten erobert.

Der "Tina-Tag" bei meinen Schwiegereltern war anfänglich nur als kurzfristige Lösung gedacht. Aber seit Herbst 2004 ist er zur schönen wöchentlichen Regelmässigkeit geworden.

Meine Eltern haben während meiner gesamten Berufskarriere immer grossen Anteil am beruflichen Geschehen genommen. Während der Datenaufbereitung hat sich meine Mutter als hervorragende Transkriptorin auf deutsch, englisch und französisch hervor getan. Dass neue Technologien auch im Pensionsalter noch zu erlernen sind, hat sie eindrücklich gezeigt.

Zusammenfassung

Einleitung

Obwohl Sub-Sahara MigrantInnen bereits Ende der 1980er Jahre in der Schweizer HIV-Prävalenzstatistik überdurchschnittlich vertreten waren, wurden sie für Präventionsinterventionen und Publikationen kaum berücksichtigt. Erst als die Zahlen Ende der 1990er Jahre stark anstiegen, gab das Bundesamt für Gesundheit (BAG) einen Rapid Assessment Interventionsplan in Auftrag. Basierend auf dessen Empfehlungen finanzierte das BAG ein Pilotinterventionsprojekt in Form eines Peeredukationsprojektes. Dieses AFRIMEDIA genannte Projekt wurde vom Schweizerischen Roten Kreuz und vom Schweizerischen Tropeninstitut zwischen Herbst 2002 und Frühling 2006 durchgeführt. Diese späte Berücksichtigung von Sub-Sahara MigrantInnen ist überraschend, denn die Schweizer HIV/AIDS Strategie folgte immer einer Lernstrategie – im Kontrast zur Kontrollstrategie – mit der ein unausrottbares Virus in der heutigen Gesellschaft zu handhaben ist. Durch das Schweigen über die Ausprägung des epidemiologischen Wandels wurde die offene und öffentliche Diskussion eher gehemmt statt gefördert.

Ziel

Diese qualitative Studie ist eng mit dem AFRIMEDIA Projekt verbunden. Durch die Untersuchung soll der Peer Edukationsansatz untersucht werden und dabei zu einem besseren Verständnis und zur Präzisierung der HIV-Primärprävention mit Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz beitragen. Weil die HIV-Prävalenz bei afrikanischen MigrantInnen hoch ist, wurden auch HIV-infizierte MigrantInnen in die Studie aufgenommen. Dadurch soll das Wissen um deren Lebenswelt verbessert werden. Diese Ergebnisse sollen besonders für klinisch tätige Fachpersonen, die mit Aids-PatientInnen aus Sub-Sahara Afrika arbeiten, aufbereitet werden. Ein weiteres Ziel ist, methodologische Herausforderungen aufzugreifen, die bei der Forschung mit marginalisierten Gruppen zu einem sensiblen Thema zutage treten.

Methodik

Zunächst diente eine umfassende Literaturübersicht zu publizierter und grauer Literatur aus Westeuropäischen Ländern dazu, detailliertes Wissen zur HIV-Primärprävention und zur Aids-Versorgung mit Sub-Sahara MigrantInnen zu bündeln und zu analysieren. Danach wurden 40 qualitative Interviews auf mit drei vorab ausgewählten Gruppen in Englisch, Deutsch und Französisch geführt: 10 HIV-MediatorInnen, 10 HIV-infizierte MigrantInnen, 20 gesunde MigrantInnen. Eine Fokusgruppendifkussion mit MediatorInnen und wiederholte Interviews mit einer HIV-infizierten Teilnehmerin basierten auf den Prinzipien der Partizipation und der Offenheit. Die Analyse wurde durch iterative Inhaltsanalyse gesteuert, unterstützt durch die Datensoftware MAXQDA. Die Dateninterpretation wurde durch Hinweise eines afrikanischen Studenten der Sozialwissenschaft, der in der Schweiz lebt, ergänzt.

Die Ethikkommission beider Basel gab die Studie frei. Gute Praxis der qualitativen Gesundheitsforschung ist in einem eigenen Kapitel besonders hervor gehoben.

Ergebnisse

Die herausgearbeitete Hauptkategorie ist "sichtbare Personen – unsichtbares Virus". Sichtbarkeit der Personen ist in der Peer Edukation repräsentiert. Afrikanische HIV MediatorInnen in dieser Studie wollen sich aktiv an einer epidemiologisch brisanten Situation beteiligen. Ihre Hauptzugangsstrategie ist Sichtbar-Sein innerhalb der afrikanischen Migrationsgemeinschaften, indem sie ihre aufsuchenden Kompetenzen entwickeln, insbesondere zu marginalisierten afrikanischen Migrationsgruppen, etwa Prostituierten oder Asylsuchenden. Neben formalen MediatorInnen sind auch halb-formale und informelle MediatorInnen aktiv, einschliesslich HIV-infizierten Personen, indem sie HIV-Präventionsinformationen verbreiten. Geplante und ungeplante Zielgruppen können durch verschiedene kreative Methoden erreicht werden. Allerdings sind MediatorInnen auch mit einer Arbeitsüberlastung konfrontiert, besonders wegen der Magnetfunktion innerhalb der Migrationsgemeinschaften oder wegen unsicheren Strukturen in den Präventionsprojekten.

Das Hauptmerkmal des Lebens mit der HIV-Infektion ist das unsichtbare Virus. HIV-infizierte afrikanische Teilnehmende sind mit einer chronischen Krankheit konfrontiert, die bei ihnen üblicherweise im fortgeschrittenen Stadium, einhergehend mit äusserlichen Krankheitszeichen, diagnostiziert wird. Dies bedeutet ein Schock über die Diagnose und die befürchteten negativen Konsequenzen für das soziale Leben und die gesundheitliche Stabilität. Allerdings gelingt den meisten Teilnehmenden ein Leben mit mehr stabilen als instabilen Phasen. Die unsichtbare virale Aktivität und das "normale" Aussehen lösen allerdings Irritation aus angesichts einer seit Jahren verbreiteten und zugeschriebenen Schuld. Deshalb müssen die Teilnehmenden zusammen mit ihren Familien und anderen Unter-

stützungskreisen Bewältigungsmechanismen entwickeln, insbesondere für das längere Leben als erwartet. Ebenso gilt es die medizinischen und sozialen Dienste für die eigenen Bedürfnisse zu nutzen. Obwohl bei den HIV-infizierten Teilnehmenden Krankheitszeichen der HIV-Infektion nahezu inexistent sind, fühlen sie sich bei Bekanntwerden ihrer Infektion im sozialen Umfeld einem Risiko für diskriminierende Erfahrungen ausgesetzt, weil der HIV-Erkrankung Schande zugeschrieben wird. Einige haben solche bereits erlebt, sowohl in der Schweiz als auch in Afrika.

Bemerkenswert ist, dass alle HIV-infizierten Teilnehmenden mindestens eine unterstützende Person während Jahren zur Seite haben. Allerdings erweist sich diese Unterstützung bei denjenigen Personen als zu schwach, die keinen gesicherten Aufenthalt in der Schweiz haben und damit soziale, finanzielle und gesundheitliche Instabilitäten kaum aufgefangen können. Diese Problematik ist für HIV-Gesundheitsfachleute besonders während der Anamnese phase relevant, wenn es gilt, Anamnese fragen zum sozio-kulturellen Hintergrund für eine wachsende Patientengruppe zu entwickeln.

In der untersuchten Literatur werden die Konzepte der HIV-Primärprävention und der Aids-Versorgung als scharf getrennt beschrieben. Allerdings zeigen die Forschungsdaten dieser Studie, dass es relevante Überschneidungen gibt: a) HIV-MediatorInnen sind bereit, HIV-infizierten AfrikanerInnen Unterstützung zu bieten. Und b) HIV-infizierte Teilnehmende sind in der eigenen Familie oder im weiteren Umfeld in der HIV-Primärprävention aktiv. Diese Erkenntnis weist darauf hin, dass die Teilnehmenden präventive und versorgerische Tätigkeiten kombinieren und sich damit auf einem Kontinuum zwischen Gesundheitsförderung und Versorgungsleistungen bewegen. Allerdings ist diese Kombination von den Teilnehmenden selber auferlegt und wird mangels integrierter Präventions- und Versorgungskonzepte im Schweizer Gesundheitssystem bislang wenig gefördert.

Bezüglich dem gewählten methodischen Vorgehen war erstaunlich zu sehen, dass die Teilnehmenden für die Studie recht einfach zu gewinnen waren, obwohl ein sensibles Thema in einer marginalisierten Bevölkerungsgruppe angesprochen wurde. Allerdings ergriffen die rekrutierten Personen die Möglichkeit, in einem sicheren und nicht-diskriminierenden Umfeld ihre Meinung und Sorgen kund zu tun.

Diskussion

Die Sichtbarkeit in allen drei Kategorien von MediatorInnen fördert den besseren Zugang zu HIV-Präventionsinformationen für Sub-Sahara Migrantinnen in der afrikanischen Diaspora. Allerdings kann sich Sichtbar-Sein für die MediatorInnen auch problematisch für ihr Privatleben oder ihre MediatorInnen-Tätigkeit auswirken. Nichtsdestotrotz ermöglichen die MediatorInnen, eine Brücke zu bauen zwischen der Schweizer Stop Aids Kampagne und dem Verständnis für und den Erfahrungen von Sub-Sahara MigrantInnen mit der HIV-Epidemie. Ein unsichtbares Virus kann ebenso problematisch sein. Es senkt die Risikowahrnehmung der nicht-infizierten Personen, denn sie können das "normale" Erscheinungsbild von HIV-infizierten Personen in Westeuropa nicht mit den weit verbreiteten Bildern von Aidskranken in Afrika vereinbaren. Dies kann zu einer Schwächung der Sekundärprävention führen, indem das äussere Erscheinungsbild massgebend ist für, bzw. gegen Schutzmassnahmen im Sexualleben. Allerdings ist die Unsichtbarkeit der viralen Aktivität für die Betroffenen hilfreich, wenn damit physische und emotionale Stabilität einher geht, und deshalb ein zufriedenstellendes Leben trotz einer stigmatisierenden Krankheit möglich ist.

Schliesslich wird zur gewählten Forschungsmethodik deutlich, dass besonders gemeindenahе, partizipative Studiendesigns für sensible Themen angemessen sind, insbesondere wenn afrikanische MigrantInnen in verschiedenen Phasen des Forschungszyklus teilnehmen. Das Ziel der Forschenden muss dabei sein, den Zugang zu afrikanischen Migrationsgemeinschaften in einem nicht-diskriminierenden Rahmen zu ermöglichen. Gleichzeitig ermöglicht die partizipativ orientierte Methodik, Informationen über Primärprävention und Hinweise für die medizinische Betreuung zu streuen.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass der Bedarf von Primärprävention bei einer epidemiologisch stark betroffenen Bevölkerungsgruppe auch die zeitnahe Bereitstellung von Versorgungsmöglichkeiten beinhalten sollte. Das integrierte Präventions- und Versorgungsmanagement sollte demnach als Teil der laufenden Lernstrategie der heutigen HIV-Politik in der Schweiz gesehen werden. Die inhaltliche und methodische Offenheit sowohl von Seiten der AfrikanerInnen als auch von Präventionsfachleuten in der Schweiz ist als Schlüsselfaktor zu verstehen, um die HIV-Thematik bei afrikanischen Gemeinschaften aufzugreifen und zu fördern. Damit wird einerseits dem epidemiologischen Wandel Rechnung getragen. Andererseits wird damit die langjährige Tradition in der Schweiz – mit der vorgesehenen engen Verzahnung von Prävention, Therapie und Solidarität – auch für afrikanische Migrationsgemeinschaften ermöglicht.

Summary

Introduction

Although Sub-Sahara migrants had been overrepresented in Swiss HIV prevalence statistics in the late 1980s already, they had been hardly recognized in prevention interventions and publications. Only when the figures raised high in the late 1990s, the Federal Office of Public Health (FOPH) mandated a rapid assessment intervention plan and based on its recommendations commissioned a pilot intervention project for outreach peer education, called AFRIMEDIA, executed jointly by Swiss Red Cross and Swiss Tropical Institute between fall 2002 and spring 2006. This late recognition of Sub-Sahara migrants is surprising, since the Swiss HIV/AIDS strategy has always been innovative and based on a learning strategy – in contrast to a control strategy – in order to manage an irradicable virus in the contemporary society. Thus, by silencing the magnitude of the problem, open and public discussion was rather inhibited instead of enhanced.

Aim

This qualitative study is affiliated with the AFRIMEDIA project. The study aims to examine the process of peer education in order to contribute to a better understanding and improvement of peer education targeting Sub-Sahara migrants in Switzerland. Due to the high HIV prevalence, HIV-infected African migrants were also included in the study in order to increase the understanding of their life worlds. These insights are particularly relevant for clinicians working with AIDS patients from Sub-Saharan Africa. This study also aimed at clarifying methodological issues when studying marginalized populations involved in sensitive research topics.

Method

A comprehensive literature review on published and gray literature from Western European countries was conducted aiming to provide a detailed view about HIV-prevention and care issues with Sub-Sahara migrants living in Western Europe. In a second step, 40 qualitative interviews were conducted in English, German, or French with an a priori selection of three participant groups: 10 HIV-peer educators, 10 HIV-infected migrants, and 20 healthy migrants. A focus group discussion with peer educators and repeated interviews with an HIV-infected participant were based on principles of participation and openness. Analysis was guided by iterative content analysis using qualitative software MAXQDA. Support for interpretation was received from an African social science student. The study was accepted from the ethics committee of the canton of Basel. Good practice in qualitative health research is particularly highlighted in a specific chapter.

Results

The main category identified is "visible person – invisible virus". Visibility of persons is represented in peer education, a method which enhances participation with populations concerned and thus supports information dissemination and consultation among these populations. African HIV peer educators in this study are willing to be active in an epidemiologically urgent situation. Their main access strategy is being visible within the African communities by developing competencies in outreach strategies particularly to marginalized migration groups. Besides peer educators from formally structured projects, there are also semi-official and unofficial peer educators, including HIV-infected participants, who provide HIV prevention information. Planned as well as unforeseen target groups are reached through various creative methods. However, peer educators also are confronted with a work overload due to a "magnet function" within these communities and uncertain project structures.

The main characteristic of living with the HIV infection is the invisible virus. HIV-infected participants are faced with a chronic illness which is usually diagnosed in an advanced disease stage. The diagnosis is followed by a shock about negative consequences on their individual and social lives. However, thereafter, most participants manage to have more stable than instable phases. Invisible viral activity and "normal" appearance lead to confusion of living with an attributed stigma but physical integrity and non-detectable viral loads, yet still being HIV-infected. Accordingly, the participants together with family members and other supportive systems had to adapt the coping mechanisms, including living much longer than expected and shaping their medical and social environment towards their needs. Although signs of HIV disease were mostly absent, individuals and families are at risk for or experienced discrimination based on AIDS as an illness of shame. Some participants experienced discrimination in Switzerland as well as in African countries. It is remarkable, that all HIV-infected patients have at least one

supportive source, but this network might be too loose for those with precarious legal status, and consequently they can hardly manage social and financial hardship in times of ill-health. These issues need to be considered by HIV health care professionals when developing cross-cultural health assessment guidelines for an increasing patient population.

In the analyzed literature, the concepts of HIV primary prevention and AIDS care are characterized by a sharp distinction. However, empirical data from this study shows, that there are relevant crossover activities: a) HIV peer educators are willing to support HIV-infected Africans, and b) HIV-infected participants practice primary preventive strategies within their families and within the wider African community. These data provide insight, that participants combine prevention and care activities in a continuum between health promotion and care. However, this combination is self initiated and hardly promoted by Swiss health care institutions so far.

Regarding the research methods chosen, it seems surprising that participants were easy to recruit, despite raising a sensitive topic in a marginalized migrant population. However, offering them an opportunity to talk in a safe and non-discriminatory environment allowed them to discuss their opinion and concerns.

Discussion

Visibility of all three categories of peer education enhances accessible HIV prevention information for Sub-Sahara migrants despite being a marginalized group in the African diaspora. However, being visible as peer educator can be problematic, because of the issues which arise in their private lives and their work as peer educators. Nevertheless, peer educators served as a bridge between the Swiss Stop AIDS campaign and African communities' understandings and experiences with the HIV epidemic.

Also, an invisible virus can be problematic, because it decreases the risk perception of non-infected people, who are not accustomed to the physical "normal" appearance of HIV-infected persons in Western Europe. Thus secondary prevention might be inhibited, because the appearance is guiding for safe or unsafe sex decisions. But invisibility of viral activity can be helpful, if it means physical and emotional stability, and thus allows conducting an acceptable live despite a stigmatising illness.

Finally, particularly community-based study designs with participative options for migrants in the study team can provide a framework for being visible. The researchers with African origin aim to access African communities in a safe and non-discriminatory environment for HIV/AIDS research, but they include information about primary prevention and referrals to medical care at the same time.

Conclusion

The study results show, that acknowledging primary prevention needs also requires timely recognition of care issues with epidemiologically heavily concerned populations. Such integrated prevention and care management strategies ought to be seen as part of an ongoing learning strategy of managing the contemporary HIV epidemic in Switzerland. Openness regarding contents and methods from migrants as well as prevention specialists are key factors in order to tackle and promote HIV issues with African communities. This strategy acknowledges the changing epidemiological pattern. And it allows to continue long standing traditions in Swiss HIV prevention by integrating prevention, therapy and solidarity also for African migrants.

1.1 Präventions- und Versorgungsinnovationen durch HIV/Aids

Mit dem Aufkommen der HIV-Infektion anfangs der 1980er Jahre wurde in der Schweiz ein neues Kapitel in der Präventions- und Versorgungsgeschichte eingeläutet. Zum einen begann im Jahr 1985 die Kooperation zwischen der Aids-Hilfe Schweiz (AHS) – einem privaten Verein – und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG). Die Übertragung von amtlichen Aufgaben an private und gemeinnützige Organisationen ist zwar im Artikel 1 des Epidemiengesetzes¹ vorgesehen, jedoch war die AHS, gegründet von engagierten und zum Teil HIV-infizierten homosexuellen Männern, ein ungewohnter Partner für ein Bundesamt. Während 20 Jahren wurde bislang eine Zusammenarbeit erprobt, entwickelt und etabliert, die sowohl von gesundheits- als auch bürgerrechts-politischen Prämissen geleitet war (Rosenbrock 2002).

Zum andern waren in der Versorgungslandschaft aufgrund der raschen und schweren Erkrankung von anfänglich vor allem jungen homosexuellen, hämophilen sowie drogenabhängigen Menschen neue Behandlungs- und Pflegekonzepte erforderlich, da sich die somatische Akutbehandlung kaum in der Lage sah, auf die Bedürfnisse Schwerkranker und Sterbender sowie deren Familien angemessen zu reagieren. Zunehmend wurden daher in der Schweiz Grundsätze und Arbeitsweisen von Palliative Care – ein bis dann hierzulande wenig bekanntes, bzw. praktiziertes Versorgungskonzept – entwickelt und auch ausserhalb des Aidsbereichs etabliert^{2,3}. Im Zuge der Normalisierung von Aids zeigt sich hier demnach ein erfolgreicher Transfer von Erkenntnissen aus der Aids-Ära⁴.

¹ Der vollständige Titel dieses Gesetzestextes lautet "Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 18. Dezember 1970" (siehe dazu www.bag.admin.ch/hiv_aids/00824/01197/index.html?lang=de, Zugriff am 13. Januar 2006).

² Als Begründerin von Palliative Care, d. h. der lindernden Versorgung in Ergänzung und Kontrastierung zur kurativen Medizin, gilt die britische Ärztin Cicely Saunders, die 1967 das St. Christopher's Hospiz in London eröffnete. Ihr Ziel war es, ein Angebot für PatientInnen zu entwickeln, in dem ein Sterben in Würde, mit adäquater Symptombehandlung und ohne aktive Hilfe möglich werden sollte (Saunders & Clark 2006).

³ Im Kanton Zürich beispielsweise wurden im Zuge der rasch zunehmenden Zahl von Aids-Erkrankten vor allem jüngerer Menschen Ende der 1980er und anfangs der 1990er Jahre mehrere Hospize von privaten Trägerschaften eröffnet (Sune-Egge, Anker-Huus, Lighthouse). Ende der 1990er Jahre kam es zwar zu einer Konsolidierung dieses Versorgungsangebotes, weil weniger Rund-um-die-Uhr Versorgung nötig war. Aber vor allem Pflegefachpersonen und MedizinerInnen engagierten sich für den Erhalt und die Weiterentwicklung des für die Schweiz noch wenig etablierten Palliative Care Wissens. Auf Versorgungs- und Politikebene wurde in den letzten zehn Jahren kontinuierlich Überzeugungsarbeit geleistet, damit zunehmend neben den kurativen auch die palliativen Versorgungsansätze den PatientInnen und deren Angehörigen zugute kommen. Eine der Errungenschaften ist beispielsweise, dass die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ein Palliativ-Konzept erarbeitete und am 3. März 2006 an einer Pressekonferenz vorstellte. Ziel für anfangs 2007 ist es, dass in allen acht kantonalen Zürcher Spitälern Kompetenzzentren für Palliative Care geschaffen werden. Damit soll die palliative Versorgung als Leistungsauftrag festgeschrieben und breitflächig zugänglich werden (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2006).

⁴ Die Frage der Normalisierung von Aids in Westeuropa wurde von einem deutsch-französisch-schweizerischen Fachgremium Ende der 1990er Jahre aufgearbeitet (Rosenbrock, Schaeffer et al. 1999). Darin wird ein Prozess

Insgesamt konnte in Westeuropa durch diese Innovationen die befürchtete epidemiologische Katastrophe abgewendet werden. Mehr noch: Durch die anfängliche Aids-Krise erhielten neue Konzepte aus Public Health und Pflege Auftrieb in einem zuvor ungeahnten Ausmass.

1.2 HIV-Primärprävention und HIV/Aids-Versorgung mit neuen Zielgruppen

Allerdings haben nicht alle Bevölkerungsgruppen im gleichen Masse von den Innovationen profitiert – dazu gehören MigrantInnen im Allgemeinen und die Sub-Sahara Gemeinschaften im speziellen. Zum einen wurde die HIV-Problematik bei MigrantInnen im allgemeinen vorwiegend zwischen anfangs und Mitte der 1990er Jahre erkannt, als die Bedeutung der palliativen Versorgung für HIV-infizierte Menschen zunehmend abnahm und ab Mitte der 1990er Jahre im Zuge des Aufkommens der hochpotenten antiretroviralen Medikamente nicht mehr im Zentrum stand und daher diese Innovation für MigrantInnen kaum zum Tragen kam. Zum anderen leben gerade MigrantInnen oft in prekären sozialen Situationen, die für die HIV-Prävention eine besondere Herausforderung bedeuten. Dazu gehören der unsichere Rechtsstatus oder die hohe Erwerbslosigkeit bei AusländerInnen (Widmer 2005). Auch können MigrantInnen der Vorbeugung im allgemeinen und der HIV-Primärprävention im speziellen eher wenig Priorität einräumen (Bundesamt für Gesundheit 2003c), da sie in ihrem Migrationsalltag bereits mit verschiedensten Problemen konfrontiert sind, die ein erhebliches Potenzial an zeitlichen, physischen, emotionalen und ökonomischen Ressourcen binden, etwa zur Regelung des Rechtsstatus, zur Finanzierung von Verpflichtungen aus dem Herkunftsland oder zur Bewältigung von rassistischen Vorkommnissen (Wicker, Fibbi et al. 2002). Sie benötigen daher spezifische auf sie zugeschnittene Angebote, um die Bedeutung der Primärprävention erfassen zu können. Sofern

bei national unterschiedlichen Entwicklungsmustern anhand von vier Phasen untersucht: 1981 – 1986 "exceptionalism", 1986 – 1991 Konsolidierung des "exceptionalism", 1991 – 1996 Auflösung des "exceptionalism", seit 1996 Normalisierung und Normalität. Normalisierung ist durch drei Typen gekennzeichnet: a) Normalisierung als Generalisierung, d. h. die "ansteckende" Wirkung von erfolgreichen Konzepten wie beispielsweise die pragmatischen Drogenpolicies mit der Risiko- und Schadensbegrenzung oder der Aufschwung, den die Gesundheitsförderung erlebte. Letztere hat sich im Kontext von Aids nicht nur auf die Verhaltensmodifikation beschränkt, sondern mit Bezug auf die ursprüngliche Maxime der Ottawa Charta (World Health Organization 1986) wurde wesentlich auf soziale Determinanten von Gesundheit und Gesundheitsverhalten rekurriert. b) Normalisierung als Stabilisierung, d. h. durch Aids sind Programme angestossen worden, die auf dem Weg zur Institutionalisierung sind, wie die bereits erwähnte Palliativversorgung oder die zielgruppen-spezifische HIV-Primärprävention. c) Normalisierung als Regression, d. h. die unter dem Ausnahmefall Aids hervorgebrachten Leistungen sind zurück gefahren worden. In der Schweiz zeigt sich dies beispielsweise an der Beendigung der mehrmals durchgeführten Thuner Aids-Tagungen oder der Auflösung des Schweizer Informationszentrums Aids Info Docu in Bern. Kurzfristig – so das Fazit einer kürzlich durchgeführten Sekundäranalyse – gibt es keine Hinweise, dass aufgrund geänderter Forschungsförderung per Ende 2004 für sozial- und gesundheitswissenschaftliche Projekte ein Rückgang oder eine thematische Einengung erfolgt ist. Mittelfristig besteht jedoch ein Risiko, dass multidisziplinär zu beantwortende Forschungsfragen verdrängt werden, und dass die Distanz zwischen Forschung und Praxis grösser wird (Frey & Kübler 2005). Deshalb wird empfohlen, dass das BAG eine Reihe von Massnahmen ergreift, um den derzeit noch bestehenden Diskurszusammenhang unter Forschungs- und PraxisvertreterInnen zu sichern.

sie Beratungs- oder Versorgungsleistungen aufsuchen und beanspruchen, sind MigrantInnen ebenfalls mit besonderen Herausforderungen konfrontiert, beispielsweise Sprachbarrieren oder transkulturellen Wissens- und Verhaltensdefiziten bei den Gesundheitsprofessionellen (Salman 2001; Bischoff, Boviera et al. 2003). Dies kann dazu führen, dass Symptome in der Anamnese nicht angemessen erhoben werden, und dass daraus gar Fehlbehandlungen resultieren. Allerdings konnten dazu in den letzten Jahren in der Schweiz verschiedene korrektiv wirkende Angebote aufgegleist werden, z. B. die Ausbildung von professionellen interkulturellen DolmetscherInnen (Bischoff 2005)⁵ sowie die Förderung der transkulturellen Pflege (Domenig 2001b).

Bei Sub-Sahara MigrantInnen im speziellen akzentuieren sich Probleme in der Primär- und Sekundärprävention sowie in der Versorgung. In der Schweiz stieg der Anteil bei den HIV-positiven Testresultaten von Sub-Sahara MigrantInnen seit den späten 1980er Jahren stetig an. Dieser Anteil lag in der Periode 1988 bis 1992 noch bei 4.5 % und erhöhte sich bis ins Jahr 2002 auf 23.1 % (Bundesamt für Gesundheit 2003a) und bis ins Jahr 2005 gar auf 37 %⁶ (Bundesamt für Gesundheit 2005b). Erst im Dezember 2005 und erneut im ersten Halbjahr 2006 konnte eine Stabilität der Zahlen beobachtet werden (Bundesamt für Gesundheit 2006b). Dennoch bleibt die Situation dramatisch, denn noch immer stammten im Juli 2006 56 (davon 38 Frauen) von insgesamt 150 HIV-positiven Antikörpertests von Menschen aus der Sub-Sahara Region. Zwar stehen den Präventions- und Versorgungsfachleuten zunehmend existierende, qualitativ hochstehende und auf Sub-Sahara MigrantInnen zugeschnittene Informationsmaterialien zur Verfügung, die sowohl in der Prävention wie auch Versorgung genutzt werden können. Dies zeigt sich insbesondere in einem jüngst in Frankreich herausgegebenen englisch- und französischsprachigen Dokument, in dem Präventionsmaterialien in Wort und Bild aufgeführt sind, die in afrikanischen Ländern entwickelt und produziert wurden, jedoch oder gerade auch in Europa eingesetzt werden können (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé & Centre Regional d'Information et de Prévention du Sida 2005). Noch vor wenigen Jahren wurde jedoch in einem in Grossbritannien durchgeführten umfassenden Audit zu Aids-Materialien für Sub-Sahara MigrantInnen festgestellt, dass die meisten Materialien aufgrund sprachlicher und logistischer Limiten die Zielpopulationen nur bedingt erreichen (Oxford Development Partnership

⁵ Siehe auch Schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln (www.interpret.ch, Zugriff am 12. Dezember 2005)

⁶ Epidemiologisch sind insbesondere die ansteigenden absoluten Zahlen ein wichtiger Gradmesser dafür, dass die Präventionsbemühungen verstärkt werden müssen. Die prozentualen Angaben können sich aufgrund von Veränderungen in der Gesamtpopulation verschieben.

2004). Bemängelt wird in diesem Audit zudem, dass die Mehrzahl der Materialien nicht auf die Primärprävention, sondern auf die Sekundär- und Tertiärprävention fokussieren. Diese Kritik lässt sich jedoch insofern entkräften, als angesichts der hohen HIV-Prävalenz, d. h. für die Arbeit mit bereits HIV-infizierten Sub-Sahara MigrantInnen gute Informationsmaterialien ebenfalls unerlässlich sind, dies insbesondere für dreierlei Gruppen:

- a) Personen mit einer diagnostizierten HIV-Infektion,
- b) Personen, die nicht zum Test gehen, obwohl sie über die Konsequenzen ihres risikoreichen Verhaltens Bescheid wissen,
- c) Personen, die dieses Bewusstsein (noch) nicht entwickelt haben.

Demnach sind Materialien für sämtliche Interventionsebenen entlang des Kontinuums Gesundheitsförderung bis hin zur Tertiärprävention relevant (Laaser & Hurrelmann 1998).

Aufgrund der in Westeuropa seit Mitte der 1990er Jahre verfügbaren hochpotenten HIV-Medikamentenpalette kommt insbesondere der Sekundärprävention grosse Bedeutung zu, d. h. die Verhütung von Folgekrankheiten konnte wesentlich verbessert werden, sofern die antiretrovirale Therapie frühzeitig einsetzt. Diesbezüglich spielt der Zeitpunkt des HIV-Tests eine wichtige Rolle, um den Bedarf einer antiretroviralen Therapie frühzeitig einschätzen und diese rechtzeitig beginnen zu können. Laut einer französischen Studie haben Sub-Sahara MigrantInnen ein zweimal höheres Risiko als WesteuropäerInnen, um mit einem HIV-positiven Laborergebnis in der ärztlichen Sprechstunde *gleichzeitig* die Aids-Diagnose zu erfahren (Le Vu, Lot et al. 2005). Dieses Ergebnis zeigt auf, dass in der Sekundärprävention noch deutliche Verbesserungspotenziale auszumachen sind.

Weil HIV-infizierte Sub-Sahara MigrantInnen in Westeuropa oft erst spät im Infektionsverlauf ärztliche Hilfe aufsuchen (Del Amo, Petruckevitch et al. 1998; Edubio & Sabanadesan 2001; Staehelin, Rickenbach et al. 2003), ist das Management von infektiologischen und immunologischen Parametern erschwert. Verschärfend kommt hinzu, dass Tuberkulose als erste Aids-definierende Erkrankung bei Sub-Sahara MigrantInnen in Westeuropa seit vielen Jahren im Vordergrund steht (Del Amo, Goh et al. 1996), was zu einer sehr hohen Komplexität der pharmazeutischen Therapie führt. Durch diese Verzögerung des HIV-Tests und des Therapiebeginns erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für irreversible Schädigungen aufgrund von opportunistischen Infektionen (Longo, Pezzotti et al. 2005). Für die oft bereits in schwierigen sozialen Verhältnissen lebenden Sub-Sahara MigrantInnen könnten sich deshalb die Auswirkungen der Chronifizierung für das Leben mit der Krankheit noch zusätzlich verschärfen.

In jüngerer Zeit hat sich vereinzelt gezeigt, dass durch geeignete Massnahmen der Zugang zum HIV-Test erhöht und gute Effekte durch die HIV-Therapie bei Sub-Sahara MigrantInnen möglich sind.

- In einer britischen Studie war die Inanspruchnahme des HIV-Tests bei den 16- bis 44jährigen Sub-Sahara MigrantInnen höher als erwartet (Sadler, Fenton et al. 2005). Durch gute Verankerung der Test-Informationen in das alltägliche Geschehen, die Vermittlung dieser Informationen durch geschulte Sub-Sahara MigrantInnen sowie die Möglichkeit eines Speicheltests vor Ort konnte das Problembewusstsein bei den angestrebten Zielgruppen für einen HIV-Test im Vergleich zu früheren britischen Studien deutlich verbessert werden (Ndofo-Tah, Ford et al. 2000; Fenton, Chinouya et al. 2002).
- In bezug auf die Therapieergebnisse zeigten sich in einer Analyse der Schweizerischen HIV Kohorten Studie erhebliche Unterschiede zwischen NordwesteuropäerInnen und Sub-Sahara MigrantInnen bezüglich immunologischer und viraler Laborwerte beim Eintritt in die Kohortenstudie (Staehelin, Egloff et al. 2004). Allerdings konnten diese Unterschiede durch eine wirksame antiretrovirale Therapie dahingehend aufgehoben werden, als die Krankheitsprognose bei beiden Gruppen gleich ist. Dieses Ergebnis weist auch auf eine nicht-diskriminierende Verschreibungspraxis hin (Staehelin, Rickenbach et al. 2003). Allerdings ist noch zu prüfen, ob angesichts der Chronifizierung und daraus entstehender vielschichtiger Herausforderungen für die Therapietreue auch zukünftige Analysen aus der Kohortenstudie zu ähnlichen Ergebnissen gelangen.

Diese kurz skizzierten Probleme und ersten Lichtblicke in der HIV-Prävention und HIV/Aids-Versorgung von MigrantInnen im Allgemeinen und afrikanischen Gemeinschaften im Speziellen weisen auf einen zunehmend geführten Diskurs hin. Jedoch liegen für die Schweiz noch zu wenige Kenntnisse vor, wie der Zugang zur HIV-Primärprävention wirkungsvoll gestaltet wird und wie die ersten erfolgreichen Therapieergebnisse längerfristig aufrecht erhalten werden können. Daher sind heute Fachleute auf der Ebene des Bundes, der Kantone und der Präventionsorganisationen und Versorgungsinstitutionen gefordert, um die bisherigen präventiven und versorgerischen Innovationen aus der Aids-Ära auch auf die Migrationsbevölkerung und insbesondere auf Sub-Sahara MigrantInnen auszuweiten und wirkungsvoll zu gestalten.

1.3 Strategien des Bundesamtes für Gesundheit zu HIV/Aids

Eine zentrale Rolle in der strategischen Ausrichtung der Aidspolitik sowie zu Migration und Gesundheit nimmt das Bundesamt für Gesundheit ein. Deshalb wird nun aufgezeigt, wie das BAG

diese Diskurse der HIV-Primärprävention und der HIV/Aids-Versorgung einerseits sowie der Gesundheit der Migrationsbevölkerung andererseits aufgreift. Seit Beginn der Schweizer Stop Aids Kampagne im Jahre 1986 verfolgte das BAG folgende Ziele (Bundesamt für Gesundheit 1993):

- a) Verbreitung von HIV senken
- b) Negative Auswirkungen auf den Menschen vermindern
- c) Solidarität mit betroffenen Menschen fördern

Im derzeit geltenden Nationalen HIV/Aids Programm 2004 – 2008 werden diese Zielsetzungen in drei Kerngeschäftsfeldern erneut aufgegriffen und mit übergeordneten Themenfeldern ergänzt (Bundesamt für Gesundheit 2003d, S. 16) (siehe Abbildung 1)⁷. Aus dieser Darstellung sind das enge Einhergehen und die verschiedenen Schnittstellen zwischen den drei zentralen und erweiterten Themenfeldern ersichtlich.

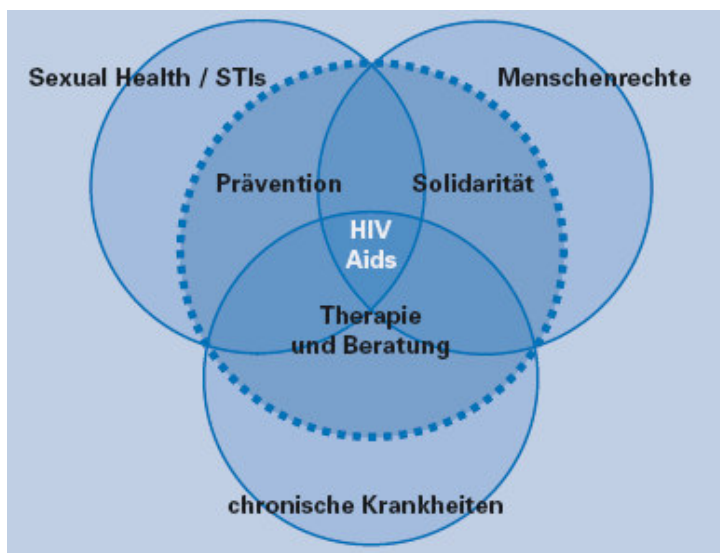


Abbildung 1: Drei Kerngeschäftsfelder des Schweizerischen Nationalen HIV/Aids Programmes 2004 – 2008 (innerhalb der blauen Punktlinie)

Erläuternd zu den drei Kerngeschäftsfeldern werden im Folgenden die Schwerpunkte in den Bereichen Prävention, Therapie/Beratung und Solidarität sowie den dazu gehörenden erweiterten

⁷ Bislang sind das Epidemien-gesetz sowie einzelne Verordnungen die einzige gesetzliche Grundlage für Krankheitsprävention in der Schweiz. Im Zuge der Aids-Problematik sowie anderer Entwicklungen mit gesundheitspolitischer Relevanz, etwa die demographische Entwicklung oder die Zunahme chronischer Krankheiten, wurde deutlich, dass die Themenbereiche Prävention und Gesundheitsförderung durch dieses Gesetzeswerk nicht ausreichend abgestützt sind. Deshalb initiierte Bundesrat Pascal Couchepin im Herbst 2005 eine Fachkommission "Prävention und Gesundheitsförderung" und beauftragte sie, die inhaltlichen und fachlichen Voraussetzungen sowie die politische Machbarkeit einer gesetzlichen Neuregelung zu prüfen (Bundesamt für Gesundheit 2006). Ziel ist es, dass neben den drei Säulen der medizinischen Krankenversorgung (Behandlung, Rehabilitation, Pflege) auch Prävention und Gesundheitsförderung konzeptionell in das Schweizerische Gesundheitssystem eingebunden werden sollen. Mit Ausnahme der Infektionsbekämpfung, der Verhütung von Berufskrankheiten und der Unfallprävention ist dies bislang nicht der Fall, und deshalb weist die Steuerung präventiver und gesundheitsförderlicher Programme derzeit erhebliche Schwächen und Lücken auf.

Themenbereichen skizziert und durch die später vom Bundesamt für Gesundheit ebenfalls aufgegriffene Strategie von Migration und Gesundheit ergänzt.

1.3.1 Prävention

Für die Ausrichtung der HIV-Prävention stehen im Wesentlichen zwei Leitfragen zur Debatte (Rosenbrock 1992, S. 9):

a) Individuelle Suchstrategie: Wie ermitteln wir möglichst schnell möglichst viele Infektionsquellen, und wie legen wir diese still?

b) Gesellschaftliche Lernstrategie: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil Lernprozesse, mit denen sich die Individuen und die Gesellschaft maximal präventiv auf das Leben mit dem Virus einstellen können?

Im Zuge der vergangenen 25 Jahre HIV-Prävention in der Schweiz wurde der Lernstrategie der Vorzug gegeben, auch gegen jahrelangen ärztlichen und politischen Widerstand. Beispielsweise hält die Aids-Aufklärung Schweiz⁸ seit Jahren kontinuierlich daran fest, dass eine HIV-Reihentestung gerechtfertigt sei, weil durch das Wissen um das eigene Testresultat die HIV-infizierten Menschen weitere Ansteckungen verhindern könnten⁹. Dem steht jedoch die Tatsache gegenüber, dass das Wissen um ein Risiko keinen kausalen Schluss auf das Verhalten zulässt. Längst ist in der Gesundheitswissenschaft erkannt, dass

"... das 'naive' Modell der Gesundheitserziehung (Bereitstellen von Informationen über gesundheitliche Risiken führt zu einer erfolgreichen Verhaltensänderung) in der Praxis weitgehend gescheitert ist." (Siegrist 1998, S. 116).

Ein wesentlicher Grund für die Wahl der Lernstrategie ist, dass die HIV Infektion in westlichen Ländern durch relativ einfache und kostengünstige Transmissionsbarrieren unterbunden werden kann, die rasch nach der Identifikation des Virus im Jahr 1983 festgelegt werden konnten¹⁰. Zudem wird das Virus in aller Regel in intimen Beziehungen übertragen, die sich der

⁸ Siehe dazu www.aids-info.ch (Zugriff am 2. Dezember 2005)

⁹ Siehe dazu www.aids-info.ch Pressemitteilung vom 29. November 2005 (Zugriff am 5. März 2006)

¹⁰ Die Bezeichnung "einfach" bezieht sich auf die Anwendung des Kondoms sowie sterilen Injektionsmaterialien im Vergleich zu äusserst aufwändigen Prozeduren, wie sie etwa bei der Vogelgrippe oder bei SARS zur Unterbrechung der Infektionskette angewendet werden müssen.

breitflächigen Kontrolle in einem demokratischen Staat entziehen und daher einer individuellen Suchstrategie entgegen stehen (Rosenbrock, Dubois-Arber et al. 2000).

Vor diesem Hintergrund verfolgte das Bundesamt für Gesundheit bereits in den 1980er Jahren sowie auch im laufenden Nationalen HIV/Aids Programm die Strategie des gesellschaftlichen Lernens im Umgang mit der HIV-Infektion (Bundesamt für Gesundheit 2003d). Dabei stehen drei Ebenen der Prävention im Vordergrund:

- a) Mittels Plakaten und Inseraten bei der Gesamtbevölkerung, z. B. in der derzeitigen Kampagne "Love Life – Stop Aids"¹¹
- b) Bei infektionsgefährdeten Zielgruppen unter anderem mittels Peer Edukation (Haour-Knipe, Meystre-Agustoni et al. 1999)
- c) Bei Individuen, denen vor allem bei lokalen Aidshilfen oder bei Gesundheitsversorgern Beratung und Information angeboten wird.

Im Wesentlichen steht bei der Prävention der Kondomgebrauch und der Zugang zu sterilem Injektionsmaterial als wirksames Präventionsmittel im Vordergrund, aber auch die Treue zu SexualpartnerInnen wurde in einzelnen Jahreskampagnen angesprochen. Für diese präventive Strategie standen von Beginn an Prinzipien des "new public health" im Vordergrund (Rosenbrock, Dubois-Arber et al. 2000), d. h. vor allem das Handeln aufgrund sozialwissenschaftlicher Erkenntnisse, unter anderem die Mobilisierung und Integration von direkt betroffenen Bevölkerungsgruppen in Entscheidungsprozesse, allen voran den homosexuellen Vereinigungen. Kontrastierend dazu erwiesen sich die Strategien von "old public health" wie Massentestung, Therapiezwang oder Quarantäne als wenig wirksam, sehr teuer, logistisch kaum zu bewältigen, und ethisch fragwürdig und wurden bereits seit längerem in Frage gestellt (Flick 2002b).

Im Wesentlichen entspricht die BAG Strategie auch den jüngsten Empfehlungen des UNAIDS und dessen Prinzipien für eine wirksame HIV-Prävention (Joint United Nations Program on HIV/AIDS 2005b, S. 17). Dazu gehören unter anderem Respekt der Menschenrechte, einschliesslich Gleichstellung der Geschlechter, Evidenz-Basierung von Interventionen, Angemessenheit an epidemiologische Prozesse sowie Partizipationsmöglichkeiten von Zielgruppen in einer Bevölkerung¹².

¹¹ Siehe auch: www.lovelife.ch

¹² Die Schweizer Delegation an der diesjährigen Uno-Sondersession zu HIV/Aids nimmt jedoch mit Besorgnis davon Kenntnis, dass vor allem unter US-amerikanischem Einfluss diese Lernstrategie, einschliesslich dem Kondomgebrauch, zunehmend und verstärkt unterbunden wird (Chappatte 2006). Diese Besorgnis betrifft nicht so sehr die Prävention in den USA, sondern viel mehr die Präventionsarbeit in Ländern, wo die USA Entwicklungshilfe finanziert. In den von der Schweizer Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA)

1.3.2 Sexuelle Gesundheit / Sexuell übertragbare Infektionen

Da in der Schweiz die HIV-Infektionen durch kontaminierte Blutprodukte und Injektionsmaterialien sowie Mutter-Kind-Übertragungen seit Beginn der Aids-Ära stark zurückgingen, jedoch die sexuelle Transmission seit dem Jahr 2002 erneut zunimmt (Bundesamt für Gesundheit 2005c), steht die HIV-Prävention heute vor allem im Kontext der sexuellen Gesundheit. Damit ist ein weites thematisches Feld angesprochen. Zentrale Arbeitsfelder von VersorgungsakteurInnen, bzw. Sexual- oder PräventionsberaterInnen sind im allgemeinen die Verhütung und Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen, die Verhütung von Teenager-Schwangerschaften, Familienplanung, sexuelle Gewalt, qualitativ gute Sexualekunde sowie das Bestreben für ein erfülltes Sexualleben in physischer, emotionaler und soziokultureller Hinsicht (Society of Sexual Health Advisors 2004).

Für die HIV-Prävention bedeutet dieses breite Verständnis, dass im Zeitalter von Aids nicht nur die Gefahren der HIV-Infektion sowie anderer sexuell übertragbarer Krankheiten berücksichtigt werden. Zwar gibt die Tatsache zu Besorgnis Anlass, dass seit dem Jahr 2000 eine Zunahme von sexuell übertragbaren Infektionen zu beobachten ist, namentlich von Chlamydiose, Gonorrhoe und Syphilis (Bundesamt für Gesundheit 2005c)¹³. Ebenso wichtig ist es jedoch, auch Gefühle wie Wohlbefinden, sexuelle Erfüllung und Schutz des eigenen Lebens zu thematisieren. Damit wird implizit auch der Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen in die Botschaft eingeschlossen. Dieser Grundsatz zeigt sich besonders prägnant im Perspektivenwechsel der Schweizer Aids-Präventionskampagne, die seit dem Jahr 2005 unter dem Motto LOVE LIFE - STOP AIDS steht¹⁴. Die Botschaft, die nicht die Verbote sondern die (sexuelle) Lebenslust in den Vordergrund stellt, wurde laut repräsentativen Interviews in der Schweiz gut aufgenommen (Frech 2006). In der Kampagne 2005 wurde die Präventionsbotschaft dahingehend interpretiert, dass die erotischen Fotos einer Frau und eines Mannes "das Kind beim Namen nennen", d. h. Sexualität mit realen Menschen steht im Vordergrund (siehe Abbildung 2).

unterstützten Entwicklungshilfeprogrammen wird im Sinne einer umfassenden HIV/Aids-Mainstreamingstrategie der Kondomgebrauch (Präservative und Femidom) integriert, und eine freie Wahl der Präventionsmöglichkeiten unterstützt (Swiss Agency for Development and Cooperation 2004).

¹³ Letztere wurde per 1. Januar 2006 erneut meldepflichtig, nachdem dies seit 1999 nicht mehr erforderlich war (Bundesamt für Gesundheit 2005c).

¹⁴ Prominente wie der Schweizer Hollywood Regisseur Marc Forster oder die Schauspielerinnen Renée Zellweger konnten für die Kampagne gewonnen werden. Im Zentrum der Präventionsbotschaft stehen die beiden Regeln: 1) Eindringen immer mit Gummi, 2) Sperma und Blut nicht in den Mund (www.lovelive.ch, Zugriff am 3. März 2006).

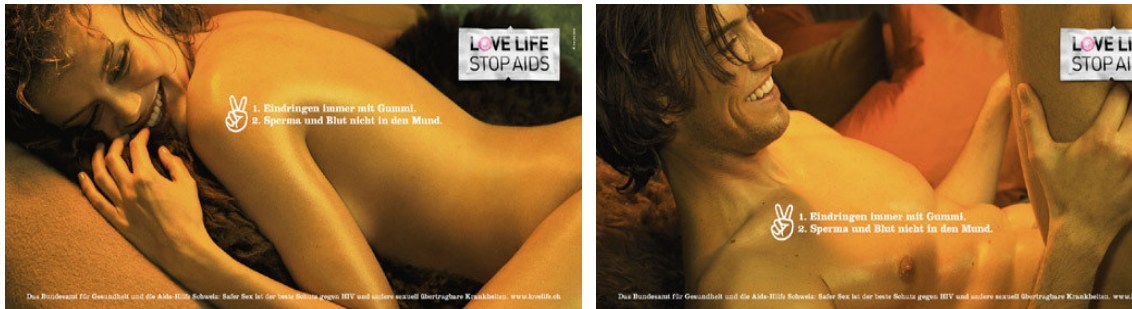


Abbildung 2: BAG Kampagne Love Life – Stop Aids 2005¹⁵

Die Nacktphotos wurden von einer grossen Mehrheit der Befragten nicht als pornographisch wahrgenommen, sondern gerade wegen der weniger starken Gewichtung auf den Phallus als erotisch verstanden. Sie wurden damit positiver bewertet als die Botschaften der früheren Jahre mit photographischen oder gezeichneten Symbolen und verbalen Umschreibungen. Allerdings konnten Menschen aus der wichtigen Kernzielgruppe der weniger gebildeten Bevölkerungsschichten nur unzureichend erreicht werden. Vermutet wird in der Evaluation, dass die Darstellung von Genuss am unbeschwerten Liebesleben das "Verlierer Gefühl" und die soziale Deklassierung verstärkten^{16,17}.

1.3.3 Therapie und Beratung

Seit 1996 die Proteasehemmer¹⁸ in Kombination mit bereits früher verfügbaren antiretroviral wirkenden Medikamenten breitflächig verschrieben werden, ist die Morbidität und Mortalität

¹⁵ Quelle: Bild links: www.bag.admin.ch/hiv_aids/00833/00839/02631/index.html?lang=de&bild=27788, Bild rechts: www.bag.admin.ch/hiv_aids/00833/00839/02631/index.html?lang=de&bild=27790 (Zugriff am 4. August 2006)

¹⁶ Die Schweizer Stop Aids Kampagne wurde seit Beginn im Jahr 1986 vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne regelmässig wissenschaftlich evaluiert. Durch die Ergebnisse der Umfragen war ersichtlich, dass die gewählte Strategie des gesellschaftlichen Lernens von Anfang an in der Schweizer Bevölkerung gut aufgenommen wurde und der Kondomgebrauch rasch auf hohe Akzeptanz stiess (Dubois-Arber, Jeannin et al. 1997).

¹⁷ Vor kurzem hat die deutsche Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) ein Dokument mit Kriterien der Guten Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten herausgegeben (Lehmann, Geene et al. 2005). Im Kriterium 1 wird betont, dass in einem Projektkonzept zu berücksichtigen ist, ob durch die gesundheitsförderliche Intervention die soziale Ungleichheit bei der Zielgruppe noch verstärkt wird. Da es sich bei der Stop Aids Kampagne jedoch nicht um eine zielgruppen-orientierte sondern eine gesamtgesellschaftliche Intervention handelt, ist dieses Kriterium nur bedingt relevant. Dennoch dient die Kriterienliste zur kritischen Überprüfung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen im Aidsbereich.

¹⁸ Zur Behandlung der HIV-Infektion gibt es derzeit drei Medikamentenklassen, die an unterschiedlichen Stellen in den viralen Replikationszyklus eingreifen: a) Eintrittshemmer (Entry Inhibitoren), die den Prozess hemmen, dass das HIV in die von ihm speziell bevorzugten CD4-Rezeptoren an menschlichen Zellen "andocken", b) Reverse-Transkriptase Hemmer, die den genetischen Umbau der viralen RNA in die menschliche DNA hemmen, und c) Proteasehemmer (Protease Inhibitoren), die den Reproduktionszyklus dahingehend stören, dass die Produktion von "Vorfabrikaten" für den Aufbau neuer Viren gehemmt wird. Die pharmazeutische Herausforderung besteht darin, dass sich das HIV im menschlichen Körper kontinuierlich verändert, beispielsweise neue HIV-Proteasen entwickelt, und damit die Proteasehemmer nicht mehr passgenau wirken können. Deshalb werden

erheblich gesunken und damit die Lebensqualität vieler HIV-infizierter Menschen verbessert, bzw. die

Lebensdauer verlängert worden (exemplarisch (Sterne, Hernan et al. 2005). Eine kausal heilende Therapie ist jedoch bislang nicht möglich. Auch wenn die Einnahmeregeln kontinuierlich vereinfacht worden sind, unter anderem durch Medikamente mit drei unterschiedlichen Wirkstoffen in einer Tablette, wodurch mitunter die einmalige Einnahme pro Tag ermöglicht werden kann, bleibt die Therapie medizinisch und finanziell aufwändig. Zur Unterdrückung der viralen Prozesse gibt es keine "Kochbuchrezepte", sondern lediglich empfohlene Standardtherapien. Dabei müssen die erwünschten und unerwünschten Medikamentenwirkungen individuell und kontinuierlich überwacht werden, was eine nahe Bindung der HIV-infizierten Menschen ans medizinische System erfordert.

In der Schweiz haben für die Therapie HIV-infizierter Menschen Erkenntnisse aus der Schweizerischen HIV Kohorten Studie (SHCS) eine grosse Bedeutung¹⁹. Seit 1988 wurden rund 13'500 PatientInnen in diese multizentrische Longitudinalstudie mit Erwachsenen ab 16 Jahren aufgenommen. Ziel der Kohortenstudie ist es, ein logistisches Netzwerk in der Schweiz anzubieten, in dem für Forschungsfragen verschiedener Disziplinen Daten von HIV-infizierten Menschen erhoben werden. Im Zentrum der Datenerhebung und -analyse stehen Fragen der pharmazeutischen Therapie, einschliesslich Adhärenzproblemen, und deren Wirkung auf das infektiologische, immunologische und virologische Krankheitsgeschehen. In jüngsten Publikationen werden z. B. Zusammenhänge zwischen unzureichender Therapietreue und der Höhe der viralen Marker untersucht (Glass, De Beest et al. 2006), oder die Konsequenzen eines Abbruchs der Erhaltungstherapie gegen eine Toxoplasmoseenzephalitis, falls die Wirkung der antiretroviralen Therapie und der immunologische Status gut sind (Bertschy, Opravil et al. 2006). Vereinzelt werden die Kohorten-Daten auch für gesundheitsökonomische oder sozialwissenschaftliche Fragestellungen aufbereitet, etwa zur Frage, ob sich die technisch aufwändige und weit verbreitete Genotyp-basierte Resistenztestung finanziell lohnt (Simcock, Sendi et al. 2006),

Medikamentenkombinationen zusammengestellt, die an verschiedenen Stellen des viralen Replikationszyklus eingreifen. Die Wirkung dieser antiretroviralen "Cocktails", wie sie umgangssprachlich auch genannt werden, muss regelmässig ärztlich überwacht werden. Aufgrund von Resistenzen, bzw. abnehmender Hemm-Wirkung müssen die Medikamentenkombinationen unter Umständen immer wieder angepasst werden. Ziel ist es, die Anzahl neu produzierter Viren niedrig zu halten oder zu senken und das Niveau der zellulären Immunität hoch zu halten oder zu verbessern. Aktuelle Behandlungsempfehlungen zu den pharmazeutischen Therapien sind bei Konsiliar-diensten der HIV-Kohortenzentren erhältlich (Liste siehe www.shcs.ch/html/shcs_enter.htm, Zugriff am 13. Juli 2006) und werden von der Subkommission Klinik der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen publiziert (www.ekaf.ch, Flepp, Jost et al. 2000).

¹⁹ Details zur Kohortenstudie siehe www.shcs.ch (Zugriff am 13. Juli 2006)

oder ob das Risiko von unsicherem Sexualverhalten bei HIV-infizierten Menschen erhöht ist (Glass, Young et al. 2004).

Aus pflegewissenschaftlicher und interdisziplinärer Sicht nimmt für die Therapie und Beratung auch das Symptommanagement einen hohen Stellenwert ein (Holzemer, Henry et al. 1999; Spirig, Moody et al. 2005), denn Pflegefachkräfte und andere VersorgungsakteurInnen sind heute während vielen Jahren mit somatischen, psychiatrischen oder sozialen Problemen und damit auch verminderter Lebensqualität ihrer PatientInnen konfrontiert. Grund für das Leben mit Beeinträchtigungen sind unter anderem Symptome wie Durchfall, Müdigkeit oder Krankheiten wie Depressionen. Trotz oder gerade wegen dem kontinuierlichen Ausbau der antiretroviralen Medikamentenpalette und der Therapieoptionen bei opportunistischen Infektionen sind heute mehr denn je Konzepte gefragt, wie diese Symptome und Krankheiten im Alltagsleben integriert und bewältigt werden können.

Im Bereich der Beratung stehen vor allem Fragen der Gestaltung des Alltags trotz und mit einer infektiösen und chronischen Krankheit im Zentrum. In der Schweiz wurden dazu verschiedene mono- und interdisziplinäre Angebote konzipiert, zum Beispiel zur Adhärenzberatung oder im Umgang mit chronischer Müdigkeit (Spirig, Nicca et al. 2002). Zudem bieten die kantonalen Aidshilfen ein flächendeckendes elektronisches telefonisches und persönliches Beratungsangebot an, das je nach Region mehr oder weniger differenziert ist²⁰. Zurzeit wird beispielsweise diskutiert, ob alle Aidshilfen regional HIV-Schnell- und Kombinationstests²¹ anbieten sollen oder

²⁰ Detaillierte Angaben zu den kantonalen Aids-Beratungsangeboten sind über die Webseite der Aidshilfe Schweiz erhältlich (www.aids.ch, Zugriff am 5. Mai 2006).

²¹ In HIV-Schnelltests werden Antikörper nachgewiesen, die der menschliche Körper als immunologische Reaktion auf das HIV bildet. Wie die traditionellen HIV-Tests, sind die Schnelltests auch Suchtests, denn im Rahmen eines Screenings suchen sie Antikörper. Im Falle eines positiven und auch reaktiven, d. h. nicht genau zu identifizierenden Ergebnisses muss eine erneute Blutentnahme erfolgen und ein Bestätigungstest durchgeführt werden, bis das Resultat definitiv ist. Diese Antikörper-Tests können eine HIV-Infektion erst 3 Monate nach einer Risikosituation zuverlässig ausschliessen, d. h. nach dem sogenannten diagnostischen Fenster. "Schnell" bedeutet demnach nicht ein schnelles Ergebnis nach einer Risikosituation, sondern das Testergebnis liegt 30 Minuten nach Entnahme von Blut (venös oder kapillär) oder Speichel vor. Damit können solche Tests vor Ort in Beratungsstellen oder HIV-Teststellen durchgeführt und das Resultat von einer fachkundigen Person, die unter ärztlicher Aufsicht steht, abgelesen werden. In der Schweiz sind derzeit vom BAG zwei HIV-Antikörper-Schnelltests zugelassen, welche die hohen Anforderungen an die Diagnostikkriterien der Sensitivität und der Spezifität erfüllen. Die Schnelltests dürfen nicht in Apotheken durchgeführt oder an Einzelpersonen für den Heimtest abgegeben werden. Kombinationstests andererseits weisen nicht nur HIV-Antikörper nach, sondern auch Eiweissbestandteile des HI-Virus (p24-Antigen). Ihre Sensitivität ist deutlich höher als bei den Schnelltests. Die Kombinationstests bedingen ebenfalls eine Blutentnahme nach dem diagnostischen Fenster. Das Ergebnis kann aber nicht in Beratungsstellen ermittelt werden, sondern dazu ist ein Labor mit Screeningtechniken nötig. Anzumerken ist, dass Speicheltests zur HIV-Diagnostik im klinischen Setting in der Schweiz aufgrund gesetzlicher Bestimmungen nicht zugelassen sind. Jedoch konnte im Rahmen eines Forschungsprojektes des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin Zürich (Zurich Men's Study) der Speicheltest benützt werden. Die Testergebnisse wurden jedoch nur zu statistischen Zwecken verwendet und den Teilnehmenden nicht mitgeteilt (Bundesamt für Gesundheit & Eidgenössische Kommission für Aidsfragen 2000). In den USA wird derzeit geprüft, ob ein oraler Speicheltest für den Heimgebrauch zugelassen werden soll. Allerdings wurde der Gebrauch im Dezember 2005

können (Haas 2006b). Dazu werden verschiedene Modelle geprüft, z. B. dasjenige von der Groupe Sida Neuchâtel, wo HIV-Tests bereits seit 16 Jahren und seit kurzem auch Schnelltests von Pflegefachpersonen durchgeführt werden.

1.3.4 Chronische Krankheit

Aufgrund demographischer und epidemiologischer Entwicklungen sowie pharmazeutischer und technischer Errungenschaften nimmt die Zahl chronisch kranker Menschen in der Schweiz und auch weltweit kontinuierlich und rasch zu (World Health Organization 2002; Rüesch 2006). Laut der letzten Umfragewelle der Schweizerischen Gesundheitsbefragung suchten die Interviewten ärztliche Behandlung am meisten auf wegen Bluthochdruck (14 %), gefolgt von Allergien (10 %), Rheuma (8.5 %) und Depression (5 %) (Bundesamt für Statistik 2005b).

Das Beispiel Aids zeigt deutlich auf, dass vor allem die zunehmenden pharmazeutischen Innovationen zu einem starken Rückgang der Mortalität (Ledergerber, Egger et al. 1999) geführt haben, parallel dazu jedoch auch zu einer ausgeprägten Chronifizierung der HIV-Infektion. Dieser Prozess hatte bereits vor dem Einsatz von hochpotenten antiretroviralen Medikamenten eingesetzt (Fee & Fox 1992; Egger, von Overbeck et al. 1996), verstärkte sich jedoch erheblich nach der Einführung von Proteasehemmern Mitte der 1990er Jahre. Bereits anfangs der 1990er zeichnete sich ab, dass der Aids-Krankheitsverlauf von zahlreichen chronischen, zum teil reversiblen aber auch irreversiblen Beschwerden im Zusammenhang mit den opportunistischen Infektionen geprägt war. Zu letzteren gehört etwa der Verlust von Sehkraft bis hin zur Blindheit aufgrund der Cytomegalie-Retinitis oder Hemiplegien verursacht durch zerebrale Toxoplasmose. Solche und weitere Krankheitszustände bedeuten eine hohe Präsenz im Alltag und erfordern Anstrengungen für die Überwachung, Beobachtung, Rehabilitation oder Symptomlinderung (Fesenfeld 2002). Der Ausnahmefall ist damit in zahlreichen Familien zum Normalfall geworden (Bischofberger & Schaeffer 2001). Heute steht vor allem das Medikamentenmanagement im Vordergrund. Damit einhergehende Auswirkungen der verschiedenen organischen und funktionalen Beschwerden für den Alltag sind mitunter kaum plan- und routinisierbar und lösen dadurch erhebliche Unsicherheit und Unvorhersagbarkeit aus. Aus pflegewissenschaftlicher Perspektive bedeutet deshalb chronische Krankheit

suspendiert und durch einen Blut-Schnelltest ersetzt, weil er ungewöhnlich hohe falsch-positive Ergebnisse brachte. In der Schweiz wird der Heimtest aus verschiedenen Gründen kritisch beurteilt, unter anderem, weil die Beratungssequenz fehlt, in der ein positives wie auch negatives Ergebnis diskutiert werden können (Haas 2006a).

"... nicht nur den physiologischen Verlauf einer Krankheit, sondern die gesamte Organisation der Arbeit, die in diesem Verlauf anfällt, und einen Eingriff in das Leben der Menschen, die mit dieser Arbeit befasst sind." (Corbin & Strauss 1993, S. 29).

Die ausgeprägte Chronifizierung der HIV-Infektion und der Aids-Erkrankung wurde in den letzten Jahren kontinuierlich und aus verschiedenen Perspektiven aufgearbeitet, so dass heute Monographien zur Verfügung stehen, die das Krankheitsmanagement sowohl aus klinischer (Kirton 2003), sozialer (Matic, Lazarus et al. 2006) und versorgerischer (Schaeffer 2004) Sicht beleuchten. Angesichts dieses verbesserten Wissensstandes ist zu prüfen, wie die Herausforderungen der Chronifizierung insbesondere bei Sub-Sahara MigrantInnen zu meistern sind, vor allem angesichts der Tatsache, dass bei ihnen oft Tuberkulose als weitere schwere und therapeutisch komplexe chronische Krankheit hinzukommt (Stahelin, Rickenbach et al. 2003).

1.3.5 Solidarität

Die anfängliche Ausbreitung der HIV-Infektion bei gesellschaftlichen Minoritäten führte in liberalen Kreisen zur Besorgnis, dass eine *"Minoritäten-Hatz"* (Rosenbrock 1992, S. 5) auf Homosexuelle und Drogenkonsumierende beginnen könnte. Deshalb wurde in der Schweiz seit Beginn der HIV-Epidemie die Solidarität mit gesellschaftlichen Randgruppen und insbesondere HIV-infizierten Menschen in der HIV-Präventionsstrategie mit berücksichtigt (Somaini, Twisselmann et al. 1999). Die Prämisse war, dass sich die anfänglich noch "Risikogruppen" (Hirschel 1989) genannten Populationen aus der Schwulen- und Drogenszene nur dann testen und behandeln liessen, wenn sie auf eine nicht-diskriminierende Haltung in der Gesellschaft im allgemeinen und bei VersorgungsakteurInnen im speziellen zählen können. Dies erwies sich sowohl in der Schweiz (Dubois-Arber & Haour-Knipe 2001) als auch international (Parker & Aggleton 2003; Aggleton, Wood et al. 2005) als wichtige Strategie, um offen und öffentlich über eine Krankheit sprechen zu können, die mit zahlreichen Zuschreibungen von schuldhaftem Verhalten und verwerflichen Lebensstilen einhergeht. Solidarität wurde in der Schweiz in den frühen Jahren der Stop Aids Kampagne durch eindruckliche Fotos mit HIV-infizierten Menschen alleine oder mit ihren PartnerInnen/Familien dargestellt, etwa mit dem Bild von Iris Reuteler, der früheren und mittlerweile verstorbenen Präsidentin der Vereinigung "PWA - People living with AIDS" (siehe Abbildung 3). Allerdings fällt auf, dass seit der Einführung der hochwirksamen antiretroviralen Therapieoptionen HIV-infizierte Menschen deutlich weniger öffentlich an Podiumsgesprächen oder Gottesdiensten auftreten. Eine Ausnahme dazu ist beispielsweise Romy Mathys, die sich als

HIV-infizierte Frau sowohl in der Schweiz als auch in Südafrika für die HIV-Prävention und Solidarität engagiert (Valsecchi 2004). Zeitgleich mit diesem Prozess des "Verschwindens" von HIV-infizierten Personen aus der Öffentlichkeit hat das mediale und politische Interesse an HIV/Aids abgenommen. Damit hat die postulierte Solidarität zwar nicht an Bedeutung, aber an Gesichtern verloren^{22,23}. Diese Abwesenheit der als "civil society" bezeichneten Personen aus der Schweiz, unter anderem an der letztjährigen Sondersession der Vereinten Nationen, wird von der Schweizer Delegation als unbefriedigend beurteilt (Chappatte 2006). Derzeit wird jedoch mit Unterstützung des BAG und der Aids-Hilfe Schweiz versucht, ein neues Netzwerk von HIV-infizierten Menschen in der Schweiz zu gründen²⁴.



Abbildung 3: Bild aus der Schweizer Stop Aids Kampagne 1991²⁵

Im Zuge der veränderten HIV-epidemiologischen Dynamik, und damit der Zunahme von HIV/Aids bei neuen Zielgruppen, war bislang insbesondere bei und mit Sub-Sahara MigrantInnen eher wenig Solidarität zu spüren. Beim Bundesamt für Gesundheit zeigte sich vielmehr eine zögerliche

²² Dass sich solidarische Gruppierungen immer wieder Gehör verschaffen müssen, wenn sich die epidemiologischen Zahlen und damit die Repräsentanz der HIV-Infektion in der Gesellschaft zu Ungunsten von marginalisierten Gruppen verschieben, zeigt auch das detaillierte Dokument einer britischen Parlamentarier-Gruppe, die angesichts der Zunahme von HIV/Aids bei MigrantInnen dezidiert Stellung bezieht zur Debatte von MigrantInnen im britischen Immigrationssystem und insbesondere zur Situation HIV-infizierter Personen mit nicht-britischer Staatsbürgerschaft (All-Party Parliamentary Group on AIDS 2003).

²³ Anzumerken ist jedoch, dass an der diesjährigen Sondersession der Vereinten Nationen zu HIV/Aids erstmals eine HIV-infizierte Person, eine Südafrikanerin, das Wort ergriffen hat und damit die Rolle der Zivilgesellschaft und der proklamierten Solidarität deutlich zum Ausdruck brachte (Chappatte 2006).

²⁴ Im Oktober 2006 ist eine Tagung geplant, aus der mittels dem Open-Space-Ansatz (Owen 1997) eine neue Organisation von Menschen, die mit HIV leben (LHIVE), hervorgehen soll (Details siehe www.hivpositive.ch (Zugriff am 2. August 2006)).

²⁵ Quelle: www.bag.admin.ch/hiv_aids/00833/00839/02487/index.html?lang=de&bild=20370 zu finden (Zugriff am 12. Dezember 2005)

Publikations- und Forschungspraxis. Dies kann – als Kontrapunkt zur Solidarität – als *"Sieg des Stigmas"* (Dodds et al. 2004, S. 39) interpretiert werden, d. h. die stigmatisierende Wirkung der epidemiologischen Fakten bei einer marginalisierten Bevölkerungsgruppe wird stillschweigend akzeptiert. Dadurch können die vielschichtigen Hintergründe der veränderten HIV-Dynamik nicht in eine offene und öffentliche Diskussion einfließen, bzw. das Risiko besteht, dass die Fakten können undiskutiert für politische Zwecke genutzt wird, wenn Informationen zu überdurchschnittlich hohen HIV-Zahlen ohne differenzierten Hintergrund in der Öffentlichkeit verbreitet werden. Dies geschah in der Mediendebatte im Winter 2003/2004, nachdem das BAG den starken Anstieg der HIV-Diagnosen bei Sub-Sahara MigrantInnen publiziert hatte²⁶. Seit Juli 2006 hat sich die BAG-Veröffentlichung der aktuellen HIV-Daten insofern verändert, als die HIV-Diagnosen bei Sub-Sahara MigrantInnen explizit neben den Kategorien der "SchweizerInnen", "EuropäerInnen" und "Andere" als Kategorie aufgeführt sind (Bundesamt für Gesundheit 2006, S. 3).

Es wird sich zeigen, wie diese Veröffentlichungspraxis mit der seit Jahren praktizierten gesellschaftlichen Lernstrategie verknüpft wird, damit die postulierte Solidarität weiterhin zum Tragen kommt. Wie in diesem Dissertationsprojekt noch zu zeigen sein wird, haben die eingeleiteten Präventionsinterventionen bei und mit Sub-Sahara MigrantInnen durchaus das Potential, dem "Sieg des Stigmas" erfolgreich entgegen zu treten.

²⁶ Das Bundesamt für Gesundheit teilte im BAG Bulletin vom 14. April 2003 mit, dass der Anteil der HIV-Arztmeldungen bei Sub-Sahara Migranten 33.8 % aller Meldungen von Männern und bei Sub-Sahara Migrantinnen 48.1 % aller Meldungen von Frauen ausmachte (Bundesamt für Gesundheit 2003b, S. 269). In diesem Zusammenhang wurde auch über ein opt-out Modell (HIV-Testung durch stillschweigende Zustimmung) oder ein opt-in Modell (HIV-Testung mit ausdrücklicher Einwilligung) diskutiert. Am 18. Juni 2003 reichte Nationalrat Toni Bortoluzzi (SVP) im Parlament eine Interpellation ein und fragte den Bundesrat unter anderem an, ob obligatorische HIV-Tests für Einwanderer und Prostituierte als Massnahme zur Eindämmung der HIV-Epidemie in Betracht gezogen würden. Am 3. September 2003 nahm der Bundesrat zu dieser und anderen Fragen der Interpellation Stellung. Er bekräftigt die Haltung, an der bisherigen Praxis der freiwilligen Beratung und Testung ("VCT – Voluntary Counselling and Testing") bei allen Bevölkerungsgruppen festzuhalten (Nationalrat 2003). Wenige Wochen nach der bundesrätlichen Antwort erschien am 14. September 2003 in der Sonntagszeitung ein ganzseitiges Inserat mit dem Titel "Asylpolitik: AIDS – die verschwiegene Gefahr im Asylbereich" (www.pikom.ch), in dem die Volksgesundheit in der Schweiz als gefährdet beschrieben wird. In den folgenden Wochen und Monaten wurde diese brisante Thematik auch im redaktionellen Teil verschiedener Zeitungen aufgegriffen (exemplarisch Baer 2004; Niederberger 2004). In einer gemeinsamen Medienmitteilung vom 10. Juni 2004 halten das Bundesamt für Gesundheit und das Bundesamt für Flüchtlinge (heute Bundesamt für Migration) fest, dass die HIV-Prävention für Asylsuchende ausgebaut werden soll, dass aber keine Zwangstests diskutiert werden (siehe dazu www.suchtund aids. bag. admin. ch/ themen/ aids/ doku / medienmitteilungen/ 01971/ index. html? language= de& schriftgrad=, Zugriff am 20. Februar 2006). Seit Januar 2006 sind mittlerweile die grenzsanitären Dienste in verschiedenen Bereichen neu ausgerichtet. Unter anderem wird systematisch bei den über 16jährigen Asylsuchenden die Notwendigkeit eines freiwilligen HIV-Tests angesprochen, ein HIV-Test ist danach lokal in den Kantonen, bzw. den Asylzentren möglich (Bundesamt für Gesundheit 2006c). Insgesamt wurde in der Mediendebatte deutlich, dass die lange Schweizer Tradition der Solidarität im Kontext von HIV/Aids – v. a. mit HIV-infizierten Menschen und gesellschaftlichen Randgruppen – immer wieder vor neue Herausforderungen gestellt wird. Diese Tradition wird Zwischenbericht des Nationalen HIV/Aids-Programmes 2004 – 2008 erneut bekräftigt (Bundesamt für Gesundheit 2005e).

1.3.6 Menschenrechte

Mit der Schaffung der UNO Menschenrechtskonvention²⁷ wurde im Jahr 1948 ein Meilenstein zum Schutz der Menschenwürde im Allgemeinen und zu verschiedenen grundlegenden Freiheiten im speziellen erreicht²⁸. Allerdings wurden die von der UNO formulierten Menschenrechte zu Beginn der Aids-Ära von nicht-Regierungsorganisationen und Aids-AktivistInnen als relativ abstrakte Konzepte wahrgenommen, die vor allem auf dem Papier festgeschrieben sind und wenig mit der gelebten Realität zu tun haben²⁹. Deshalb berief man sich in basis-orientierten Aidsorganisationen zunächst kaum auf die Menschenrechte (International Council of AIDS Service Organizations 1998). Erst im Verlauf der zunehmenden und weltweiten Epidemie zeigte sich, dass die Konsequenzen der Verletzung von Menschenrechten durchaus für Aids-Organisationen relevant sind, etwa in konkreten Fragen wie der immer wieder aufkommenden Diskussionen für obligatorische HIV-Tests oder bei den restriktiven Einreisebestimmungen für HIV-infizierte Menschen in spezifische Länder³⁰.

Aus Menschenrechtssicht sind vor allem auch der Kontext der HIV/Aids Epidemie relevant, bzw. die Gleichheitsrechte des wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Bereichs, denn Aids hatte sich längst nicht nur als medizinisches Problem erwiesen – wie dies beim früheren Global Programme on AIDS der Weltgesundheitsorganisation zum Ausdruck kam – sondern als Resultat einer Ver-

²⁷ Die Menschenrechts-Kommission der Vereinten Nationen wurde 1946 gegründet. Sie redigierte die Allgemeine Menschenrechts-Deklaration, die am 10. Dezember 1948 in Paris von der UNO Generalversammlung angenommen wurde. Der Wortlaut ist unter www.un.org/Overview/rights.html zu finden (Zugriff am 12. Mai 2006).

²⁸ Anzumerken ist, dass es neben der UNO Menschenrechtskonvention auch ein Übereinkommen der afrikanischen Mitgliedstaaten der Organisation für afrikanische Einheit (OAU) gibt, die sogenannte "Banjul Charta der Menschen-rechte" (siehe dazu den Wortlaut www.dadalos.org/deutsch/Menschenrechte/Grundkurs_MR2/Materialien/dokument_7.htm, Zugriff am 10. Mai 2006). Die Inhalte dieser Charta stimmen im Wesentlichen mit der Originalkonvention überein, jedoch wurden einige Artikel angepasst, bzw. weggelassen, weil die 1946 festgeschriebenen Inhalte nicht vollständig mit afrikanischen Traditionen übereinstimmen. Dazu gehört beispielsweise das Recht auf die Gründung einer Familie, denn das Konzept der Familie spielt im afrikanischen Kontext eine andere Rolle als in westlichen Ländern. Allerdings sind Familienkonzepte sowohl im Westeuropäischen Norden wie auch in Afrika kontinuierlich im Wandel (Lüscher 1988; O'Laughlin 1995) jedoch fließen diese neueren Erkenntnisse oft erst zeitlich verzögert – wenn überhaupt – in internationale Konventionen ein.

²⁹ Die Sprache der Aids-AktivistInnen entspringt vielmehr dem Alltag, für dessen Bewältigung gesellschaftliche Forderungen und Rechte geltend gemacht werden. Diese Sprache wird auch von anderen AktivistInnen-Gruppen, bspw. der Frauen- oder Umweltbewegung gewählt und unterscheidet sich erheblich von den oft schwerfällig formulierten Dokumenten der internationalen Gemeinschaft.

³⁰ Besonderes Aufsehen erregte 1994 die Situation in Japan anlässlich der 10. Weltaidskonferenz in Yokohama, denn die damaligen japanischen Einreisebestimmungen verlangten einen HIV-Test, bzw. besagten, dass HIV-infizierte Menschen nicht einreisen durften. Unter nationalem und internationalem Druck wurden diese Bestimmungen gelockert, und längst ist die Reise für HIV-infizierte Menschen nach Japan möglich. Für die weltweite Reiseplanung hat die Deutsche Aidshilfe einen sehr hilfreichen Reader herausgegeben, in dem die Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen sowie die medizinischen Versorgungsmöglichkeiten in zahlreichen Ländern aufgeführt sind (Wiessner & Lemmen 2005).

kettung zahlreicher medizinischer, sozio-ökonomischer und kultureller Faktoren. Aus diesem Grund wurde 1996 das Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS³¹) der Vereinten Nationen ins Leben gerufen, um auf internationaler Ebene die Koordinationsherausforderungen rund um die HIV-Epidemie anzugehen und auch dem Thema Menschenrecht mehr Gewicht zu geben. Noch im Gründungsjahr begann das UNAIDS in Zusammenarbeit mit der UNO an der Erarbeitung eines Grundsatzpapiers zu HIV/AIDS und Menschenrechten (United Nations High Commissioner on Human Rights & Joint United Nations Program on HIV/AIDS 1998). Später wurden diese Punkte auch von Aids-Organisationen aufgenommen und gebündelt: Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten, Empowerment von Frauen, Rechte und Schutz von HIV-infizierten Menschen, Verteilung von Ressourcen und Beteiligungsmöglichkeiten der Zivilgesellschaft (Roseman, Gruskin et al. 2004)³². Die UNO und das UNAIDS haben ihre Dokumente aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen oder technologischer Innovationen laufend aktualisiert. So wurden beispielsweise Punkte aufgegriffen, wie Menschenrechte angesichts von Impfstoffentwicklungen zu bewerten sind (Joint United Nations Program on HIV/AIDS 2003). Bei der Umsetzung der deklarierten Menschenrechte im Kontext von HIV/Aids geht es im Wesentlichen um die umfassende Verringerung von körperlichen, sozialen und ökonomischen Verletzlichkeiten und Benachteiligungen, mit dem Ziel, den Zugang zu Test- und Behandlungsmöglichkeiten zu verbessern, aber auch um den Lebensstandard und die Beteiligungsmöglichkeiten an HIV/Aids-Programmen zu erhöhen.

In den vergangenen fünf Jahren wurden Menschenrechtsfragen rund um HIV/Aids auch von der UNO Generalversammlung thematisiert, zum einen im Rahmen einer Sondersession 2001 (UNGASS, United Nations General Assembly Special Session), wo unter breiter Medienpräsenz eine Verpflichtungserklärung veröffentlicht wurde (United Nations General Assembly 2001)³³. In mehreren Abschnitten wurden die Menschenrechte und der Schutz besonders verletzlicher Personen deklariert, insbesondere von Frauen und verwaisten Kindern. Zudem wurden Ziele bis ins Jahr 2005 festgelegt, die jüngst in einer weiteren Sondersession Ende Mai/anfangs Juni 2006

³¹ Mitglied von UNAIDS sind die folgenden Organe der Vereinten Nationen: UNHCR (Flüchtlingshochkommissionariat), UNICEF (Kinderhilfswerk), WFP (Welternährungsprogramm), UNDP (Entwicklungsprogramm), UNFPA (Bevölkerungsfonds), UNODC (Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung), ILO (Internationale Arbeitsorganisation), UNESCO (Organisation für Bildung, Wissenschaft und Kultur), WHO (Weltgesundheitsorganisation), Weltbank (siehe dazu www.unaids.org, und www.un.org, Zugriff am 12. März 2004).

³² Zivilgesellschaft wird hier verstanden als einzelne Menschen und nicht-Regierungsorganisationen (Kirchen, Vereine, Arbeitgeber etc.), die sich ausserhalb von Regierungsstrukturen für die HIV-Prävention und/oder HIV/Aids-Versorgung engagieren (Joint United Nations Program on HIV/AIDS 2006).

³³ Anzumerken ist, dass im April 2001 der "Abuja Summit" stattfand, an dem afrikanische Regierungsverantwortliche ihre Verpflichtung spezifisch für Sub-Sahara Afrika deklarierten. Insbesondere verpflichteten sie sich, ihre Budgets zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung um 15 % zu erhöhen.

überprüft wurden (Joint United Nations Program on HIV/AIDS 2006). Es zeigte sich, dass eine Reihe von Staaten Erfolge in der Stabilisierung der HIV-Prävalenzzahlen und dem Zugang zu antiretroviralen Medikamenten aufweisen konnten. Allerdings divergieren die Anstrengungen und Erfolge erheblich zwischen verschiedenen besonders stark von Aids betroffenen Nationen. Aus Sicht der Schweiz werden zwar die erzielten Wirkungen in armen Ländern während den vergangenen fünf Jahren gewürdigt, allerdings sind die HIV-Prävalenzzahlen bei Frauen, Mädchen und Jugendlichen noch immer dramatisch hoch, was zu gesellschaftlich verheerende Auswirkungen führt. Im Bericht der Schweizer Delegation an dieser Sondersession ist denn auch eine erhebliche Enttäuschung über die verwässerte und schwache Schlussdeklaration nachzulesen, denn die noch immer steigenden weltweiten HIV-Zahlen erfordern deutlichere Anstrengungen in bezug auf Behandlungsmöglichkeiten und soziale Verbesserungen (Chappatte 2006).

1.4 Migration und Gesundheit im Kontext von HIV/Aids

In der Schweiz wurde bereits recht früh auf die Konsequenzen auf die globale Epidemie, den Einflaass auf die internationalen Migrationsströme und damit auch auf die hiesige Aids-Situation reagiert (Fleury 1989; Haour-Knipe, Ospina et al. 1992). So fokussierte das erste Programm "Migration und Gesundheit" stark auf die HIV-Prävention (Burgi 1996, S. 140). Die folgenden Prinzipien wurden dazu formuliert:

- a) Nur gut informierte Menschen können sich schützen.
- b) Die Chancengleichheit in Fragen der HIV-Prävention für MigrantInnen orientiert sich an den WHO Zielen "Gesundheit für alle" (World Health Organization 1977) und an der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung (World Health Organization 1986).
- c) Partizipative und gemeinde-orientierte Präventionsprogramme werden favorisiert, insbesondere die Übertragung von Koordinationsaufgaben an Personen aus der Migrationsbevölkerung.

Diese Prämissen, die im Einklang stehen mit internationalen Publikationen (Haour-Knipe 1993; Shtarkshall & Soskolne 2000), zeigen auf, dass die HIV-Prävention nicht nur auf die Information und Schulung einzelner MigrantInnen oder Migrationsgruppen fokussiert, sondern dass die Programme in eine Gesamtstrategie der Gesundheitsförderung und der Community-Orientierung eingebettet sind. Basierend darauf wurden im Rahmen des Projektes "Migration und Gesundheit" zunächst verschiedene Allianzen ausgelotet, vor allem mit Zielgruppen der türkisch, spanisch und

italienisch sprechenden MigrantInnen³⁴. Ziel war es, diesen Migrationsgruppen die HIV-Prävention auf verschiedenen Kommunikationskanälen näher zu bringen und sie aktiv in die Präventionsgestaltung einzubinden. So wurde der Kontakt gesucht mit Vereinen, politischen Gruppierungen, VertreterInnen von religiösen Vereinigungen und auch mit den jeweiligen Botschaften. Durch diese spezifischen Kontakte sollte auch der Zugang zu Präventionsmaterialien aus den Herkunftsländern hergestellt werden, die auch für die Verwendung in der Schweiz hilfreich sind. Durch diese gemeinde-orientierte Vorgehensweise entstanden zunehmend Kenntnisse für spezifische Subgruppen mit einem besonderen Bedarf für Präventioninterventionen, etwa lateinamerikanische Hausangestellte oder homosexuelle spanisch sprechende Männer (Burgi 1996). Im Rahmen der einzelnen Projekte wurde auch der Peer Edukationsansatz verfolgt, so dass MediatorInnen beispielsweise für die Zielgruppe der kommerziellen Sexarbeiterinnen geschult wurden (Cavaleri, Verwey et al. 1996). Diese MediatorInnen sollten die Sensibilisierung bei Frauen ihrer Herkunftsländer, bzw. mit demselben Sprachhintergrund fördern und eine "Eintrittspforte" für HIV Präventionsbotschaften eröffnen.

Trotz dieser innovativen Ansätze und dem attestierten Pioniercharakter des Projekts "Migration und Gesundheit" während der ersten Projektphase 1991 bis 1993 wurden in den späten 1990er Jahren zunehmend Mängel festgestellt, etwa die nicht mehr nachvollziehbare Einschränkung auf bestimmte (nationale) Zielgruppen, organisatorische und strategische Defizite oder die mangelhafte Überführung eines Pilotprojektes in eine etablierte Struktur (Efionayi-Mäder, Chimienti et al. 2001). Deshalb wurde das Projekt "Migration und Gesundheit" vom Bundesamt für Gesundheit in der bestehenden Form im Jahr 2000 beendet. Basierend auf den Projekterfahrungen und parallel zu den letzten Projektjahren entwickelte das BAG gemeinsam mit dem Bundesamt für Flüchtlinge, dem Bundesamt für Ausländerfragen und der Eidgenössischen Ausländerkommission eine nationale Strategie für Migration und Gesundheit (Bundesamt für Gesundheit 2003c). Auch wenn das anfängliche Projekt "Migration und Gesundheit" mit einem Schwerpunkt auf der HIV-Prävention nicht mehr weiter geführt wurde, so erwies es sich dennoch als Schubkraft für Innovationen und neue Strategien für die Gesundheit der Migrationsbevölkerung.

Allerdings setzte diese Schubkraft trotz der höheren HIV-Prävalenz bei der Migrationsbevölkerung verhältnismässig spät ein. Diese zeitliche Verschiebung zeigt sich besonders ausgeprägt bei der HIV-Prävention für Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften. In der Schweiz wurden zwar in

³⁴ Eine weitere Zielgruppe mit langer und zunehmend zahlreicher Anwesenheitstradition sind Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Im Rahmen einer Kurzevaluation wurde jedoch ersichtlich, dass derzeit keine Zielgruppenspezifische Prävention bei Menschen dieser Herkunft erforderlich ist (Kessler Bodiang 2005). Jedoch besteht Handlungsbedarf für ein engmaschiges Monitoring im Rahmen eines nationalen Surveillance Systems.

einer qualitativen Studie im Jahr 1989 erste Einsichten aus der Perspektive von afrikanischen MigrantInnen gewonnen (Fleury 1989), jedoch folgten keine weiteren Publikationen zur Prävention bei dieser Zielgruppe bis zum Interventionsplan im Jahr 2000 (Zuppinger, Kopp et al. 2000). Diese lange "Ruhe" angesichts des steigenden Anteils der Sub-Sahara MigrantInnen bei den HIV-Testergebnissen kann damit zusammen hängen, dass beim Bundesamt für Gesundheit die Meinung vertreten wurde, die Publikation von epidemiologischen Daten in Bezug auf Menschen bestimmter Nationen und Regionen könnte die Stigmatisierung dieser Menschen zusätzlich fördern (Burgi & Fleury 1996)³⁵.

Angesichts der hohen und vor allem steigenden HIV-Prävalenz bei Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz stieg jedoch der Handlungsdruck, auch für die Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften die Zielgruppen-orientierte Prävention voranzutreiben und in konkreten Projekten anzubieten. Dazu veranlasste das Bundesamt für Gesundheit im Jahr 1999 einen Interventionsplan, in dem mittels eines Rapid Assessments Empfehlungen für die HIV-Primärprävention bei Sub-Sahara MigrantInnen formuliert wurden (Zuppinger, Kopp et al. 2000). Basierend auf den Ergebnissen dieser Studie vergab das BAG in der Folge ein Pilotinterventionsprojekt, dem die beteiligten AfrikanerInnen bei Projektbeginn den Namen AFRIMEDIA verliehen.

Zwischen Herbst 2002 und Frühling 2006 haben 13 MediatorInnen verschiedene Strategien entwickelt, um die HIV-Prävention in den afrikanischen Gemeinschaften zu erproben und zu etablieren³⁶.



Abbildung 4: Logo des AFRIMEDIA Projektes

Unter Einbezug des MediatorInnen-Ansatzes fanden im Rahmen der aufsuchenden HIV-Primärprävention zahlreiche Aktivitäten bei Sub-Sahara Gemeinschaften in den Pilotkantonen Genf, Waadt und Zürich statt. Dieses Projekt bildet den Ausgangspunkt dieses Dissertationsvorhabens.

³⁵ Diese Gefahr ist sicherlich nicht zu unterschätzen angesichts fremdenfeindlicher Vorfälle besonders gegenüber dunkelhäutigen Menschen und der zunehmenden Verschärfung der Eidgenössischen Ausländer- und Asylgesetzgebung im vergangenen Jahrzehnt.

³⁶ Zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass im Kanton Bern fast gleichzeitig das "Multicolore" Projekt initiiert und bis heute erfolgreich durchgeführt wird (Aebersold 2005). Es handelt sich ebenfalls um ein HIV-MediatorInnen-Projekt, das auf die Zielgruppe der Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften ausgerichtet ist. Im Unterschied zum Afrimedia-Projekt wird es jedoch nicht vom BAG finanziert sondern vom Kanton Bern und von der Aidshilfe Bern durchgeführt. Der Tätigkeitsradius der MediatorInnen bleibt damit auf das Berner Kantonsgebiet beschränkt. Die Kommunikation zwischen den Projektverantwortlichen von Afrimedia und Multicolore wurden von Anfang an gepflegt.

Auch wenn dieses Projekt – wie noch zu zeigen sein wird erfolgreich verlief – ist retrospektiv zu fragen, weshalb die brisante Thematik der hohen HIV-Prävalenz bei afrikanischen Gemeinschaften kaum mit einer gesellschaftlichen Lernstrategie verbunden wurde, um so eine offene und öffentliche Diskussion zu fördern. Diese Debatte wäre zweifellos mit sehr sensiblen Bereichen der Menschenrechte verbunden, hätte jedoch gerade vor dem Hintergrund einer auf Solidarität basierenden HIV-Präventionsstrategie eine Chance zur vertieften Auseinandersetzung sein können.

1.5 Fazit

In diesem einleitenden Kapitel konnte aufgezeigt werden, dass sich die integrierte HIV/Aids-Strategie von Prävention, Therapie und Solidarität in der Schweiz mittlerweile etabliert hat und durch drei weitere relevante Themenbereiche ergänzt wurde. Allerdings steht dieser Entwicklung entgegen, dass während den letzten rund 20 Jahren der hiesige Wissensstand zum Bedarf und zur Ausgestaltung der HIV-Prävention und Aids-Versorgung bei der epidemiologisch stark betroffenen Bevölkerungsgruppe der Sub-Sahara Gemeinschaften gering blieb – insbesondere aus der Sicht der Betroffenen selber. Dies betrifft sowohl den Bereich der HIV-Primärprävention als auch der Aids-Versorgung. Hier setzt das vorliegende Forschungsprojekt an. Aus Sicht der Literatur und mittels Forschungsdaten soll diese Wissenslücke geschlossen werden.

2 ÜBERBLICK DER STUDIE

Das *Studiensetting* ist die deutsch- und französischsprachige Schweiz, bzw. Sub-Sahara MigrantInnen, die mit unterschiedlichen sozio-demographischen und sozio-ökonomischen Hintergründen in diesen Regionen leben. Für die Fragen der HIV-Primärprävention, bzw. der MediatorInnen-Arbeit stehen insbesondere die Kantone Zürich, Waadt und Genf, wo das AFRIMEDIA Pilotinterventionsprojekt angesiedelt ist, im Vordergrund. Für Fragen der Aids-Versorgung war die regionale Verankerung nicht relevant, d.h. die teilnehmenden Personen berichten von den Gegebenheiten an ihrem jeweiligen Wohn- und Behandlungsort.

Im Rahmen des Forschungsprojektes entstand zunächst für das AFRIMEDIA Projekt eine umfassende *Literaturrecherche und -analyse*, in welcher der Stand der Forschung und Praxis zur HIV-Primärprävention bei Sub-Sahara MigrantInnen in Westeuropa dargelegt wird (Kapitel 4.1). Weil die hohe HIV-Prävalenz jedoch zunehmend auch Fragen der HIV/Aids-Versorgung bei dieser Bevölkerungsgruppe tangiert, wurde die Literaturbearbeitung auf die Situation von HIV-infizierten Sub-Sahara MigrantInnen ausgeweitet (Kapitel 4.2). Dabei wurden sowohl die Krankheitsverläufe aus klinischer Sicht beleuchtet als auch die Krankheitserfahrungen aus der Perspektive von HIV-infizierten Sub-Sahara MigrantInnen aufgenommen.

Methodisch fiel der Entscheid auf ein ausschliesslich qualitatives Forschungsprojekt, da zum ausgewählten Forschungsgegenstand aus der Schweiz noch kaum Daten vorliegen. Im Zuge der Erarbeitung der methodischen Herangehensweise zeigte sich, dass zur qualitativen Gesundheitsforschung in der Schweiz noch wenig Auseinandersetzung stattgefunden hat. Deshalb widmet sich das erste Kapitel im Methodenteil ausführlich den Merkmalen guter Praxis in der qualitativen Gesundheitsforschung (Kapitel 5.1). Danach wird die Frage aufgegriffen, wie die Rekrutierung marginalisierter Bevölkerungsgruppen zu einem tabuisierten Thema zu gestalten ist, damit VertreterInnen dieser Gruppen für eine Forschungsstudie gewonnen werden und ihre Sichtweise präsentiert werden können (Kapitel 5.2). An diese methodische Auseinandersetzung anknüpfend werden in einem weiteren Artikel die Erfahrungen während der Datenerhebung, bzw. den Interviewsituationen kritisch reflektiert (Kapitel 5.3). Damit soll aufgezeigt werden, dass durch die erfolgreiche Rekrutierung zwar "der Fuss in die Türe geschoben" werden konnte, aber dennoch bleiben Herausforderungen zu meistern, um mit den Teilnehmenden ein vertieftes Gespräch über HIV/Aids führen zu können. Im anschliessenden Abschnitt wird der Kondensationsprozess der in Transkriptform vorliegenden Rohdaten aufgezeigt (Kapitel 5.4). Abgerundet wird das umfang-

reiche Methodenkapitel durch eine kritische Reflexion der Grenzen des methodischen Vorgehens (Kapitel 5.5).

In der *Datenpräsentation* wird zunächst in tabellarischer Form die sozio-demographische Situation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorgestellt. Daran schliessen 40 Kurzportraits an, in denen die vielfältigen Denk- und Handlungsmuster der Teilnehmenden präsentiert werden (Kapitel 6.1.). Analog zu den zwei Diskussionssträngen in der Literaturbearbeitung folgen ein Artikel zur HIV-Primärprävention, die durch HIV-MediatorInnen geleistet wird (Kapitel 6.2). Dazu wird untersucht, welche Zugangsstrategien HIV-MediatorInnen verfolgen, um ihre Zielgruppen für die HIV-Primärprävention zu erreichen. Zum andern wird bei den HIV-infizierten MigrantInnen danach gefragt, welche Elemente die VersorgungsakteurInnen in der Anamnese phase aus der Perspektive der MigrantInnen berücksichtigen sollten, um den Behandlungs- und Pflegeplan möglichst gut auf die Sorgen und auch Ressourcen der PatientInnen abstützen zu können (Kapitel 6.3). In einer weiteren Datenpräsentation wird die Spannweite zwischen Ignoranz und Solidarität bezüglich der HIV/Aids-Thematik innerhalb der afrikanischen Gemeinschaft in der Schweiz aufgezeigt (Kapitel 6.4). In der letzten Ergebnispräsentation steht eine paradoxe Situation einer einzelnen Teilnehmerin im Vordergrund, die sich im Verlaufe der dreijährigen Projektdauer gezeigt hat (Kapitel 6.5). Anhand dieser Fallgeschichte wird insbesondere das Primat der Primär- und Sekundärprävention vor dem obligatorischen HIV-Test hervorgehoben.

In der *Diskussion* werden der Stand der Forschung (Kapitel 7.1), die Forschungsmethodik (Kapitel 7.2) sowie die Studienergebnisse eingehend diskutiert (Kapitel 7.3). In einem Arbeitsmodell werden schliesslich die erforderliche Integration von HIV-Prävention und Aids-Versorgung bei einer epidemiologisch stark betroffenen Bevölkerungsgruppe präsentiert und damit die Gesamtergebnisse zusammengeführt (Kapitel 7.4).

Im Kapitel 8 schliesslich werden die *Bedeutung der Studie für die Schweiz* hervorgehoben und der Bogen geschlagen zur Einleitung und der für die Schweiz deklarierten gesellschaftlichen Lernstrategie im Umgang mit HIV/Aids (Kapitel 8.1). Schliesslich dient das mit vier Kategorien ergänzte BAG Kreismodell der Kernarbeitsfelder als Grundlage für 30 Empfehlungen für die Praxis, Forschung und Strategieentwicklung (Kapitel 8.2).

3 ZIELE

Vor dem Hintergrund dieser Einleitung liegen dem Forschungsprojekt folgende Ziele zugrunde:

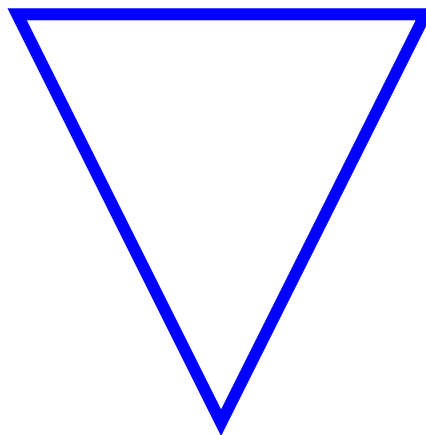
3.1 Übergeordnetes Ziel und konzeptioneller Rahmen

Aus der Perspektive von Sub-Sahara MigrantInnen sollen Kenntnisse generiert und Strategien entwickelt werden, welche die nationale und internationale HIV/Aids-Diskussion durch neue wissenschaftliche Ergebnisse ergänzen und vertiefen. Zudem sollen Präventions- und Versorgungsfachleute konzeptuelle und empirische Hinweise erhalten, wie sie die HIV-Primärprävention und die HIV/Aids-Versorgung für afrikanische MigrantInnen wirkungsvoll gestalten können. Diese beiden übergeordneten Ziele sind in den konzeptionellen Rahmen eingebettet, der hier als Spannungsfeld mit drei Eckpunkten skizziert ist:

Public Health -
Prävention und
Gesundheitsförderung

Wissenslücke 1

Beschränktes forschungsgestütztes Wissen über Primärprävention und MediatorInnen-Arbeit mit der Zielgruppe der Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften



Gesundheitsversorgung
für die
Migrationsbevölkerung

Wissenslücke 2

Beschränktes Wissen zur Versorgungsrealität von HIV-infizierten Sub-Sahara PatientInnen sowie darin integrierten und transkulturell ausgerichteten Versorgungs- und Behandlungskonzepten

Sub-Sahara MigrantInnen als
Zielgruppe für Prävention und
Versorgung

Wissenslücke 3

Überdurchschnittliche HIV-Prävalenz bei Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweizer HIV-Statistik seit rund 10 Jahren, jedoch kaum Wissen über die Wahrnehmung der HIV/Aids-Problematik aus der Sicht der Zielgruppe

Abbildung 5: Konzeptioneller Rahmen des Dissertationsprojektes

Zur Erläuterung werden die zentralen Begriffe der drei Eckpunkte kurz definiert.

Public Health – Prävention und Gesundheitsförderung

"Public Health ist die Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Massnahmen und Strategien zur Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von Risiken und Stärkung der Ressourcen. Public Health analysiert und beeinflusst hinter den individuellen Krankheitsfällen epidemiologisch fassbare Risikostrukturen, Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Dazu gehört die Steuerung der Krankenversorgung. Wissenschaftlich ist Public Health eine Multidisziplin, politisch sollen die aus Public Health gewonnen Entscheidungskriterien und Handlungspostulate querschnittartig in allen gesundheitsrelevanten Politikfeldern Berücksichtigung finden". (Schaeffer, Moers et al. 1994b, S. 10).

Patientenversorgung für die Migrationsbevölkerung

"Transkulturelle Kompetenz stellt nicht 'Kulturen' ins Zentrum, sondern die Interaktion zwischen Pflegenden und MigrantInnen. Interaktion beinhaltet das Aufeinandertreffen von unterschiedlichen Lebenswelten und Lebenserfahrungen. (...) Dabei ist das Ziel nicht die ausschliessliche Aneignung von Hintergrundwissen, sondern auch das Sammeln von Erfahrungen im Umgang mit MigrantInnen. (...) Dabei stützt sich diese Kompetenz auf die drei Pfeiler Selbstreflexivität, Hintergrundwissen, bzw. Erfahrungen und Empathie im Umgang mit MigrantInnen." (Domenig 2001b, S. 148)

Sub-Sahara MigrantInnen

"Migrantinnen und Migranten bezeichnet jene Personen, die entweder aus einem anderen Land in die Schweiz kommen (externe Migration), oder einen direkten familiären Migrationshintergrund besitzen (Nachkommen von Migrantinnen und Migranten)" (Bundesamt für Gesundheit 2006).

Die Sub-Sahara Region umfasst Länder südlich der Sahara, d. h. alle afrikanischen Länder ausser Marokko, Tunesien, Algerien, Libyen und Aegypten. Für Somalia und den Sudan ist die Zuordnung widersprüchlich. In der WHO gehören diese beiden Land nicht zur Region Afrika, sondern zur "Eastern Mediterranean Region"³⁷. Das Bundesamt für Migration zählt jedoch beide Staaten zur Sub-Sahara Region (Bundesamt für Migration 2005).

³⁷ www.who.int/about/en/ (Zugriff am 12. Januar 2006)

3.2 Spezifische Ziele

- 1 Die zurzeit in rascher Folge publizierte Literatur zur HIV-Primärprävention und HIV/Aids-Versorgung von Sub-Sahara MigrantInnen soll umfassend recherchiert, aufbereitet und analysiert werden. Von den Ergebnissen sollen sowohl Präventions- als auch Versorgungsfachleute profitieren können.
- 2 Das methodische Ziel besteht darin, die Herausforderungen in der Forschung mit afrikanischen MigrantInnen aufzuzeigen und Erfolge wie auch Misserfolge kritisch zu reflektieren. Dabei sollen die bestehenden Kenntnisse zur Erforschung von marginalisierten Gruppen zu einer stigmatisierenden Krankheit verfeinert und ergänzt werden. Insbesondere geht es dabei um die Reflexion der beiden Phasen Rekrutierung und Datenerhebung in der qualitativen Gesundheitsforschung.
- 3 Um die Meinung zu HIV/Aids bei Sub-Sahara Gemeinschaften in der Schweiz abzubilden, wird die hiesige HIV/Aids-Prävention und HIV/Aids-Versorgung aus dem Blickwinkel von drei verschiedenen afrikanischen Personengruppen beleuchtet:
 - a) aus der Sicht von afrikanischen HIV/Aids-MediatorInnen,
 - b) aus der Perspektive von MigrantInnen, die sich noch nicht eingehender mit HIV/Aids beschäftigt haben, und
 - c) aus der Sicht von HIV-infizierten Sub-Sahara MigrantInnen.

Aus dieser breiten Optik soll die Heterogenität der Meinungen und Lebensweisen einer Bevölkerungsgruppe erschlossen werden, die epidemiologisch überaus stark von der HIV-Epidemie betroffen ist. Ziel ist es, aufgrund dieser heterogenen Perspektiven Schlüsse zu ziehen für die Gestaltung einer wirksamen und Bevölkerungs-orientierten HIV-Primärprävention und HIV/Aids-Versorgung.

- 4 Inhaltlich wird untersucht, wie afrikanische HIV-MediatorInnen ihre Zielgruppen für die HIV-Prävention aufsuchen. Die Ergebnisse sollen vertiefte Hinweise geben, mit welchen Konzepten und Vorgehensweisen das Bundesamt für Gesundheit die im Nationalen HIV/Aids Programm 2004 - 2008 postulierte Zielgruppen-orientierte Prävention weiter spezifizieren kann.
- 5 Schliesslich sollen die empirischen Ergebnisse sowie die Literaturanalyse die Informationsbasis der klinischen AkteurInnen ergänzen und damit einen Beitrag leisten, damit sie die Herausforderungen in ihrer täglichen Arbeit mit der zunehmenden Zahl von HIV-infizierten Sub-Sahara PatientInnen meistern können.

4 STAND DER FORSCHUNG ZU PRÄVENTION UND VERSORGUNG BEI SUB-SAHARA MIGRANTINNEN IN DER SCHWEIZ

Die Situation der Sub-Sahara MigrantInnen im Kontext von HIV/Aids ist in der Schweiz durch zwei Diskussionsstränge charakterisiert: Einerseits sind verbesserte Anstrengungen zur HIV-Primärprävention dringend angezeigt, um neue HIV-Infektionen zu vermeiden. Andererseits leben bereits HIV-infizierte MigrantInnen in der Schweiz und stehen im Kontakt mit dem hiesigen Versorgungssystem. Der Stand der Forschung und Praxis zu diesen beiden unterschiedlichen Diskussionssträngen wird nun in zwei Papers dargelegt. Ersteres fokussiert auf die Ausgestaltung der HIV-Primärprävention und wurde im Rahmen des AFRIMEDIA Projektes zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit erstellt³⁸. Letzteres ist eine Literaturanalyse zu den Krankheitsverläufen und -ausprägungen aus klinischer Sicht und soll Fachpersonen den aktuellen Stand der Literatur zu HIV-infizierten Sub-Sahara MigrantInnen näher bringen.

4.1 HIV-Primärprävention und Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften – Literaturanalyse und Empfehlungen für die Schweiz (Paper 1)

4.2 HIV/AIDS disease characteristics and illness experiences: A literature review on clinical and community-based research studies with HIV-infected sub-Sahara migrants living in Western Europe (Paper 2)

³⁸ Kurzfassung der Literaturanalyse siehe Anhang M

4.1 HIV-Primärprävention und Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften - Literaturanalyse und Empfehlungen für die Schweiz (Paper 1)

Iren Bischofberger

WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe

Claudia Kessler

Schweizerisches Tropeninstitut, Schweizerisches Zentrum für Internationale Gesundheit®

Literaturanalyse erstellt zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit, Bern

Zusammenfassung

Ausgangslage

Die Relevanz der Migrationsströme für die HIV-Prävention, insbesondere vom afrikanischen Kontinent nach Europa, wurde in der Schweiz bereits Ende der 1980er Jahren erkannt. Allerdings blieb es danach während fast zehn Jahren ruhig zur HIV-Situation der Sub-Sahara MigrantInnen. Diese zögerliche Publikationspraxis von brisanten epidemiologischen Zahlen bedeutet, dass die vielschichtigen Hintergründe der veränderten HIV-Dynamik nicht in eine offene und öffentliche Diskussion einfließen konnten. Erst im Jahr 2000 erschien eine vom Bundesamt für Gesundheit angesichts der steigenden epidemiologischen Brisanz mandatierte Rapid Assessment Studie und ein Interventionsplan. Basierend auf den Empfehlungen dieser Studie wurde das AFRIMEDIA Pilotprojekt entlang des Peer Edukationsansatzes konzipiert, von Oktober 2002 bis April 2006 vom Schweizerischen Tropeninstitut und dem Schweizerischen Roten Kreuz in Kooperation durchgeführt und vom Bundesamt für Gesundheit finanziert.

Ziel und Fragestellung

Ziel dieser Literaturanalyse ist es, das national und international zur Verfügung stehende Wissen aus Forschung und Praxis zur HIV-Primärprävention bei Sub-Sahara MigrantInnen zu bündeln und im Hinblick auf die weitere Entwicklung des AFRIMEDIA- und anderen HIV-Präventionsprojekten für die afrikanische Bevölkerung in der Schweiz aufzubereiten. Vier Fragen stehen für die Literaturanalyse im Zentrum:

- 1) Wie hat sich der aktuelle Wissensstand aus inhaltlicher und methodischer Perspektive entwickelt?
- 2) Welche Zielgruppen werden innerhalb der Sub-Sahara Gemeinschaften für die Primärprävention berücksichtigt?
- 3) Welche Themen werden für die Konzeption der HIV-Primärprävention herangezogen und aufbereitet?
- 4) Welche Elemente sind in bezug auf das Management von Präventionsprojekten für diese Zielgruppen beschrieben?

Die Antworten zu diesen Fragen dienen dazu, Empfehlungen für die HIV-Primärprävention bei und mit Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz zu formulieren, die bisherigen Erfahrungen auf Literatur abzustützen sowie die Interventionen inhaltlich und methodisch weiter zu entwickeln.

Methodik

Eine umfassende Literaturrecherche europäischer Dokumente wurde im Zeitraum 1985 bis 2006 in den Sprachen deutsch, französisch und englisch durchgeführt. Berücksichtigt wurde sowohl publizierte als auch graue Literatur. Analysiert wurden zunächst die Wissensentwicklung sowie Tendenzen der Forschungsmethodik. Basierend auf den Forschungsfragen wurde danach ein inhaltliches Kategorienraster erstellt und während der vertieften Lektüre laufend verfeinert und erweitert. Die graue Literatur diente dabei der Verdichtung der erstellten Kategorien sowie der Erschliessung von bislang wenig beachteten Themen.

Ergebnisse

Der aktuelle Kenntnisstand ist vor allem von Dokumenten aus Grossbritannien geprägt, wo die überdurchschnittliche HIV-Prävalenz bei Sub-Sahara MigrantInnen zu spezifischen Publikationen sowie zur Gründung verschiedener Organisationen im Bereich HIV-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen geführt hat. Als spezifische Zielgruppen lassen sich Asylsuchende und Flüchtlinge, Menschen verschiedener Nationen, Frauen, Männer, Jugendliche und Familien unterscheiden. Zu diesen Gruppen liegen zunehmend detaillierte Kenntnisse vor, mit Ausnahme von Jugendlichen und Familien, zu denen der Informationstand bislang gering ist. Ebenso gibt es kaum Publikationen zu afrikanischen sans-papiers. Und zu afrikanischen Personen in Gefängnissen fehlen Veröffentlichungen gänzlich. Die für die Primärprävention relevanten Themen sind zum einen die Vermeidung von Stigmatisierung durch partizipative Ausrichtung der Präventions- und Forschungsprojekte. Zum andern werden die Risikowahrnehmung und deren unterschiedlichen Interpretationen eruiert. Darauf aufbauend zeigt sich der Bedarf an Wissen und Sensibilisierung zu Sexualpraktiken, Kondomgebrauch und HIV-Antikörpertest. Schliesslich werden Fragen der Inanspruchnahme von Beratungs- und Unterstützungsangeboten diskutiert. Methodisch sind mittlerweile vielfältige, kreative und vor allem auf Partizipation ausgerichtete Ideen entwickelt und erprobt worden, allerdings sind sie bislang noch wenig etabliert und kaum flächendeckend umgesetzt. Für das Projektmanagement ist entscheidend, dass während und vor allem nach der Projektlaufzeit auf Stabilität und Kontinuität geachtet wird. Dazu sind entsprechende zeitliche, personelle, administrative und finanzielle Ressourcen erforderlich. Aufgrund von sozio-ökonomischen und religiösen Einflussfaktoren sowie dem Geschlechterverhältnis sind Sub-Sahara MigrantInnen, insbesondere Frauen, einer erhöhten Verletzlichkeit ausgesetzt. Diese Faktoren sollten in die Kommunikationskanäle und Projektgestaltung integriert werden, um die Zielgruppen angemessen zu erreichen und mit den Präventionsbotschaften auf Interesse zu stossen. In Grossbritannien haben all diese Bemühungen und Erfahrungen in ein Good Practice Handbuch gemündet, in dem Massnahmen systematisch aufbereitet sowie Kriterien für die

Evaluation aufgeführt sind. Ebenso werden vom britischen Gesundheitsdepartement die HIV-Primärprävention und die HIV/Aids-Versorgung in einem Rahmenaktionsplan miteinander verbunden, um auf die hohe HIV-Prävalenz mit einem integrierten Vorgehen zu reagieren.

Empfehlungen

Die bisherigen erfolgreichen AFRIMEDIA-Projekterfahrungen in der Schweiz sollten weiter geführt und mit Ideen und Kenntnissen aus der internationalen Literatur ergänzt werden. Als Informationsquellen kommt dabei nicht nur der publizierten sondern auch der grauen Literatur grosse Bedeutung zu. Angesichts der vielfältigen Stigmatisierungstendenzen sowie Einflussfaktoren für die Risikowahrnehmung und das Sexualverhalten sollten sowohl die Verhältnis- als auch die Verhaltensprävention wichtige Orientierungspunkte für die Gestaltung von Präventionsprojekten sein. Für das Management solcher Projekte sind erreichbare Präventionsziele und darauf abgestimmte zeitliche, personelle, administrative und finanzielle Ressourcen erforderlich. Um die Wirkung der Präventionsmassnahmen überprüfen zu können, sind vermehrt Evaluations- oder Begleitforschungsergebnisse nötig. Zentral bei all diesen Aktivitäten sind Partizipationsmöglichkeiten für Sub-Sahara MigrantInnen in Praxis- und Forschungsprojekten. Dadurch wird zum einen die Identifikation der Sub-Sahara MigrantInnen mit den Projekten erhöht, und zudem kann dem drohenden Marginalisierungs- und Stigmatisierungspotenzial proaktiv begegnet werden. Schliesslich wird angesichts der hohen HIV-Prävalenz empfohlen, dass die Angebote der HIV-Primärprävention vermehrt mit der HIV/Aids-Versorgung verknüpft sind, um eine nahtlose Beratung und Begleitung afrikanischer Menschen gewährleisten zu können.

Ausblick

Angesichts der noch immer sehr hohen HIV-Prävalenz bei Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz besteht derzeit und auch mittelfristig ein hoher Handlungsbedarf in der HIV-Primärprävention für diese Zielgruppe. Daher ist es dringend erforderlich, dass die bisherigen national und international verfügbaren Forschungs- und Praxiskenntnisse zügig in weitere Präventionsinterventionen einfließen. Um die Präventionsaktivitäten in der Schweiz kohärent und flächendeckend anbieten zu können, ist parallel zu diesen Aktivitäten die Erarbeitung eines HIV-Präventionskonzeptes spezifisch für Sub-Sahara MigrantInnen erforderlich.

4.1.1 Einleitung

4.1.1.1 Ausgangslage

Die Relevanz der Migrationsströme für die HIV-Prävention vom afrikanischen Kontinent nach Europa wurde in der Schweiz bereits Ende der 1980er Jahren erkannt (Fleury 1989; Haour-Knipe, Fleury et al. 1999). Allerdings wies das Bundesamt für Gesundheit (BAG) erst rund zehn Jahre später ausdrücklich auf die steigende epidemiologische Relevanz bei Sub-Sahara MigrantInnen hin (Bundesamt für Gesundheit 1998)³⁹. Dieses lange Schweigen über die epidemiologische Lage in Westeuropa bezeichnet die britische Sozialwissenschaftlerin Marilyn Dodds als "liberal-protektionistische Haltung" (Dodds, Keogh et al. 2004, S. 38), und aus Forschungssicht spricht der französische Soziologe Didier Fassin von einem "sujet illegitime" (Fassin 2005, S. 5). Das heisst, dass die Behörden und die Forschung die epidemiologischen Daten sehr zurückhaltend publizieren und aufbereiten, weil sie durch die Publikation und Diskussion befürchten, dass bereits marginalisierte gesellschaftliche Gruppen als "gefährliche Andere" (Grundfest Schoepf 2004, S. 19) exponiert werden. Diese zögerliche Publikations- und Forschungspraxis gilt auch für die Schweiz. Die Verbindung der nationalen Herkunft mit epidemiologischen Zahlen wurde stets vermieden (Burgi & Fleury 1996). Dies ist aus epidemiologischer Sicht durchaus richtig und aus gesellschaftlicher Perspektive verständlich. Zum einen kann der Fokus auf die Ethnie oder das Herkunftsland zu einer "black box epidemiology" führen (Kesby, Fenton et al. 2003, S. 1575), das heisst, die ethnische Zugehörigkeit wird als *Grund* für eine bestimmte Krankheitshäufigkeit heran gezogen und nicht als *gemeinsamer Nenner*, der weiterführende Erklärungen eines epidemiologischen Phänomens erfordert. Zum andern ist die Publikationspraxis aus gesellschaftlicher Sicht verständlich, weil durch den Zusammenhang von Migration und HIV/Aids die Gefahr einer doppelten oder mehrfachen Stigmatisierung insbesondere der dunkelhäutigen Bevölkerung besteht, die nicht selten bereits in schwierigen sozio-ökonomischen Verhältnissen lebt (Del Amo, Bröring et al. 2004).

Diese Rechtfertigungen und Erklärungsversuche für die zögerliche Publikations- und Forschungspraxis von brisanten epidemiologischen Zahlen kann jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass durch das lange Schweigen ein "Sieg des Stigmas" (Dodds et al. 2004, S. 39) eintritt, d. h. dass die

³⁹ Die Sub-Sahara Region umfasst Länder südlich der Sahara, d. h. alle afrikanischen Länder ausser Marokko, Tunesien, Algerien, Libyen und Aegypten. Für Somalia und den Sudan ist die Zuordnung widersprüchlich. In der WHO gehörten diese beiden Land nicht zur Region Afrika, sondern zur "Eastern Mediterranean Region" (www.who.int/about/en/). Das Bundesamt für Migration zählt jedoch beide Staaten zur Sub-Sahara Region (Bundesamt für Migration 2005). Die Definition des Begriffs "Migration" bezieht sich zum einen auf die Nationalität und den Aufenthaltsstatus und meint damit die externe Wanderung, d. h. die Wanderung von und zwischen Nationen. Binnenmigration andererseits wird als Wanderbewegung innerhalb eines Nationalstaates verstanden (Wicker, Fibbi et al. 2002). Der gemeinsame Nenner von MigrantInnen besteht darin, wie sich "Fremde" von "Einheimischen" unterscheiden und wie diese Differenzen von beiden Seiten wahrgenommen werden (Haour-Knipe & Rector 1996).

stigmatisierende Wirkung der epidemiologischen Fakten stillschweigend akzeptiert wird, und dass dadurch die vielschichtigen Hintergründe der veränderten HIV-Dynamik nicht in eine offene und öffentliche Diskussion einfließen können. Dadurch wird die Möglichkeit verpasst, frühzeitig und mit der nötigen Dringlichkeit und Intensität auf die epidemiologische Brisanz hinzuweisen und angemessen zu reagieren.

4.1.1.2 Aktuelle epidemiologische Situation von HIV/Aids

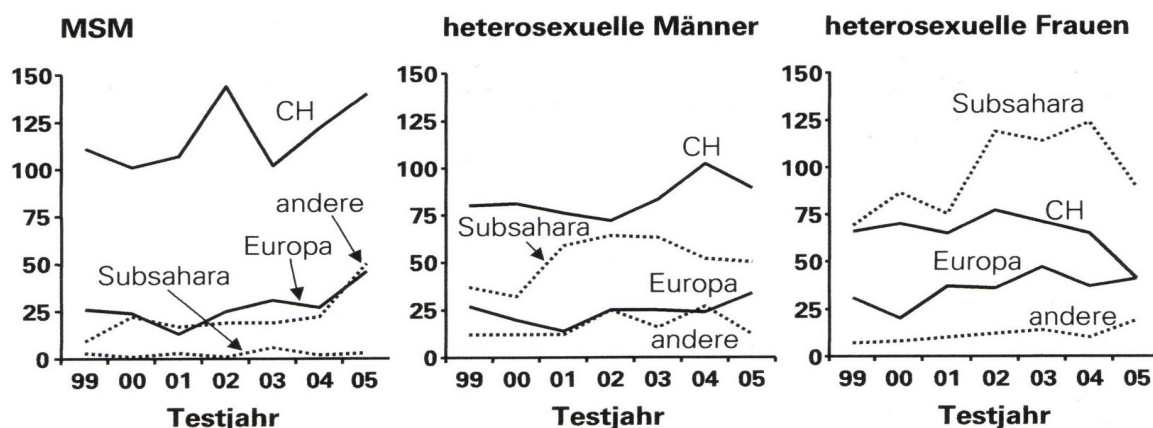


Abbildung 6: Positive HIV-Tests in der Schweiz – Schätzung der Anzahl neu diagnostizierter HIV-Infektionen (Bundesamt für Gesundheit 2005b, S. 881)

Nachdem seit den frühen 1990er Jahren die HIV-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung in Westeuropa stetig gesunken ist, stieg sie um die Jahrhundertwende erneut an (Hamers & Downs 2004). Bei genauerer Analyse der Daten in der Schweiz ist jedoch ersichtlich, dass die HIV-Prävalenz bei Sub-Sahara MigrantInnen bereits seit den späten 1980er Jahren stetig anstieg. Der Anteil bei den HIV-positiven Testresultaten im Jahr 1988 lag noch bei 4.5 % und erhöhte sich bis ins Jahr 2002 auf 23.1 % (Bundesamt für Gesundheit 2003b) und bis ins Jahr 2005 gar auf 37 %⁴⁰ (Bundesamt für Gesundheit 2005b) a). Auch wenn diese neuste Zahl im Vergleich zum Vorjahr erstmals einen Rückgang markiert, so bleibt die Situation trotzdem dramatisch – sowohl aus der Perspektive der Schweizer Behörden und ebenso aus der Sicht der afrikanischen Gemeinschaften – denn diese Bevölkerungsgruppe entspricht lediglich rund 0.7 % der Schweizer Wohnbevölkerung (Bundesamt für

⁴⁰ In absoluten Zahlen sind dies 131 Personen. Epidemiologisch sind insbesondere die ansteigenden absoluten Zahlen ein wichtiger Gradmesser dafür, dass die Präventionsbemühungen verstärkt werden müssen. Die prozentualen Angaben können sich aufgrund von Veränderungen in der Gesamtpopulation verschieben (Bundesamt für Gesundheit 2004).

Statistik 2004)⁴¹. Damit ist eine kleine Gruppe in der Schweiz überdurchschnittlich von der HIV-Infektion betroffen. Auch in Europa zeigt sich ein ähnliches Bild. 36 % der neu diagnostizierten HIV-Tests und 21 % der Aidsfälle sind bei Sub-Sahara MigrantInnen festgestellt worden (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS 2005). Jedoch gibt es starke Schwankungen zwischen den einzelnen EU-, bzw. EFTA Staaten. So stammen beispielsweise in Griechenland 7.6 % jedoch in Schweden 41.5 % der neu entdeckten HIV-Tests von Sub-Sahara MigrantInnen. Bei den Aidszahlen in dieser Bevölkerungsgruppe zeigen sich ähnlich grosse Unterschiede, z. B. wurden in Italien 4.5 % der gesamten Aidsfälle bei Sub-Sahara MigrantInnen festgestellt, in Grossbritannien jedoch 51.7 %⁴².

4.1.1.3 AFRIMEDIA Interventionsprojekt

Angesichts dieser gesellschaftlichen und epidemiologischen Dringlichkeit gab das Bundesamt für Gesundheit im Jahr 2000 eine Rapid Assessment Studie zur Erstellung eines Interventionsplanes für die HIV-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen in Auftrag. Darin werden 51 konkrete Empfehlungen für Massnahmen auf gesellschaftlicher, organisatorischer und individueller Ebene formuliert (Zuppinger, Kopp et al. 2000). Basierend auf diesen Studienergebnissen wurde das AFRIMEDIA Interventionspilotprojekt initiiert und von Oktober 2002 bis April 2006 vom Schweizerischen Roten Kreuz und dem Schweizerischen Tropeninstitut in Kooperation durchgeführt und vorwiegend vom BAG finanziert. Für dieses Projekt, das stark partizipativ orientiert ist, konnte ein afrikanischer Projektkoordinator gewonnen werden. Im Herbst 2003 nahmen 13 afrikanische Personen aus den Kantonen Genf, Waadt und Zürich an einer Initialschulung teil, die sie für ihre Aufgaben als HIV-Peer EdukatorInnen⁴³ in ihren drei Wohnkantonen vorbereitete⁴⁴. Während dieser Woche verliehen die MediatorInnen ihrem Projekt den Namen AFRIMEDIA Durch die partizipative Ausrichtung waren sie

⁴¹ Für genaue Zahlen sind in der Schweiz die Statistiken der ständigen Wohnbevölkerung, der nicht-ständigen Wohnbevölkerung sowie der Asylstatistik zu berücksichtigen. Charakteristisch für die Bevölkerung aus dem gesamten afrikanischen Kontinent ist, dass rund ein Drittel dem Asylbereich angehört (Bundesamt für Statistik 2005a, S. 26).

⁴² Allerdings muss angenommen werden, dass trotz zunehmender Differenzierung der HIV-Surveillance Systeme, deren Entwicklung und Datenerhebung insbesondere für Grossbritannien detailliert dargestellt ist (Sinka & Mortimer 2003) immer noch Dunkelziffern in der Faktenlage, bzw. Unschärfen in der Kategorisierung der Bevölkerungsgruppen bleiben (siehe dazu auch Kapitel 2.2.1).

⁴³ Bei Peer Edukation handelt es sich um eine Methode, die ursprünglich vor allem für Präventionsbelange mit Jugendlichen entwickelt wurde (siehe auch www.europeer.lu.se). Allerdings bedienen sich auch in der Schweizer Aidsprävention verschiedenste Projektverantwortliche dieses methodischen Ansatzes, hierzulande auch MediatorInnen-Arbeit genannt (Haour-Knipe, Meystre-Agustoni et al. 1999). Als soziokulturelle Insider vermitteln MediatorInnen Informationen so, dass sie die angesprochenen Personen, deren soziale Realität sie sehr gut kennen, für Verhaltensänderungen motivieren können. Sehr oft arbeiten MediatorInnen aufsuchend, basierend auf ihren Kenntnissen der Aufenthaltsorte und der wirksamsten Kommunikationskanäle ihrer Peers (Turner & Shepherd 1999).

⁴⁴ Die Aidshilfe beider Basel (AhbB) hatte bereits 1999 eine Umfrage bei 52 Afrikanerinnen und Afrikanern durchgeführt (Rahm 2000) mit dem Resultat, dass ein Mann und eine Frau mit afrikanischer Herkunft im Auftrag der AhbB als HIV-MediatorInnen teilzeitig tätig sind. Gemeinsam mit den Afrimedia-MediatorInnen nahmen diese beiden Personen im Herbst 2003 an der Initialschulung des AFRIMEDIA Projektes teil.

danach als erstes damit beschäftigt, Kontakte zu afrikanischen Vereinen, Läden, Kirchen und Treffpunkten in ihren drei Kantonen zu aufzubauen. Basierend darauf begannen sie mit der Entwicklung und Etablierung der aufsuchenden und auf afrikanische Kommunikationswege zugeschnittenen HIV-Primärprävention für spezifische Subgruppen, u. a. Asylsuchende, Frauen, Jugendliche und SexarbeiterInnen. Im Projektverlauf wurden auch verschiedene Kleinprojekte realisiert, um spezifische Präventionsinhalte und –methoden zu erproben. Unter anderem wurde ein Projektlogo entwickelt (siehe Abbildungen 4 und 7), das auch auf T-Shirts gedruckt wurde und so bei Standaktionen den Wiedererkennungseffekt unterstützte.



Abbildung 7: AFRIMEDIA-Stand an den Afropfingsten in Winterthur 2005 (Foto: AFRIMEDIA)

Zudem konnte der togolesische Fussballer Yao Aziawonou des Schweizer Super League Fussballclubs Young Boys für eine Autogramm-Aktion gewonnen werden. Dank seiner Bekanntheit wurden vor allem Jugendliche und Fussballinteressierte auf die HIV-Prävention aufmerksam. Ferner zeigte eine Pilotstudie, die gemeinsam mit der Zürcher Aidshilfe durchgeführt wurde, die Akzeptanz des Femidoms⁴⁵ auf, und dass durch die Verbreitung dieses Produktes noch Präventionspotenzial ausgeschöpft werden kann (Kessler Bodiang, Tshibangu et al. 2005). Schliesslich war die Teilnahme am Wettbewerb für Jugendliche – "Scénarios du Sahel"⁴⁶ – von Erfolg gekrönt, in dem ein von AFRIMEDIA initiiertes Dossier ausgewählt wurde und nun als Vorlage für eine Verfilmung dient.

Im Projektzeitraum wurden bereits verschiedene Publikationen realisiert. Zum einen sollten die Herausforderungen der HIV-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen für Aids- und Gesundheitsfach-

⁴⁵ Das Femidom ist ein weiches, sich sanft anpassendes Futteral aus Polyuretan, das die Innenwand der Vagina wie eine sehr dünne zweite Haut auskleidet. Es hat an jedem Ende einen weichen Ring. Der Ring am geschlossenen Ende dient zum Einführen des Femidoms und sorgt dafür, dass das Femidom auch beim Intimverkehr richtig sitzt. Der äussere Ring bleibt ausserhalb der Vagina und bedeckt die Labia (siehe auch www.femidome.de, Zugriff am 15. April 2005).

⁴⁶ Bei diesem Projektansatz werden Jugendliche, vorwiegend aus Afrika aber auch aus anderen Kontinenten eingeladen, eine Kurzgeschichte zur HIV-Prävention zu schreiben, die – sofern sie von der Wettbewerbsjury ausgewählt wird – als Vorlage für einen Präventionsfilm dient. Details sind im Kapitel 2.5.4 genauer erläutert.

leute aufgezeigt werden (Kessler Bodiang & Okullo 2002; Bischofberger & Obrist van Eeuwijk 2005). Zum andern wurden in der von AfrikanerInnen in der Schweiz gelesenen Zeitschrift Africa Link mehrfach Berichte über das AFRIMEDIA Projekt veröffentlicht. Diese Texte wurden von MediatorInnen (mit)verfasst und sollten die Aufmerksamkeit für und die Diskussion über HIV/Aids und das AFRIMEDIA Projekt innerhalb der afrikanischen Gemeinschaften fördern (Zuber, Ntumba et al. 2003; Oduwayie 2004).

4.1.1.4 Ziele und Fragestellung

Ziel dieser Literaturanalyse ist es nun, das national und international aus Forschung und Praxis zur Verfügung stehende Wissen zur HIV-Primärprävention bei Sub-Sahara MigrantInnen zu bündeln und im Hinblick auf die weitere Entwicklung von HIV-Präventionsprojekten für diese Zielgruppen in der Schweiz aufzubereiten. Aufgrund dieser kurz skizzierten Ausgangslage und Zielsetzung stehen folgende Fragen für die Literaturanalyse im Vordergrund:

- a) Wissensentwicklung: Wie hat sich der Wissensstand zur HIV-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen entwickelt? Und welche Methoden wurden zur Erforschung von HIV-relevanten Fragen bei afrikanischen Gemeinschaften gewählt?
- b) Zielgruppe: Wie lässt sich die Sub-Sahara Bevölkerung charakterisieren, und auf welche Gruppen innerhalb der afrikanischen Gemeinschaften wurden Präventionsprojekte zugeschnitten?
- c) Präventionskonzeptionen: Welche Konzepte werden zur HIV-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen thematisiert? Und welche Methoden werden für die Vermittlung der Präventionsbotschaften gewählt?
- d) Projektmanagement: Wie sind spezifische Präventionsprojekte für Sub-Sahara MigrantInnen strukturiert, und welche Evaluationsergebnisse sind bekannt?

Die Antworten zu diesen Fragen sollen schliesslich in Empfehlungen für die HIV-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz münden, um die bisherigen Erfahrungen auf zukünftige Herausforderungen auszurichten.

4.1.1.5 Methodisches Vorgehen

Für die Literatur- und Dokumentenrecherche wurden folgende Such- und Auswahlkriterien festgelegt:

- 1) Die Zeitperiode umfasste die Jahre 1985 bis 2005.
- 2) Die ausgewählten Sprachen waren Englisch, Französisch und Deutsch.
- 3) Die geographische Herkunft der Publikationen wurde auf den europäischen Raum begrenzt. Zur Orientierung und Kontrastierung wurden jedoch auch Publikationen aus anderen Ländern, insbesondere den USA, berücksichtigt⁴⁷.
- 4) Sowohl peer-reviewed als auch graue⁴⁸ Literatur wurde berücksichtigt, weil aufgrund eines Surveys bekannt ist, dass nur 20 Prozent der Forschungsergebnisse zu HIV/Aids bei Sub-Sahara MigrantInnen in peer-reviewed Zeitschriften veröffentlicht werden (Fakoya 2004). Deshalb würden im jetzigen Diskussionsstand zahlreiche Informationsquellen unberücksichtigt bleiben.
- 5) Schliesslich wurden exemplarisch auch Publikationen recherchiert, die nicht nur zur Situation von Sub-Sahara MigrantInnen, sondern generell zur HIV-Prävention bei ethnischen Minderheiten Auskunft geben.

Zur Identifikation von Literaturquellen und Dokumenten dienten sechs Strategien:

- 1) Die hauptsächlichen Datenbanken waren Medline und die Cochrane HIV/AIDS Group (www.igh.org/Cochrane), gesucht wurde hier mit folgenden Begriffen: migrants, Sub-Sahara/subsahariens, African/Africain, HIV/VIH, AIDS/sida, primary prevention.
- 2) Zeitschriften mit besonderer inhaltlicher Relevanz wurden von Hand recherchiert.
- 3) Wichtige Webseiten wie das 'African HIV Research Forum' in Grossbritannien (www.ahrf.org.uk) und die EU-Internetplattform 'Aids & Mobility' (www.aidsmobility.org) wurden monatlich durchsucht.

⁴⁷ Die geographische Abgrenzung zu Afro-AmerikanerInnen mag zunächst erstaunen, weil die HIV-Prävalenz bei dieser Bevölkerungsgruppe in den USA ebenfalls überdurchschnittlich hoch ist (Centers for Disease Control and Prevention 2005). Und auch in den USA wurde lange Zeit zur epidemiologischen Entwicklung von Afro-AmerikanerInnen geschwiegen. Dies zeigt sich daran, dass bereits 1981 die erste Aidsinfektion bei einem Afro-Amerikaner diagnostiziert (Centers for Disease Control 1982), aber erst rund zehn Jahre später ein umfassender Bericht zur epidemiologischen HIV-Situation bei dieser Bevölkerungsgruppe publiziert wurde (Humphrey & Porcher 1992) gründeten schliesslich engagierte Afro-AmerikanerInnen das Black AIDS Institute mit dem Ziel, einen wesentlichen Beitrag gegen die überdurchschnittliche Ausbreitung von Aids bei Afro-AmerikanerInnen zu leisten (Wright 2005). Trotz verschiedener Parallelen unterscheidet sich die US-amerikanische Situation aber dennoch von der europäischen: Afro-AmerikanerInnen sind bereits seit Jahrhunderten in den USA ansässig und haben deshalb rechtlich – zumindest seit Einführung des Bürgerrechtsgesetzes im Jahr 1964 – einen gesicherten Status. Zudem ist das Verhältnis zum Gesundheitswesen, bzw. zum Staat besonders wegen den diskriminierenden Erfahrungen im Rahmen des Tuskegee Syphilis Forschungsprojektes getrübt, bei dem während 40 Jahren (1932-1972) nahezu 400 an tertiärer Syphilis erkrankte Männer trotz Behandlungsmöglichkeiten nicht nach den neusten Erkenntnissen der Wissenschaft therapiert wurden (Thomas & Quinn 1991).

⁴⁸ Der Begriff "graue Literatur" ist nur vage definiert. Er impliziert, dass die Publikationen, die weder in Zeitschriften noch in Büchern veröffentlicht wurden, traditionellerweise kaum öffentlich zugänglich sind. Zunehmend werden jedoch auch Berichte mit ISBN Nummern versehen und damit für breite Kreise verfügbar. Diese Entwicklung hat sich im heutigen Informationszeitalter mit dem breiten Zugriff durch das Internet verstärkt. Heute wird auch der Begriff "report literature" vorgeschlagen (Greyson & Gomersall 2003). In der Tat sind zahlreiche der für diese Literaturübersicht ausgewählten Publikationen als "Berichte" einzustufen.

- 4) Bibliographien von qualitativ hochstehenden Artikeln wurden genutzt, um die Suche nach weiteren Publikationen zu spezifizieren.
- 5) Konferenzberichte sowie Fact sheets wurden gesichtet, um neue Themen und ReferentInnen zu identifizieren.
- 6) Schliesslich wurden Kontakte und Diskussionen mit Präventionsverantwortlichen und WissenschaftlerInnen genutzt, um weiter führende Studien und Berichte ausfindig zu machen. Dazu konnte auch auf eine Dokumentensammlung des AFRIMEDIA Projektes zurückgegriffen werden.

In einem ersten Analyseschritt wurde die wissenschaftliche Literatur anhand der Zusammenfassungen gesichtet. Dabei stand die Erhebung von inhaltlichen und methodischen Entwicklungstendenzen im Zentrum. In einem zweiten Schritt wurden die recherchierten Dokumente einer thematischen Inhaltsanalyse unterzogen (Miles & Huberman 1994). Basierend auf den Forschungsfragen wurde ein inhaltliches Kategorienraster erstellt und während der vertieften Lektüre laufend verfeinert und erweitert. Die graue Literatur diente dabei der Verdichtung der erstellten Kategorien sowie der Erschliessung von bislang wenig beachteten Themen.

4.1.2 Ergebnisse zum Stand der Forschung und Praxis

4.1.2.1 Entwicklung des Wissensstandes

Die Entwicklung des Wissensstandes wird anhand der beiden Kategorien "Publikationsformen und inhaltliche Tendenzen" und "Untersuchungsmethoden" aufgezeigt.

4.1.2.1.1 Publikationsformen und inhaltliche Tendenzen

Bereits anfangs der 1990er Jahre wurden erste Publikationen zu HIV/Aids bei Sub-Sahara MigrantInnen veröffentlicht. Inhaltlich handelt es sich dabei vor allem um Projektberichte und Bedarfsanalysen, die sowohl wegen der überdurchschnittlich hohen HIV-Prävalenz als auch der besorgniserregenden klinischen Situation erstellt wurden (Bhatt 1991; African Health Team 1992). Basierend darauf wurden der Wissensstand zu HIV/Aids sowie der detaillierte Präventionsbedarf bei der Sub-Sahara Migrationsbevölkerung erhoben und in Form von Berichten und Empfehlungen zuhanden von Gesundheitsämtern formuliert (Barrett, Bhatt et al. 1995; Fakhouri, Tubb et al. 1997; Bhatt, Phellas et al. 2000). Gleichzeitig fand die Aufbereitung von präventionsrelevanten Themen statt wie beispielsweise die Risikowahrnehmung und das Sexualverhalten (Gras, Weide et al. 1999; Chinouya, Davidson et al. 2000). Später wurden die Strukturen im Gesundheitssystem und deren Nutzung untersucht, z. B. die Inanspruchnahme von Präventionsberatungsstellen und HIV-Testmöglichkeiten (McMunn, Mwanje et al. 1998; Erwin, Morgan et al. 2002; Stolte, Gras et al. 2003; Burns, Fenton et

al. 2005). In jüngerer Zeit schliesslich wurde der Fokus auch auf die Evaluation gelegt, etwa in einer Qualitätsanalyse von Präventionsmaterialien (Oxford Development Partnership 2004a). Diese stetige Wissensentwicklung, die sich seit dem Jahr 2000 deutlich verdichtet hat, mündete in Grossbritannien in einen "Good Practice Guide", der Präventionsfachleuten Anleitung bietet zu diversen HIV-Präventionsmassnahmen bei und mit Sub-Sahara MigrantInnen (Pulle, Lubega et al. 2004).

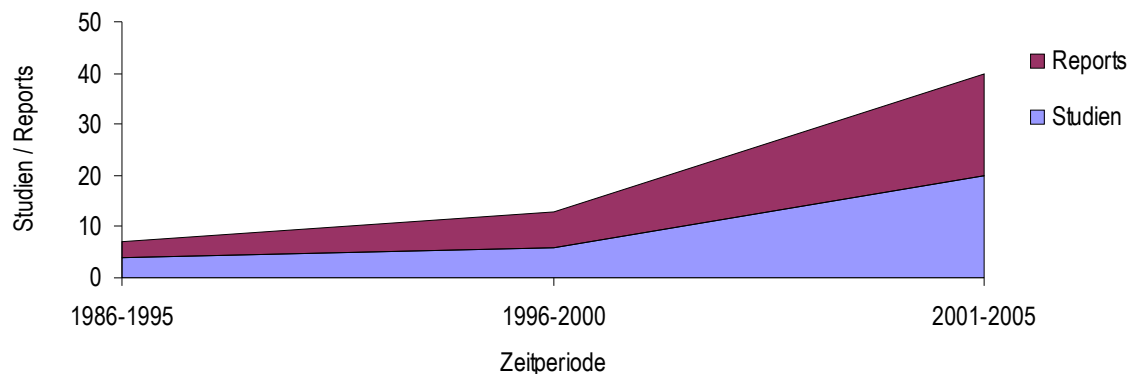


Abbildung 8: Chronologische Entwicklung von Studien und Reports zur HIV-Primärprävention

Ebenfalls in jüngster Zeit erschienen Publikationen, die sowohl das epidemiologische Monitoring wie auch den Forschungsbedarf zu HIV/Aids speziell bei Sub-Sahara MigrantInnen ins Zentrum rücken (Del Amo, Bröring et al. 2003; Kesby, Fenton et al. 2003; Del Amo, Bröring et al. 2004). Dabei wird deutlich, dass das individuelle Risikoverhalten entscheidend vom sozialen Kontext beeinflusst wird, und dass deshalb der Ergündung des sozialen Handelns für die HIV-Prävention grosses Gewicht beigemessen werden sollte.

Schliesslich zeigt sich, dass Grossbritannien die Vorreiterrolle in der Wissensentwicklung einnimmt. Dies ist insbesondere daran erkennbar, dass das britische Gesundheitsministerium im Jahr 2005 ein Dokument veröffentlichte, in dem sowohl die HIV-Primärprävention als auch die HIV/Aids-Versorgung spezifisch für Sub-Sahara MigrantInnen konzeptionell aufbereitet wurden (Department of Health 2005b).

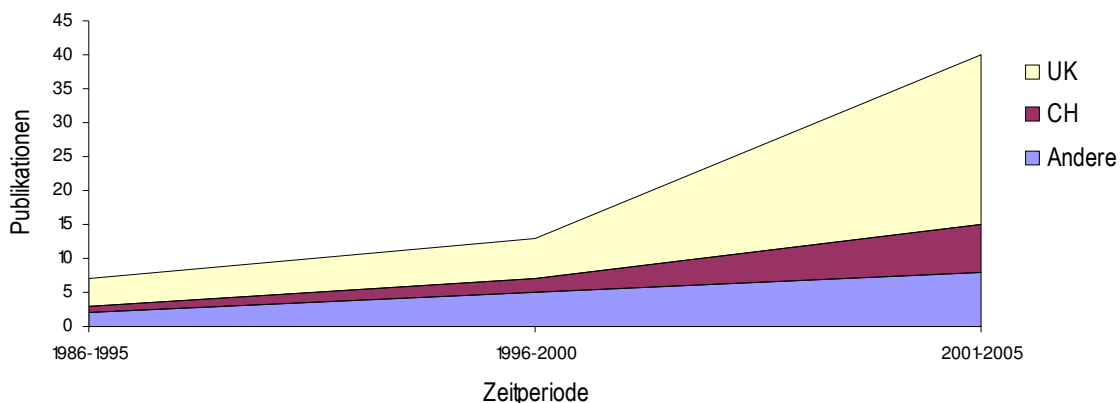


Abbildung 9: Chronologische und nationale Entwicklung der Publikationen zur HIV-Primärprävention

4.1.2.1.2 Tendenzen in der Forschungsmethodik

Seit Beginn der recherchierten Zeitperiode wurden verschiedene Forschungsdesigns aus dem empirischen und auch aus dem interpretativen Methodenparadigma gewählt. Zunächst standen vorwiegend Querschnittstudien zur Erhebung des Präventionsbedarfes bei der afrikanischen Allgemeinbevölkerung und bei spezifischen Zielgruppen im Zentrum (Chinouya, Ssanyu-Sseruma et al. 2003). Die Erkenntnisse bildeten die Datenbasis für weiterführende Untersuchungen zum Sexualverhalten und damit verbundenen HIV-Infektionsrisiken (McMunn, Mwanje et al. 1998; Gras, Weide et al. 1999). Zunehmend interessierte sodann, in welchem Kontext die Risiko-situationen entstehen, und zur Beantwortung dieser Fragen wurden vermehrt qualitative Methoden gewählt (Edubio & Sabanadesan 2001; Georgiadis 2005). So wurde beispielsweise eruiert, dass die Angst vor Diskriminierung wegen einer möglichen HIV-Infektion sehr gross ist und damit den Gang zu einem HIV-Test verzögert (El-Karimy, Gras et al. 2001). In jüngerer Zeit schliesslich finden sich vor allem in England zunehmend Untersuchungen, die einen partizipativen Charakter haben, beispielsweise werden Forschungsfragen und –designs in Teams mit weissen und schwarzen ForscherInnen entwickelt, und ebenso wurden afrikanische Personen als InterviewerInnen geschult, um die Rekrutierung in afrikanischen Gemeinschaften vorzunehmen und die Datenerhebung in Einzel- oder Gruppeninterviews durchzuführen (Ndofor-Tah, Ford et al. 2000; Edubio & Sabanadesan 2001; Sadler, Fenton et al. 2005). Zudem wird angesichts der hohen HIV-Prävalenz in afrikanischen Gemeinschaften die persönliche Betroffenheit von Mitgliedern des Forschungsteams herausgestrichen, indem in einem britischen Aktionsforschungs-projekt alle beteiligten InterviewerInnen und ForscherInnen als "affected" bezeichnet werden (Chinouya, Musoro et al. 2003, S. 17), denn alle kennen eine ihnen nahe ste-

hende HIV-infizierte Person, oder sie sind selber HIV-infiziert⁴⁹. Dieses partizipative Vorgehen und das persönliche Engagement sollten dazu beitragen, dass die manchmal als "hard-to-reach" bezeichneten Sub-Sahara MigrantInnen besser für die Studienteilnahme ermutigt werden können⁵⁰. Partizipative Forschungsmethoden werden besonders empfohlen, weil MigrantInnen an konkreten Ergebnissen von Forschungsprojekten beteiligt sein möchten unter der Prämisse von "more action – less study" (Kalipeni, Craddock et al. 2004, p. 215).

In den gesichteten Studien finden sich kaum Experimental- oder Quasiexperimentalstudien zur HIV-Prävention⁵¹. Auch gibt es keine Untersuchungen, die den Wissensstand zu HIV/Aids bei der einheimischen Bevölkerung mit demjenigen von ethnischen Minderheiten, insbesondere Sub-Sahara MigrantInnen vergleichen. Ebenso mangelt es weitgehend an Forschungsberichten, in denen Kriterien für die Evidenz von systematischen Reviews⁵² und quantitativen Studien⁵³ sowie Gütekriterien für qualitative Forschungsarbeiten⁵⁴ aufgelistet sind⁵⁵. Schliesslich finden sich trotz reger Projektaktivitäten bislang nur wenige Evaluationsberichte (Fenton 2004)⁵⁶.

⁴⁹ Aktionsforschung geht auf den deutschen Psychologen Kurt Lewin (1890 - 1947) zurück, der 1933 in die USA emigrierte und dort in den 1940er Jahren erkannte, dass ForscherInnen die Probleme in der sozialen Welt wahrnehmen und etwas dagegen unternehmen wollen. Allerdings war dies in der klassischen empirischen Sozialforschung nicht vorgesehen. Der Aktionsforschungsansatz ist einerseits dadurch gekennzeichnet, dass es zwischen dem Forschungsteam und den Teilnehmenden kaum eine Distanz oder ein hierarchisches Gefälle gibt. Andererseits ist das Forschungsteam Teil des Prozesses, der durch das Projekt angeregt und mittels verschiedener Interventionen vorangetrieben wird (Hart & Bond 1995).

⁵⁰ Anzumerken ist zu diesem Begriff, dass in einer Studie nicht die Sub-Sahara MigrantInnen, sondern die Ärzteschaft als "hard-to-reach" bezeichnet wird, weil nur knapp ein Viertel der angefragten Hausärzte an einem qualitativen Interview teilnahm (Chime 2003).

⁵¹ Dies steht insbesondere im Kontrast zur US-amerikanischen Forschung, wo in einer systematischen Literaturübersicht 137 Interventionsstudien zum Präventions- und Sexualverhalten von Afro-AmerikanerInnen analysiert wurden (Darbes, Kennedy et al. 2002).

⁵² Kriterien für systematische Reviews sind: Entscheid für die Reviewfrage, Suche nach geeigneten Studien, Entscheid für Auswahl- und Ausschlusskriterien für Studienteilnehmende, Erhebung der Güte der Studie sowie Synthese der Studien-ergebnisse (Petticrew 2001). In einer umfassenden Review von Reviews zu sexuell übertragbaren Infektionen werden folgende Abstufungen für die Evidenz genannt: genügend, vorläufig, ungenügend, keine (Ellis & Grey 2004).

⁵³ Die fünf Evidenzniveaus für klinische Studien sind: Niveau I = stärkste Evidenz durch systematische Review von randomisierten klinischen Studien (RCT), Niveau II = ausreichend grosser methodisch hochwertiger RCT, Niveau III = methodisch hochwertige nicht randomisierte, bzw. nicht prospektive RCT, Niveau IV = methodisch hochwertige nicht-experimentelle Studie, Niveau V = beschreibende Studien sowie Expertenkommissionen (Cooke & Sackett 1996).

⁵⁴ Für qualitative Forschung gelten folgende Kriterien (Lincoln & Guba 1985). Glaubwürdigkeit (credibility), Übertragbarkeit (transferability), Abhängigkeit (dependability) und Bestätigung (confirmability). Als Überbegriff wird Vertrauenswürdigkeit genannt.

⁵⁵ In einer Evaluation zu HIV/Aids-Präventionsmaterialien für Sub-Sahara MigrantInnen werden die folgenden drei Kriterien für "health information quality" angegeben (Oxford Development Partnership 2004a, p. 12): a) konsistent, aktuell, und glaubwürdig, b) klar in Präsentation und Inhalt, und c) relevant, zugänglich und idealerweise entwickelt unter Beteiligung von Sub-Sahara MigrantInnen. In zwei weiteren Literaturübersichten sind keine Gütekriterien aufgeführt (Chinouya & Reynolds 2001; Lucas 2002).

⁵⁶ Dieser Mangel an Begleitforschung und Evaluation wird auch bei nicht Aids-spezifischen Projekten zu Migration und Gesundheit festgestellt (Haour-Knipe, Fleury et al. 1999).

Zusammenfassend kann zur Entwicklung des Wissensstandes festgehalten werden, dass mittlerweile zunehmend dichtere Daten erhoben und ausgewertet werden. Allerdings sollten zukünftig – so die Empfehlung einer britischen Forschungsgruppe (Kesby, Fenton et al. 2003) – nicht einfach weitere deskriptive Studien zum Wissensstand und Sexualverhalten von Sub-Sahara MigrantInnen durchgeführt werden. Vielmehr sind die sozialen Umstände und Gründe, die zum vorherrschenden Sexualverständnis und -verhalten führen, ins Zentrum zu rücken. Dabei sollen Erkenntnisse nicht nur auf einzelne Menschen bezogen sein, sondern auf das Beziehungsnetz, denn Sexualität wird als relational verstanden, d. h. als verhandelbar zwischen zwei und mehr Personen, die ihrerseits von Normen und Machtbeziehungen in ihrem sozialen Gefüge geprägt sind. Vor diesem Hintergrund wird ein methodologischer und ontologischer Perspektivenwechsel empfohlen, der die Komplexität der sozialen Realität von Sub-Sahara MigrantInnen in Betracht zieht.

4.1.2.2 Ausgewählte Charakteristika der Sub-Sahara Bevölkerung

4.1.2.2.1 Begriffsklärung

In der gesichteten Literatur finden sich Begriffe wie Sub-Sahara MigrantInnen, AfrikanerInnen, schwarze AfrikanerInnen oder afrikanische Gemeinschaften. Diese unterschiedlichen Formulierungen umfassen jeweils verschiedene Konzepte, etwa geographische Herkunft, Geburtsort, ethnische, kulturelle oder religiöse Zugehörigkeit, sowie persönliche oder familiäre Biographien. Damit sind komplexe und fragmentierte, manchmal auch widersprüchliche "afrikanische" Identitäten umschrieben (Chinouya & Reynolds 2001). Für die quantitative Forschung und für Bevölkerungsumfragen führt diese Komplexität dazu, dass die operationalisierten demographischen Kategorien oft undeutlich oder überlappend sind. Um in spezifischen Situationen präzisere Daten zu erhalten, wird international vorgeschlagen, dass die Kategorien zur Charakterisierung einer Bevölkerungsgruppe je nach Datenerhebungen variieren können, z. B. unterschiedliche Kategorien für die Volkszählung und für Forschungsstudien (Kaplan & Bennett 2003). In der Schweiz wird dieser Empfehlung bereits nachgekommen. Von den Behörden wird lediglich die Nationalität von AusländerInnen erhoben, jedoch keinerlei Informationen zur ethnischen Herkunft oder zur Hautfarbe (Heiniger 2000). In Forschungsprojekten jedoch, z. B. in der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie werden Geburtsland und ethnische Zugehörigkeit erhoben, allerdings wird von einem Autorenteam angemerkt, dass die Daten zur Ethnizität nicht vollständig sind, so dass keine präzisen Angaben zum Vergleich von MigrantInnen und SchweizerInnen gemacht werden können (Staehelin, Rickenbach et al. 2003). Die Kategorisierung oder Klassifizierung für die ethnische Zugehörigkeit vorzunehmen ist in jedem Fall herausfordernd, denn die ethnische Zuschreibung kann variieren, was sich im Begriff der "situativen Ethnizität" manifestiert (Culley & Dyson 2001, S. 2). Gemeint ist damit, dass je nach Situation aus

der Sicht der einzelnen Menschen unterschiedliche Zuschreibungen zutreffen und diese sich im Verlaufe des Lebens auch wandeln können. So steht manchmal die Zugehörigkeit zu einer religiösen oder sprachlichen Gruppierung im Vordergrund, und manchmal die Nationalität oder die Herkunftsregion⁵⁷. Vor allem bei jüngeren Menschen afrikanischer Herkunft, die einen wesentlichen Teil ihres Lebens ausserhalb Afrikas verbracht haben, wird in einer britischen Studie deutlich, dass sie sich stärker mit Jugendlichen der neuen Heimat identifizieren als mit der ethnischen Herkunft der Familie (Elam, McNunn et al. 2001). Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, dass Ethnizität im gesundheitswissenschaftlichen Kontext nicht als biologisches oder anthropologisches, sondern als soziologisches Konzept verstanden wird (De Cock & Low 1997). Für das HIV/Aids-Monitoring bei ethnischen Minderheiten wird im europäischen Verbund empfohlen, dass trotz dem heterogenen Konzept der Ethnizität ein abgestimmtes europaweites Monitoringsystem zur Verfügung steht. Empfohlen wird, dass zur Entwicklung eines solchen Systems Migrationsorganisationen einbezogen werden, um gemeinsam Eckpunkte der ethnischen Zuschreibung heraus zu arbeiten. Zentral bei einem solchen Monitoringsystems ist, dass die Daten zu epidemiologischen und keinesfalls zu rassistischen Zwecken genutzt werden (Del Amo, Bröring et al. 2004).

4.1.2.2 Demographische Angaben

Die Zuwanderung der afrikanischen Bevölkerung in die Schweiz sowie die unterschiedlichen Aufenthaltsstadien lassen sich in drei Phasen beschreiben (Ezeoba 2000). Während einer ersten Phase ergriffen nach der Unabhängigkeit zahlreicher afrikanischer Staaten in den 1960er Jahren vorwiegend afrikanische Studierende die Möglichkeit der Emigration, um ihre Ausbildung in der Schweiz oder in Europa zu absolvieren. Diese Anzahl Personen blieb jedoch relativ klein. Der Aufenthalt in der Schweiz war als vorübergehend gedacht, denn das erworbene Wissen sollte primär in die Herkunftsländer zurück fliessen⁵⁸. In der zweiten Phase zwischen 1975 und 1985 immigrierten vor allem afrikanische Personen, die durch den regen Afrikatourismus mit SchweizerInnen in Kontakt gekommen waren. Und die dritte Phase nach 1985 ist von afrikanischen Asylsuchenden geprägt, die wegen Hunger, Kriegen und Diktaturen ihr Land verlassen mussten. Heute sind es vorwiegend jüngere Männer, die vom afrikanischen Kontinent in die Schweiz migrieren (Bundesamt für Statistik 2004).

⁵⁷ Angesichts dieser Komplexität in Bezug auf die ethnische Zugehörigkeit wird aus Grossbritannien von einem flexiblen System berichtet, in dem für die nationale Statistik der Versuch der "flexiblen Standardisierung" unternommen wird (National Statistics 2003, S. 20). Im Prinzip gilt, dass die betroffenen Personen ihre ethnische Zugehörigkeit selber angeben und im Verlauf der Zeit auch ändern können. Für den Eintrag, z. B. bei der britischen Volkszählung, kann zwischen zwei Frageoptionen gewählt werden, zum einen Ethnizität und Nationalität (z.B. white British) oder nur die Ethnizität (z.B. Black-Caribbean). Allerdings wird konstatiert, dass durch diese flexible Handhabung der Kategorien Verzerrungen möglich sind.

⁵⁸ In Grossbritannien werden diese AfrikanerInnen der ersten Einwanderungsphase auch als "cream of society" bezeichnet, d. h. als gebildete Kreise ihres Herkunftslandes (Elam, McNunn et al. 2001, S. 46).

Jedoch blieben sowohl die Ein- als auch die Auswanderung afrikanischer Menschen in der Schweiz in den letzten fünf Jahren konstant (Bundesamt für Statistik 2005a).

Diese Migrationsphasen bedeuten, dass heute afrikanische Menschen mit vielfältigen Hintergründen in der Schweiz leben, und dass ihre Zahl zwar kontinuierlich stieg, jedoch lebt die Mehrheit erst seit rund fünfzehn Jahren in der Schweiz (Bundesamt für Statistik 2005a). Aufgrund dieser Migrationsbewegungen leben heute rund 50'000 Menschen aus der Sub-Sahara Region in der Schweiz (Bundesamt für Statistik 2005a). Diese Zahl entspricht knapp 0.7 % der Bevölkerung in der Schweiz und 3 % der ausländischen Wohnbevölkerung (Bundesamt für Statistik 2004). Wie in anderen europäischen Ländern auch, hat sich in der Schweiz die Zahl der Menschen aus Sub-Sahara Afrika in den letzten rund 10 Jahren verdoppelt bis verdreifacht (Bundesamt für Statistik 2005a, Department of Health 2005b)⁵⁹. Rund ein Viertel der Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz sind Niedergelassene (Bewilligung C), gut zwei Drittel sind AufenthaltlerInnen (Ausweis B), knapp ein Viertel sind im Asylprozess (Ausweis N), und knapp ein Fünftel sind vorläufig Aufgenommene (Ausweis F)⁶⁰. Rund 6'000 Personen mit der Nationalität eines afrikanischen Landes wurden in der Schweiz geboren (Bundesamt für Statistik 2005a). Hinzu kommen Menschen afrikanischer Herkunft, die das Schweizer Bürgerrecht besitzen⁶¹. Am meisten Menschen aus der Sub-Sahara Region wohnen in den Kantonen Genf, Waadt, Zürich und Bern. Bei der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung leben ungefähr gleich viele Männer und Frauen aus der Sub-Sahara Region. Und die grösste Altersgruppe sind die 20- bis 39-Jährigen, gefolgt von den 0- bis 14-Jährigen (Bundesamt für Statistik 2004).

4.1.2.2.3 Sozio-ökonomische Hintergründe

National und international ist bekannt, dass in der afrikanischen Migrationsbevölkerung eine grosse Heterogenität besteht bezüglich Migrationsgründen, Nationalität, Bildung, Sprache, Familienstruktur, Erwerbstätigkeit, religiöser Zugehörigkeit sowie städtischer oder ländlicher Herkunft (Elam, McNunn et al. 2001; Efionayi-Mäder, Moret et al. 2005). In der Schweiz wurde dazu jüngst im Auftrag des Bundesamtes für Migration eine Studie durchgeführt, in der die Wanderungswege von vorwiegend Westafrikanischen Menschen in die Schweiz nachgezeichnet werden (Efionayi-Mäder et al. 2005).

⁵⁹ In England hat sich die Zahl derjenigen Menschen, die sich in der Volkszählung als "black Africans" bezeichnen, von 212'000 im Jahr 1991 auf 480'000 im Jahr 2001 erhöht (Department of Health 2005b).

⁶⁰ Auf der Webseite des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartementes ist ein Überblick zu den verschiedenen Aufenthaltsregelungen für AusländerInnen zu finden (www.bfm.admin.ch/fileadmin/user_upload/Themen_deutsch/-Auslaender/Aufenthalt/uebersicht_bew_d.pdf, Zugriff am 5. Januar 2006).

⁶¹ Seit dem Jahr 2000 werden jährlich rund 2000 Personen mit afrikanischen Nationalitäten (Nord- und Sub-Sahara Afrika) eingebürgert (Bundesamt für Statistik 2004).

Daraus ist ersichtlich, dass das Motiv nach Europa zu reisen oft von einer kollektiven und individuellen Perspektivenlosigkeit geprägt ist. Diese verstärkt sich insbesondere für die Asylsuchenden nach der Einreise noch zusätzlich angesichts der kleinen Chancen für einen permanenten und legalisierten Aufenthalt in der Schweiz, lag doch die Anerkennungsquote im Jahr 2005 bei lediglich 13.6 % der eingereichten Gesuche (Bundesamt für Migration 2005)⁶².

Ebenso sind die Migrationsbewegungen von der europäischen Kolonialgeschichte geprägt. So leben Sub-Sahara MigrantInnen besonders häufig seit rund fünf Jahrzehnten oder zum Teil noch länger in England, Frankreich oder Belgien. Zwar kann die lange Anwesenheit in einem dieser Länder zu einem gesicherten Rechtsstatus führen, allerdings sind damit die sozio-ökonomischen Schwierigkeiten nicht ausgeräumt, ganz besonders dann nicht, wenn eine HIV-Infektion besteht (Service International de Recherche d'Education et d'Action Sociale 2004a), denn das Leben mit einer chronischen und stigmatisierenden Krankheit erschwert den Integrationsprozess. Aus Deutschland wird berichtet, dass ein erheblicher Teil der Sub-Sahara MigrantInnen Asylsuchende sind und dadurch mit einem unsicheren rechtlichen und sozialen Status leben (Hafner 2003a). Diese national unterschiedlichen Migrationssituationen gehen einher mit einer hohen Dynamik in Bezug auf die Zusammensetzung, Dauerhaftigkeit sowie die sozio-ökonomischen Belastungen der Zielgruppen. Dies stellt für die Nachhaltigkeit von HIV-Präventionsanstrengungen und damit für die PräventionsakteurInnen eine grosse Herausforderung dar, denn im Alltag der betroffenen MigrantInnen konkurriert die HIV-Prävention oft mit existentiellen Lebensbereichen, etwa dem Rechtsstatus oder finanziellen Fragen, deren unmittelbare Lösung als prioritär eingestuft wird (Edubio & Sabanadesan 2001).

Trotz hoher Mobilität finden sich Sub-Sahara MigrantInnen jedoch oft in formellen oder informellen Gruppierungen im Aufnahmeland zusammen, z. B. in Frauengruppen, afrikanischen Läden, Asylzentren, Festivals, Kirchgemeinden, Interessengruppen für politische Anliegen, Treffpunkten für spezifische Sprachregionen oder auch bei Fussballturnieren von nationalen Gruppierungen (Zuppinger, Kopp et al. 2000; Elam, McNunn et al. 2001)⁶³. Manche dieser Treffpunkte und Zusammenschlüsse können auch dahingehend verstanden werden, dass afrikanische Menschen aktiv sind gegen den sozialen Ausschluss, denn die Gefahr der sozialen Isolation ist angesichts finanzieller, rechtlicher oder gesundheitlicher Probleme nicht zu unterschätzen (Chinouya & Reynolds 2001).

⁶² Dies bedeutet eine leichte Steigerung gegenüber dem Jahr 2004, als die Anerkennungsquote noch bei 9.2 % lag (Bundesamt für Migration 2005).

⁶³ Erwähnt sei hier auch, dass sich HIV-infizierte Sub-Sahara MigrantInnen in verschiedenen Ländern in eigenen Vereinigungen zusammengeschlossen haben, z. B. bei Afro-Leben+ in Deutschland (www.afroleben.de, Zugriff am 11. Mai 2005), bei Kamrat in Schweden (www.kamrat.org, Zugriff am 11. Mai 2005), bei der African Positive Association in Frankreich oder bei der Association Solidarité Femmes Africaines de Genève (ASFAG) in der Schweiz (www.asfag.org, Zugriff am 11. Mai 2005).

Für den sozialen Status spielt zudem die Geschlechterbeziehung zwischen Männern und Frauen eine Rolle. Diese kann sich nicht selten in der Migrationssituation erheblich verändern. Dabei gibt es ein breites Spektrum von sozialem Ab- und Aufstieg. Unter anderem haben männliche Asylbewerber oder Flüchtlinge aufgrund der Erwerbslosigkeit im Aufnahmeland oft an sozialem Status verloren. Frauen hingegen vermögen sich mitunter in der neuen Situation eher einen für sie positiven, d. h. vor allem einen unabhängigen sozialen Status zu erarbeiten (Elam, McNunn et al. 2001)⁶⁴. Die Unabhängigkeit ist jedoch stark von Erwerbsmöglichkeiten abhängig, die zunächst erschlossen werden müssen. In besonders prekären sozialen und finanziellen Situationen ist der Weg in die Prostitution oft die letzte Möglichkeit für ein Einkommen (Osei-Wusu 2004). Zudem sind besondere Herausforderungen in der Kindererziehung und in der Finanzierung des täglichen Bedarfs zu bewältigen, wenn Frauen alleine für ihre Kinder verantwortlich sind (Women's Association for African Networking and Development 2005).

Zur Erwerbstätigkeit ist anzumerken, dass AfrikanerInnen und andere ausländische Gruppierungen ein deutlich höheres Risiko haben als die einheimische Bevölkerung. So beträgt die Erwerbslosigkeit bei der erwerbsfähigen afrikanischen Population in der Schweiz nahezu 22 % (Widmer 2005). Auch wenn eine Erwerbstätigkeit möglich ist, so ist die Situation nicht immer entspannt, denn rassistische Vorkommnisse gegenüber dunkelhäutigen Personen am Arbeitsplatz sind keine Seltenheit. Dies bedeutet eine Bedrohung der emotionalen Gesundheit, die als Stress wahrgenommen wird (Obrist van Eeuwijk & Büchi 2006). Dieses Diskriminierungsrisiko verschärft sich mitunter noch, wenn eine afrikanische Person eine Vorgesetztenfunktion einnimmt und dabei einerseits täglich aufgrund verschiedener Vorurteile beweisen muss, dass sie zu dieser Funktion fähig ist, oder andererseits als Beispiel für funktionierende Chancengleichheit trotz dunkler Hautfarbe herhalten muss (Tshibangu 2000). Die Erwerbstätigkeit ist für Sub-Sahara MigrantInnen deshalb besonders wichtig, weil im Heimatland oft grosse Hoffnungen damit verbunden sind, dass durch die Emigration eines Familienmitglieds finanzielle Mittel von der Schweiz nach Afrika fliessen. Angesichts der Schwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt und den anfallenden Lebenskosten in der Schweiz oder in Europa bleiben die finanziellen Möglichkeiten für den Geldtransfer jedoch oft unter den Erwartungen der in Afrika lebenden Familien (El-Karimy, Gras et al. 2001). Die Möglichkeiten der Erwerbstätigkeit sind unter anderem auch vom Bildungsniveau beeinflusst, das bei Sub-Sahara MigrantInnen aufgrund der verschiedenen Einwanderungsphasen sehr stark variiert. Die langjährig Anwesenden haben tendenziell eine hohe Bildung. Personen jedoch, die erst kürzlich nach Europa immigrierten, weisen aufgrund der instabilen politischen Lage in ihren Herkunftsländern eher eine unter- oder abgebrochene Schulbildung auf. In einer

⁶⁴ Eine ähnliche Diskrepanz zur weissen Mehrheitsbevölkerung zeigt sich in einer britischen Studie, in der 14 % der schwarzen Teilnehmenden im Vergleich zu 4 % der weissen Bevölkerung erwerbslos waren, und dies trotz einem durchschnittlich hohen Bildungsniveau (McMunn, Mwanje et al. 1998).

jüngst publizierten britischen Querschnittuntersuchung zeigte sich, dass 49 % der Frauen und 56 % der Männer über einen Universitäts- oder Collegeabschluss verfügen (Sadler, Fenton et al. 2005). Allerdings ist ein hoher Bildungsstatus keine Garantie für eine Anstellung entsprechend dem Bildungsniveau. So arbeiten nicht selten gut ausgebildete Personen in Funktionen, für die sie überqualifiziert sind. Daher ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sie ihre Migration je nach Möglichkeiten des Aufenthaltsstatus' in einem weiteren Land oder in einer anderen Landesregion fortsetzen und dort eine Stelle suchen. Aus England ist schliesslich bekannt, dass die sozio-ökonomischen Angaben vorwiegend von MigrantInnen aus den städtischen Gebieten in England stammen (Chinouya, Musoro et al. 2003), obwohl die Prävalenz der bislang unentdeckten HIV-Infektionen bei Sub-Sahara MigrantInnen in ländlichen britischen Gebieten mit 7.1 % deutlich höher beziffert wird als in London mit 2.7 % (UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance 2005). All diese Bewegungen und Verschiebungen der Menschen im geographischen Raum zeigen eindrücklich die Vielschichtigkeit der Lebenssituationen und –probleme in der Migration auf.

Schliesslich wird im sozio-ökonomischen Kontext die Bedeutung von religiösen Gemeinschaften thematisiert. Bei denjenigen Studien, in denen die religiöse Zugehörigkeit der Sub-Sahara MigrantInnen erhoben wurde, ist die überwiegende Mehrheit dem Christentum zugehörig. In einer Studie, die mit 320 AfrikanerInnen in einer englischen Region ausserhalb von London durchgeführt wurde, gehören 83 % der Teilnehmenden dem Christentum und 6 % dem Islam an (Chinouya, Musoro et al. 2003). In einer anderen britischen Studie nahmen 85 % ChristInnen und 15 % MuslimInnen teil (Sadler, Fenton et al. 2005). Vergleichbare Verhältnisse der Religionszugehörigkeit zeigen sich in einem anderen britischen Forschungsprojekt mit 118 UganderInnen, in dem KatholikInnen am häufigsten vertreten sind (McMunn, Mwanje et al. 1998). Und auch in einem deutschen Praxisprojekt (Hafner 2003a) und in einem britischen Forschungsprojekt (Sadler, Fenton et al. 2005) überwiegt die Zugehörigkeit zur christlichen Religion. Die Ausübung der Religion scheint zudem recht aktiv zu sein. So geben rund 60 % der Frauen und 50 % der Männer in einer britischen Studie an, dass sie mindestens einmal wöchentlich eine religiöse Veranstaltung besuchen (Sadler, Fenton et al. 2005).

Vor diesem vielfältigen sozio-ökonomischen Hintergrund werden Sub-Sahara Gemeinschaften in der Migrationssituation auch als "communities in flux" bezeichnet (Elam, McNunn et al. 2001, S. 19), d. h. als Gruppen, die kontinuierlich Mitglieder verlieren und gewinnen, und gegen innen und aussen mit vielfältigen demographischen und strukturellen Veränderungen umgehen müssen. Der gemeinsame Nenner beruht auf Erlebnissen in der Migrationssituation, unter anderem den Rassismuserfahrungen wegen der dunklen Haut (exemplarisch Menzel 2000) oder der mehrfachen externen und auch Binnenmigration mit entsprechenden Neuanfängen in der Wohn- und Sozialsituation (Chinouya, Musoro et al. 2003).

4.1.2.2.4 Gesundheit im Kontext von HIV/Aids

Prävention gilt im afrikanischen Kontext traditionell als unpopulär (Kessler Bodiang & Okullo 2002). Diese Einschätzung geht mit einem englischen Studienergebnis einher, bei dem die HIV-Primärprävention von den befragten MigrantInnen weniger hoch gewichtet wird als die Versorgung und Pflege im Krankheitsfall (Chime 2003). Negative gesundheitliche Faktoren sind laut Befragten einer anderen englischen Studie die Trennung zur Herkunftsfamilie sowie schlechte Wohnverhältnisse (Chinouya, Musoro et al. 2003). Das Gesund-Sein wird demnach auch stark mit sozialen Einflussfaktoren verbunden. In einer weiteren britischen Umfrage werden die psychische Gesundheit und HIV/Aids als grösstes Problem für das eigene Leben genannt (Ndofor-Tah, Ford et al. 2000). Diese Sorge um eine HIV-Ansteckung im Aufnahmeland ist aus epidemiologischer Sicht insofern relevant, als die heterosexuelle HIV-Übertragung – laut Daten aus Holland und der Schweiz – vor allem bei Menschen mit gleicher Herkunft stattfindet (Bundesamt für Gesundheit 2005b). Das bedeutet, dass aufgrund der hohen HIV-Prävalenz das Risiko einer HIV-Infektion innerhalb von afrikanischen Sexualpartnerschaften erhöht ist. So geben rund 90 % der HIV-infizierten Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz an, dass ihre SexualpartnerInnen, die sie sowohl in der Schweiz als auch im Ausland getroffen haben, ebenso aus der Sub-Sahara Region stammen⁶⁵. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich in einer holländischen Studie, in der die Teilnehmenden angaben, dass sie vor allem mit Personen innerhalb von ethnischen, bzw. nationalen Gruppen Geschlechtsverkehr hatten (Gras, Weide et al. 1999)⁶⁶. Aufgrund der verhältnismässig tiefen HIV-Prävalenz bei den befragten AfrikanerInnen in Amsterdam (1.1 % bei den Männern, 1.0 % bei den Frauen) wird das HIV-Transmissionsrisiko bei einem ungeschützten Geschlechtsverkehr von den AutorInnen als gering beurteilt. Zu einer deutlich höheren HIV-Prävalenzangabe kommt ein jüngst in England veröffentlichter Studienbericht mit einem Sample von 1359 Sub-Sahara MigrantInnen (Sadler, Fenton et al. 2005). In dieser Stichprobe sind 15 % der Männer und 13 % der Frauen HIV-infiziert, wobei bei den Männern die 40- bis 44-Jährigen und bei den Frauen die 35- bis 39-Jährigen am stärksten betroffen sind. Von den AutorInnen wird jedoch deutlich darauf hingewiesen, dass diese Prävalenzrate mit dem Rekrutierungsprozedere zusammen hängt, denn die Studie ist methodisch auf sozialen Einschluss und Partizipation ausgelegt. Afrikanische Organisationen und Personen waren in allen Stadien des Forschungsdesigns involviert, mit dem Ziel, die Teilnahme von Sub-Sahara MigrantInnen zu fördern.

⁶⁵ Die Analyse der Partneranamnese für HIV-infizierte Schweizerinnen und Schweizer ergibt, dass sich rund 45 % bei sexuellen Kontakten mit PartnerInnen aus Hochprävalenzländern angesteckt haben (Bundesamt für Gesundheit 2005). Abgeleitet von einer Studie mit Männern in einer dermatologischen Klinik nimmt das BAG an, dass diese heterosexuellen Ansteckungen vor allem bei Auslandsaufenthalten stattfinden.

⁶⁶ Die Untersuchung wurde mit 1660 Personen aus Surinam (44.4 %), den Holländischen Antillen (13.6 %) sowie Sub-Sahara Afrika (35.6 %, v. a. Nigeria und Ghana) durchgeführt.

Dadurch könnten auch diejenigen Personen zur Teilnahme motiviert worden sein, die sonst kaum erreicht werden, und die sich üblicherweise einem HIV-Test verschliessen.

4.1.2.3 Zielgruppen für die HIV-Prävention

Um die Sensibilität für und Kenntnisse über spezifische Subgruppen der afrikanischen Gemeinschaften zu erhöhen, wird nun die Situation von Asylsuchenden und Flüchtlingen, Frauen, heterosexuellen und homosexuellen Männern, Personen bestimmter Nationen sowie Jugendlichen und Familien genauer betrachtet.

4.1.2.3.1 Asylsuchende und Flüchtlinge

Diese Gruppe ist aufgrund der hohen HIV-Prävalenz in vielen afrikanischen Herkunftsländern und den Bedingungen während der Flucht, bzw. während der mitunter jahrelangen Migration eine besonders verletzbare Population (Maharaj, Warwick et al. 1996; Gregori 2004). In bezug auf die HIV-Prävention besteht eine Schwierigkeit darin, dass – laut einer deutsch-finnischen Studie – die unmittelbaren Bedürfnisse der Flüchtlinge für die Alltagsbewältigung, die psychische Belastung und die Entfremdung vom Herkunftsland im Vordergrund stehen (Edubio & Sabanadesan 2001). Zudem besteht bei den Asylsuchenden und Flüchtlingen die Angst, dass der Kontakt zu Aidsberatungsstellen und auch die Diagnose einer HIV-Infektion von den Immigrationsbehörden als Grund zur Ausweisung benützt werden könnten (Chinouya, Ssanyu-Sseruma et al. 2003). Um diese Meinung zu korrigieren – so eine britische Studie – sollte mit den Asylsuchenden aktiv das Gespräch gesucht werden und mit der Bereitstellung und vor allem Diskussion Präventionsmaterialien verbunden sein (Oxford Development Partnership 2004a). Allerdings kann bei den MigrantInnen der Eindruck erweckt werden, dass Aids eine afrikanische Krankheit sei, was die Furcht vor Diskriminierung zusätzlich verstärkt und die Inanspruchnahme von Präventions- und Beratungsstellen hemmt (Maharaj, Warwick et al. 1996). Angesichts dieser kontroversen Situation wurde in der Schweiz bei Asylsuchenden ein Pilotinterventionsprojekt durchgeführt, bei dem die Asylsuchenden an einer Empfangsstelle an der Grenze über HIV/Aids informiert wurden (Gregori 2004). Insbesondere bei Sub-Sahara MigrantInnen hat sich gezeigt, dass die Informationen grundsätzlich geschätzt und wahrgenommen wurden. Um die Sensibilisierung im Asylkontext weiter zu unterstützen, wurde in der Schweiz im Rahmen der aktuellen LOVE LIFE – STOP AIDS Kampagne vom Bundesamt für Gesundheit ein Video entwickelt, das sich in 16 Sprachen mit Basisinformationen an die Migrationsbevölkerung richtet. Es wurde besonders für die Aufklärung in Empfangsstellen entwickelt und wird dort seit anfangs 2006 systematisch eingesetzt (Bundesamt für Gesundheit 2006). Anhand dieses Videos werden seit anfangs 2006 alle über 16jährigen Asylsuchenden von Pflegefachpersonen über

die Ansteckungs- und Schutzmöglichkeiten informiert⁶⁷. Im Video werden die Informationen zu Aids von einer als Arzt, bzw. Ärztin dargestellten Person mit weissem Kittel vermittelt. Die berufliche Assoziation mit der Medizin soll die Seriosität der Information unterstreichen. Allerdings ist damit zu rechnen, dass Asylsuchende aus repressiven Staaten aufgrund verschiedener Einschüchterungserfahrungen jeder Art von Autorität misstrauen (Haour-Knipe 2005b). Auch ist nicht auszuschliessen, dass Asylsuchende in Gewalt- und Folterszenen mit Gesundheitspersonal involviert waren und damit – entgegen der Intention des Videos – panikartig auf solche Darstellungen reagieren.

4.1.2.3.2 Sub-Sahara MigrantInnen aus spezifischen Nationen

In England sind besonders MigrantInnen aus Uganda in Studien vertreten (McMunn, Mwanje et al. 1998). Grund dafür ist, dass in Uganda die Situation in bezug auf HIV/Aids bereits sehr früh in der HIV-Epidemie, d. h. Mitte der 1980er Jahre öffentlich thematisiert und entsprechende Nationale Programme ins Leben gerufen wurden (Elangot 1987). So haben auch in England lebende UganderInnen bereits 1986 den Ugandan AIDS Action Fund gegründet⁶⁸. Zudem spricht die Mehrheit der Ugandischen MigrantInnen englisch und hat somit einen erleichterten Zugang zu Informationen in England und wird möglicherweise für Studien eher berücksichtigt als Menschen aus anderen Nationen. In englischen Studien vertreten sind auch MigrantInnen aus Sambia, Kongo, Kenia und Simbabwe (Fenton, Chinouya et al. 2001). MigrantInnen aus diesen fünf Ländern machen in Grossbritannien zwar lediglich 10 % der Sub-Sahara MigrantInnen aus, jedoch 57 % der HIV-Infektionen. In jüngerer Zeit hat sich in Grossbritannien gezeigt, dass insbesondere die HIV-Prävalenz bei MigrantInnen aus Simbabwe überdurchschnittlich hoch ist. Exemplarisch bedeutet dies, dass die Prävalenz im Aufnahmeland bis zu einem gewissen Grad die Prävalenz des Herkunftslandes reflektiert⁶⁹.

In Belgien richtet sich die HIV-Prävention vorwiegend an Menschen aus Burundi, Ruanda und dem früheren Zaire (Louhenapessy & Baruani 1999). Und für die Schweiz werden – basierend auf der

⁶⁷ Weiterführende Informationen zum Video sind zu finden unter: www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/aids/index.html (Zugriff am 7. September 2005)

⁶⁸ Siehe dazu www.uaaf.org.uk. Anzumerken ist allerdings, dass aufgrund der recherchierten Informationen die Aktualisierung dieser Webseite längere Zeit zurück liegen dürfte.

⁶⁹ Obwohl Sub-Sahara Afrika nur rund 10 % der Weltbevölkerung beherbergt, lebten im Jahr 2005 60 % aller weltweit HIV-infizierten Menschen in diesem Erdteil. In absoluten Zahlen sind derzeit knapp 26 Millionen Menschen in Sub-Sahara Afrika HIV-infiziert, wobei sich im Jahr 2005 rund 3.2 Millionen Menschen neu ansteckten. Unter jungen Menschen zwischen 15 und 24 Jahren liegt der Anteil HIV-positiver Tests bei Frauen bei 4.6 % und derjenige bei Männern bei 1.7 %. Bei der gesamten erwachsenen Population liegt die Prävalenz bei 7.2 % (Joint United Nations Program on HIV/AIDS 2005a). Allerdings gibt es grosse Schwankungen zwischen den afrikanischen Ländern, bzw. zwischen den Regionen Süd-, Ost- und Westafrika, wobei das südliche Afrika die am meisten betroffene Gegend Afrikas und der gesamten Welt ist. In jüngster Zeit wurde eine leicht sinkende Prävalenz in Kenya, Uganda und Simbabwe gemeldet (Joint United Nations Program on HIV/AIDS 2005b).

Anzahl afrikanischer MigrantInnen – Interventionen bei Personen aus Ghana, Nigeria, Somalia, Angola und der Demokratischen Republik Kongo empfohlen (Zuppinger, Kopp et al. 2000). Bei MigrantInnen aus Somalia⁷⁰ sind für die HIV-Prävention insbesondere die Sprache sowie die noch relativ junge Diskussion über HIV/Aids eine besondere Hürde für den Zugang zu HIV/Aids Informationen und zur Diskussion von präventionsrelevanten Themen (Gregori 2002). Auch wenn die sprachlichen, religiösen oder nationalen Hintergründe innerhalb der afrikanischen Gemeinschaften mitunter stark variieren, so wird dennoch – basierend auf gemeinsamen Erfahrungen während der Migration und im Aufnahmeland – von einem „*pan-afrikanischen*“ Gemeinschaftsgefühl zwischen und innerhalb von Sub-Sahara Gemeinschaften gesprochen (Elam, McNunn et al. 2001, S. 54).

4.1.2.3.3 Frauen

Die Feminisierung von Aids ist zunehmend bei europäischen Frauen, aber vor allem bei afrikanischen Migrantinnen ersichtlich⁷¹. In der Schweiz stammten im Jahr 2005 32 % aller HIV-positiven Labortests von Frauen und davon waren rund 50 % von Sub-Sahara Migrantinnen (Bundesamt für Gesundheit 2005b)⁷². Bis Mitte 2006 ging dieser Anteil leicht zurück, d.h. von 112 HIV-Diagnosen von Frauen waren 38 von Sub-Sahara MigrantInnen (Bundesamt für Gesundheit 2006b). Ein entscheidender Einflussfaktor, der zur hohen Prävalenz bei Sub-Sahara Migrantinnen führt, ist die traditionell schwache Stellung von afrikanischen Frauen in sexuellen Belangen innerhalb von monogamen, promiskuitiven und auch kommerziellen Sexualbeziehungen (Elam, Fenton et al. 1999). Deshalb werden das Empowerment und der Dialog über HIV/Aids und Sexualität mit Sub-Sahara Migrantinnen als besonders wichtig erachtet (Women's Association for African Networking and Development 2005). In einem britischen Survey mit 100 afrikanischen Frauen wird deutlich, dass dazu nicht primär *Informationen* nötig sind, sondern vor allem *Schulung und Training* im Umgang mit Sexualthemen und –praktiken (Women's Association for African Networking and Development 2005). Informationen sind laut dieser Studie derzeit für fast alle befragten Frauen zugänglich, vor

⁷⁰ In der Schweiz liegen Menschen aus Somalia mit rund 5000 eingereichten Asylgesuchen zwischen den Jahren 2000 und 2003 an der Spitze der Gesuche aus afrikanischen Ländern (Bundesamt für Statistik 2004).

⁷¹ Zu Beginn der Epidemie galten vor allem die vier "Hs" als "Risikogruppen", in denen fast ausschliesslich Männer vertreten waren: homosexuals, heroin-users, hemophiliacs, Haitians. Zum fünften "H" ("hookers", "Nutte"), gab es lange Zeit kaum eine Diskussion (Musso 2005). Der HIV-Präventionsbedarf bei Frauen wurde erst in den mittleren bis späten 1980er Jahren wahrgenommen (exemplarisch Jäger 1989) und vorwiegend in den Kategorien Drogenkonsumentinnen, Prostituierte, HIV-infizierte schwangere Frauen und Mütter von Aidskranken. Die späte Wahrnehmung der epidemiologischen Relevanz zeigt sich auch bei Afro-Amerikanerinnen. So erschien 1991 einer der ersten Fachartikel zum Aids-Risiko bei dieser Zielgruppe (Nyamathi & Lewis 1991) und im Jahr 2003 wurde eine umfassende Monographie zur Situation von Afro-Amerikanerinnen im Kontext von HIV/Aids veröffentlicht (Gilbert & Wright 2003). In Europa liegen bislang keine Monographien zur Situation von Sub-Sahara MigrantInnen im Kontext von HIV/Aids vor.

⁷² Im Jahr 2002 lag der Anteil der Sub-Sahara Migrantinnen bei den HIV-positiven Testresultaten noch bei 23.1 % (Bundesamt für Gesundheit 2003a).

allem durch Radio und Fernsehen sowie Zeitungen und Zeitschriften, aber der mündliche Austausch innerhalb von Frauengruppen mit fachkundiger Anleitung über die passiv erhaltenen Informationen ist unzureichend. Deshalb werden interaktive Seminare zur HIV-Prävention empfohlen, bei denen Unsicherheiten, praktische Fragen über Sexualpraktiken oder Familienplanung diskutiert werden können. Diese Workshops sollten möglichst nah am Alltag der Frauen angesiedelt werden, damit die Teilnahme vor allem der Gruppe der 25- bis 45jährigen Frauen erhöht werden kann. Im Survey ist ersichtlich, dass diese Schulungen gute Effekte erzielen im Sexualverhalten, in der Risikowahrnehmung sowie in der Fähigkeit, über HIV/Aids zu reden. Solche Schulungen können auch dem Aufbau von Netzwerken dienen, die bis zu einem gewissen Grad das Fehlen von MeinungsbildnerInnen und Personen aus dem familialen Netz kompensieren, denn in der Migrationssituation stehen die familialen Strukturen nur beschränkt zur Verfügung, was insbesondere während Schwangerschaft und Kindererziehung ein Problem darstellen kann (Department of Health 2005b).

Bereits in der Transitionsphase vom Herkunftsland nach Europa, aber auch in den Aufnahmeländern ist die Gefahr für Migrantinnen gross, mit ungeschütztem Sex erpresst zu werden, denn sie befinden sich oft in Situationen der vollständigen Machtlosigkeit (Haour-Knipe 2000). Und sofern afrikanische Frauen aufgrund ihrer ökonomischen Situation im europäischen Aufnahmeland in der kommerziellen Sexarbeit tätig sind, ist dies laut einem deutschen Bericht besonders problematisch, weil sie als wenig selbstbewusst gelten, denen es kaum möglich ist, sich angemessen vor einer HIV-Infektion zu schützen. Sie sind auch weniger gut über Beratungsstellen für medizinische und psychosoziale Probleme informiert und nutzen diese später als einheimische Prostituierte (Muluneh & Waka 2000). Trotz dieser hohen Verwundbarkeit für eine HIV-Infektion zeigt sich in einem französischen Aktionsforschungsprojekt, dass in spezifischen Frauenorganisationen für afrikanische Prostituierte ein soziales Auffangnetz geschaffen werden kann, indem mit mobilen Equipen und mit MediatorInnen derselben geographischen Herkunft Präsenz in den Prostitutionsmilieus markiert wurde. Zudem wurde Rechts- und Sozialberatung angeboten. Diese Angebote werden häufig genutzt, was auch durch die zunehmende Anmeldung bei der Sozialversicherung ersichtlich ist (Guillemaut 2005).

Angesichts dessen, dass die Mehrheit der afrikanischen Frauen in der Schweiz und in anderen europäischen Ländern im gebärfähigen Alter ist, und dass Nachkommen in afrikanischen Gemeinschaften eine hohe Bedeutung haben, zählt auch die reproduktive Gesundheit zu den wichtigen Zielen der HIV-Prävention (UNESCO/UNAIDS 2005). Allerdings ist die HIV-Prävalenz bei Sub-Sahara MigrantInnen bereits beträchtlich, und daher wird in verschiedenen Studien aus England, Frankreich und Norwegen auch der hohe Anteil von HIV-infizierten schwangeren Afrikanerinnen in der Geburtshilfe thematisiert (Edwards, Lerbalestier et al. 2001; Fourquet, Le Chenadec et al. 2001; Aavitsland, Nilsen et al. 2002). Vor diesem Hintergrund kommt dem vorgeburtlichen HIV-Screening, bzw. der

Verhütung der vertikalen Transmission grosse Bedeutung zu. In der Schweiz wird bei allen schwangeren Frauen ein HIV-Test angeboten und auch empfohlen (Bundesamt für Gesundheit & Fachkommission Klinik und Therapie HIV/Aids 2004). In Grossbritannien konnte seit dem Jahr 2000, als das standardisierte Angebot und die Empfehlung eines HIV-Tests bei allen schwangeren Frauen eingeführt wurden, die Geburt von HIV-infizierten Kindern signifikant gesenkt werden (Department of Health 2005b). Aufgezeigt werden konnte in einer britischen Studie auch, dass Sub-Sahara MigrantInnen das Test-Angebot nicht häufiger ablehnten als Frauen von übrigen Regionen (Conaty, Cassell et al. 2005). Das bedeutet, dass entsprechende Kommunikationswege genutzt wurden, um die Wichtigkeit der Diagnosestellung und der allfällig nötigen Therapiemöglichkeiten aufzuzeigen.

4.1.2.3.4 Männer

Bei den afrikanischen Männern wird fast immer von heterosexuellen und kaum je von homo- und bisexuellen Männern gesprochen. Erstere sind von der HIV-Infektion überdurchschnittlich betroffen im Vergleich zu den nicht-afrikanischen heterosexuellen Männern (Bundesamt für Gesundheit 2005b). Den Sub-Sahara Migranten wird eine grosse Verantwortung in der HIV-Prävention zugeteilt, denn sie verfügen oft über die Macht, bei ihren afrikanischen Partnerinnen die Sexualpraktiken zu bestimmen, bzw. schützende Methoden wie das Kondom zu ignorieren (Zuppinger, Kopp et al. 2000). Allerdings nehmen afrikanische Männer diese explizite Verantwortung laut einer britischen Studie wenig wahr, weil sexuell übertragbare Krankheiten hauptsächlich als "Frauenthema" verstanden werden (Chime 2003). Aus Grossbritannien wird jedoch berichtet, dass sich diese Rollenverteilung in bezug auf schützende Sexualpraktiken vereinzelt aufweicht. So unterstützen 90 % der befragten Sub-Sahara Migrantinnen und Migranten das folgende Statement:

"Ich denke, dass ich eine neue Partnerin oder einen neuen Partner überzeugen könnte, ein Kondom zu benutzen, auch wenn er oder sie es zunächst nicht möchte."

(Sadler, Fenton et al. 2005, S. 30)⁷³.

Heterosexuelle Männer sind auch dann ein Diskussionspunkt, wenn sie als Touristen in ihre Herkunftsländer reisen, denn sie gehen dort zweimal häufiger als Frauen neue und ungeschützte Sexualkontakte ein. Dies zeigt sich in einer holländischen Studie, in der 30 % der durchschnittlich 30jährigen Studienteilnehmenden auf ihren Reisen in die Herkunftsländer neue Sexualpartnerschaften eingehen und dabei in nur rund 30 % der Sexualkontakte konsequent ein Kondom benutzen (Gras, Weide et al. 1999). In einer britischen Untersuchung ist ersichtlich, dass 40 % der befragten Männer Sexualkontakte im Herkunftsland angeben, und dass der Kondomgebrauch aufgrund von

⁷³ Die 90 % umfassen die beiden Kategorien "agree" und "strongly agree".

negativem Gruppendruck relativ tief ist (Fenton, Chinouya et al. 2001). Bei diesen beiden Studien ist allerdings zu bedenken, dass in manchen afrikanischen Bevölkerungskreisen nur eine Minderheit ihr Herkunftsland besucht. Zum Beispiel gaben im Jahr 1996 nur 10 % der befragten UganderInnen an, dass sie seit ihrer Ankunft in Grossbritannien nach Uganda gereist waren (McMunn, Mwanje et al. 1998). Anzunehmen ist jedoch, dass solche Reisen im Zuge von längeren Aufenthalten in Europa und der damit verbundenen rechtlichen und finanziellen Stabilisierung der Lebenssituation häufiger unternommen werden (Fenton, Chinouya et al. 2001). Dies zeigt sich konkret am Beispiel von Ghanesen in Holland, die nach mehr als fünfjährigem Aufenthalt in den Niederlanden ihr Heimatland deutlich häufiger besuchten als Nigerianer, die aufgrund der Migrationsbewegungen erst seit kürzerem in Holland leben (Gras, Weide et al. 1999). Diese geographische Dimension des HIV-Transmissionsrisikos wird von einer britischen Forschungsgruppe besonders hervorgehoben, da dieser Punkt in HIV-Präventionsprogrammen bei Sub-Sahara MigrantInnen bislang wenig thematisiert wird (Kesby, Fenton et al. 2003).

Die homo- und bisexuellen Sub-Sahara Männer sind eine Zielgruppe, die für die HIV-Prävention international und auch in der Schweiz bisher kaum berücksichtigt wurde und wenig erforscht ist (Fenton, White et al. 1999; Sadler, Fenton et al. 2005). Zum einen ist dies darauf zurück zu führen, dass die HIV-Epidemie in der Sub-Sahara Region als "heterosexuelle Epidemie" gilt und daher dem Präventionsbedarf bei homosexuellen Menschen wenig Beachtung geschenkt wird⁷⁴. Und zum anderen wird Homosexualität im afrikanischen Kontext stark tabuisiert und als Krankheit des weisen Mannes beschrieben (Philipps 2004)⁷⁵. Um homosexuelle Männer in Präventionsanstrengungen einbeziehen zu können, wird deshalb auch gefordert, dass in afrikanischen Gemeinschaften die Vielfalt der HIV-Übertragungswege anerkannt wird, und dass nicht einzelne Transmissionsrouten auf dem "Altar der Moralität" geopfert werden (Phillipps 2004, S. 165). Die Erfahrungen aus afrikanischen Ländern erschwert es den homosexuellen Männern, in der Migrationssituation ihre sexuelle Orientierung zu leben oder gar öffentlich bekannt zu geben. Zudem besteht die Gefahr, dass diese Migranten durch die Kumulation von Negativerfahrungen sowohl in der Herkunfts- als auch in der Aufnahmegesellschaft kaum Eigeninitiative für ein präventives Verhalten entwickeln können. Auch ist das Risiko für unsichere Sexualpraktiken erhöht, wenn die geringe Akzeptanz der sexuellen Orientierung zu einem Leben im Schatten der Gesellschaft führt. Vor diesem Hintergrund wurde vor wenigen Jahren ein "Good Practice Guide" für die HIV-Präventionsarbeit mit schwarzen homo- und bisexuellen Männern publiziert, in dem der aktuelle Forschungsstand präsentiert und Empfehlungen

⁷⁴ Dem steht jedoch laut einem jüngst veröffentlichten Forschungsbericht entgegen, dass je 8 % der befragten Sub-Sahara Migrantinnen und Migranten gleichgeschlechtliche Sexualkontakte angeben (Sadler, Fenton et al. 2005).

⁷⁵ Die Gründung von homosexuellen Organisationen wurde z. B. in Swaziland, Namibia und Botswana von Politik und Medien mit harschen Worten kommentiert (Philipps 2004).

für Präventionsmassnahmen gemacht werden (Fenton, Cadette et al. 2002). Deutlich wird dabei, dass es keine neuen "Präventionsrezepte" für diese Zielgruppe braucht, aber die Sensibilität für die Marginalisierung dieser betroffenen Männer sollte besonders berücksichtigt werden. Dazu werden Interventionen auf vier Ebenen vorgeschlagen (Fenton, Cadette et al. 2002):

- a) Prävention durch persönlichen Kontakt mit homo- und bisexuellen Männern,
- b) Interventionen auf der Ebene von afrikanischen Gemeinschaften und damit soziale Diffusion,
- c) Interventionen bei Schlüsselorganisationen auf Politikebene und
- d) Wissenserweiterung bei bestehenden Aidsorganisationen im Bereich homosexuelle Männer.

4.1.2.3.5 Jugendliche und Familien

In afrikanischen Gemeinschaften werden Mädchen oft durch Tanten und Jungen durch Onkel in sexuellen Belangen erzogen (Chinouya & Reynolds 2001). Diese verwandtschaftlichen Beziehungen sowie der Kontakt zu MeinungsbildnerInnen sind in der Migration jedoch oft nicht verfügbar. Deshalb findet die Diskussion rund um Sexualität und Sexualverhalten in der Migrationssituation unter erschwerten Bedingungen statt, denn Eltern können die Abwesenheit von Tanten und Onkeln mitunter nicht hinreichend kompensieren (Searle 2000). Allerdings wurde festgestellt, dass bei Jugendlichen der zweiten und dritten Generation die Tabuisierung der Sexualität, unter anderem zu Fragen der Homosexualität erodiert, denn insbesondere diejenigen, die am Leben der Mehrheitsbevölkerung aktiv teilnehmen, haben sich im Zuge ihres Lebens an europäische Wertvorstellungen angenähert (Elam, Fenton et al. 1999). Insgesamt wird jedoch konstatiert, dass Familien als Zielgruppe bislang für Präventionsaktivitäten kaum berücksichtigt und beispielsweise Gespräche in afrikanischen Familien zu den sexuellen Übertragungswegen kaum gefördert werden (Women's Association for African Networking and Development 2005). Empfohlen wird deshalb, dass die HIV-Prävention sowohl aus der Perspektive der Jugendlichen als auch der Eltern familiengerechter gestaltet wird (Kalibala 2000). Dabei wird eine Balance zwischen "preaching, teaching and listening, discussing" angestrebt (Women's Association for African Networking and Development 2005, S. 23). Dieses Vorgehen findet vereinzelt statt, z. B. in einem britischen Pilotprojekt, in dem an HIV/Aids interessierte Familien über das Schneeball-System identifiziert werden. Danach werden im kleinen Kreis, in der Regel zuhause bei den Familien, Fragen und Unsicherheiten rund um HIV/Aids besprochen. Im Projekt konnten zunächst 100 und später 250 Haushalte abgedeckt werden (Searle 2000). Dabei bleiben allerdings die alleinstehenden jugendlichen Sub-Sahara Migranten unberücksichtigt, die erst seit wenigen Jahren in Westeuropa leben. Sie gelten als besonders verletzlich in bezug auf das HIV-Risiko (Department of Health 2005b).

Angesichts dieser beschriebenen Charakteristika der afrikanischen Migrationsbevölkerung, bzw. der fünf Subgruppen wird deutlich, dass die HIV-Primärprävention für Sub-Sahara MigrantInnen und spezifische Subgruppen vielfältige Elemente zum Aufenthaltsstatus, zur Geschlechterbeziehung, zur Nationalität, zu Reisemöglichkeiten nach Afrika sowie zum intergenerationellen Dialog beinhalten sollte, um bei möglichst vielen MigrantInnen auf Aufmerksamkeit zu stossen.

4.1.2.4 Präventionskonzeptionen

Der folgende Themenfächer zeigt auf, welche Konzeptionen für die inhaltliche Gestaltung von HIV-Primärpräventionsaktivitäten aufgegriffen werden.

4.1.2.4.1 Stigmatisierung und Partizipation

In einem Forschungsprojekt zeigte sich, dass diejenigen Teilnehmenden, die ihren HIV-positiven Serostatus kennen, dies gegenüber den BefragterInnen nicht bekannt geben, weil sie trotz der Vertraulichkeitszusicherung ein solch sensibles Thema für sich behalten wollen (Stolte, Gras et al. 2003). Ziel in solchen Situationen muss es sein, dass durch Forschungs- oder Praxisprojekte keine zusätzlichen Stigmatisierungspotenziale gegenüber den Sub-Sahara MigrantInnen entstehen, weder innerhalb der Sub-Sahara Gemeinschaften noch innerhalb der Allgemeinbevölkerung. Daher sollten die Akzeptanz von und die Solidarität mit Aids Erkrankten thematisiert und gefördert werden. Ersteres wird unter anderem dadurch angegangen, dass Sub-Sahara MigrantInnen in einer grösseren britischen Aktionsforschungsstudie in allen Stufen der Projektorganisation aktiv teilnehmen konnten. Damit sollte gewährleistet werden, dass das Forschungsdesign, die Forschungsfragen und die Studiendurchführung wesentlich von den MigrantInnen mitgetragen und mitgedacht werden (Chinouya, Musoro et al. 2003). Die Mehrheit des Forschungsteams sowie die Forschungsleiterin sind Sub-Sahara MigrantInnen, und diese ProjektmitarbeiterInnen sehen sich im Wesentlichen als InsiderInnen für die Alltagsprobleme und damit auch für offensichtliche und subtile Diskriminierungsvorfälle in ihrem eigenen Lebensalltag und auch im Forschungsprojekt. Durch ihr Mitdenken und –arbeiten im Forschungsprojekt sollten Stigmatisierungs- und Diskriminierungstendenzen zeitnah aufgegriffen und allfällige Gegenstrategien in den Aktionsforschungsprozess integriert werden.

Der zweite Aspekt, die Diskriminierung von HIV-infizierten Menschen innerhalb der afrikanischen Gemeinschaften, ist für die HIV-Primärprävention insofern relevant, als die Zuschreibung von schuldhaftem Verhalten die soziale Ausgrenzung fördert. Dieser Prozess, den viele Sub-Sahara MigrantInnen aus ihren Herkunftsländern kennen, bedeutet eine zusätzliche Hürde, um mit Beratungs- und

Teststellen in Kontakt zu treten⁷⁶. Dazu hat sich in einer britischen Studie gezeigt, dass Sub-Sahara MigrantInnen signifikant länger als weiße Befragte warten⁷⁷, bis sie sich auf HIV testen lassen (Erwin, Morgan et al. 2002). Als Hauptgründe wurde an erster Stelle der negative Einfluss eines all-fälligen HIV-positiven Testergebnisses auf die Familie und an zweiter Stelle die Angst vor persönlicher Diskriminierung wegen der Seropositivität genannt. Angesichts dieser Erfahrungen und Befürchtungen geht es im Wesentlichen darum, den Lauf des "Stigma Trajectories" zu durchbrechen (Alonzo & Reynolds 1995)⁷⁸. In diesem Kontext ist die Vereinigung zur Solidarität mit afrikanischen Frauen in Genf (ASFAG) zu sehen, deren Aktivitäten sich nicht nur auf die Unterstützung von eigenen Mitgliedern beschränkt, sondern die sich auch für die Enttabuisierung und Entstigmatisierung rund um Fragen zu HIV/Aids engagiert und dabei offen und öffentlich auftritt. In Frankreich wurde im Jahr 2002 eine ähnliche Vereinigung gegründet – massgeblich initiiert von Aids-betroffenen Familien im Raum Paris – deren Ziel es ist, das Schweigen zu Aids bei AfrikanerInnen in Frankreich und auch auf dem afrikanischen Kontinent zu brechen⁷⁹. Zudem wird zurzeit im britischen Gesundheitsministerium ein Aktionsplan gegen Diskriminierung und Stigmatisierung im Kontext von HIV diskutiert (Department of Health 2005a)^{80,81}. Darin sind fünf Bereiche aufgeführt, in denen besonders auf die Beseitigung von Diskriminierung hingearbeitet wird:

- a) Verbreitung von grundlegenden Informationen zu HIV/Aids,
- b) Fähigkeiten zum gesunden Umgang mit Sexualität,
- c) Beratung und Unterstützung von Menschen, die sich diskriminiert fühlen,
- d) stärkerer Einbezug von HIV-infizierten Menschen in strategische Entscheide sowie

⁷⁶ Ein unlängst publiziertes Dokument aus der "Best Practice Collection" von UNAIDS zeigt die weltweite Problematik von Stigma, Diskriminierung und Verletzung der Menschenrechte in bezug auf HIV-infizierte Menschen auf. Der Fokus der Publikation liegt auf Fallstudien, wie stigmatisierende und diskriminierende Situationen auf der Ebene von Gemeinden und Institutionen sowie der Gesetzgebung erfolgreich angegangen werden können (Aggleton, Wood et al. 2005).

⁷⁷ 28 % der 102 schwarzen Teilnehmenden vermuten, dass sie HIV-infiziert sein könnten. Allerdings warten 62 % davon mehr als ein Jahr, bis sie sich testen lassen. Bei den 251 weissen Teilnehmenden vermuten 45 % eine Seropositivität, und nur 31 % warten länger als ein Jahr bis zum Test.

⁷⁸ Dabei werden vier Phasen unterschieden: a) "at risk", die Besorgnis über eine mögliche HIV-Infektion ist präsent, b) "diagnosis", die Infektion bringt eine veränderte Identität mit sich, c) "latent", das Leben pendelt zwischen gesund und krank Sein, und d) "manifest", der Prozess zum sozialen und physischen Tod hat begonnen.

⁷⁹ Ein kämpferischer Slogan bei der Gründungsdemonstration lautete: Wir haben die Sklaverei überlebt, wir haben die Kolonialisierung überlebt, wir haben die erzwungene Emigration überlebt. Wir werden auch Aids überleben (siehe auch www.survivreausida.net/a5276).

⁸⁰ Im Rahmen einer Vernehmlassung konnten bis am 30. März 2006 Kommentare an das Gesundheitsministerium geschickt werden (siehe dazu www.dh.gov.uk/Consultations/ClosedConsultations/ClosedConsultations-Article/fs/en?CONTENT_ID=4132988&chk=LcvJPx, Zugriff am 13. Dezember 2005)

⁸¹ Dieses Dokument ist nicht spezifisch auf Sub-Sahara MigrantInnen ausgerichtet. Im Text jedoch mehrmals deutlich, dass die Diskriminierungsdiskussion im Kontext der veränderten Epidemiologie bei homosexuellen Männern und Sub-Sahara MigrantInnen steht.

- e) Massnahmen gegen Diskriminierungstendenzen insbesondere gegen Sub-Sahara MigrantInnen und homosexuelle Männer.

Der Text endet mit der Feststellung, dass ein Aktionsplan die Jahrhunderte alten, tief verwurzelten Vorurteile gegenüber Sexualität, sexueller Orientierung, Rasse sowie sozialen oder familialen Normen, die sowohl auf Seiten der Sub-Sahara MigrantInnen als auch der Mehrheitsbevölkerung in westeuropäischen Ländern bestehen, nicht zu beheben vermag. Dennoch soll der Aktionsplan den in die HIV-Prävention involvierten Organisationen Anregungen geben, um klar und beständig Stellung zu Diskriminierungstendenzen und –vorfällen zu beziehen⁸².

4.1.2.4.2 Risikowahrnehmung

Der Begriff "Risiko" beinhaltet einen breiten Interpretationsspielraum. So ist Risiko im westlichen Verständnis ein Konzept, das wesentlich vom Individuum gesteuert und verantwortet werden kann. Im afrikanischen Kontext wird jedoch bei der Risikowahrnehmung die relationale Bedeutung stärker gewichtet, d. h. beispielsweise, dass die Risikoeinschätzung für eine HIV-Infektion durch das Aussehen oder den guten Ruf von SexualpartnerInnen beeinflusst ist (Elam, Fenton et al. 1999). Es scheint auch, als würden Sub-Sahara MigrantInnen eher in sicheren Identitäten denken als in sicheren Aktionen, d. h. afrikanische Männer suchen eine auf sie "sauber" wirkende Frau, und Frauen suchen einen Mann, der ihnen vertrauenswürdig erscheint (Kesby, Fenton et al. 2003). Eine holländische Studie ergibt zudem, dass Promiskuität und ausserehelicher Sexualkontakt nicht ausschliesslich als riskantes Verhalten in Bezug auf eine HIV-Ansteckung verstanden werden, sondern die Angst, bei einem ausserehelichen Sexualkontakt erlappt zu werden, steht eher im Vordergrund (El-Karimy, Gras et al. 2001). Zudem wird die HIV-Prävention nicht nur als Vermeidung der viralen Übertragung interpretiert, sondern beinhaltet auch Elemente wie gutes Essen, genügend Schlaf und einen stabilen Lebenswandel und vereint damit verschiedene auch im westlichen Verständnis geltende gesundheitsförderliche Konzepte (El-Karimy, Gras et al. 2001). Auch die Verantwortung für Kinder gilt als Faktor, der die Risikowahrnehmung positiv beeinflusst, so dass sowohl vor und während einer Schwangerschaft als auch während der Elternschaft eher auf die eigene Gesundheit im allgemeinen und die HIV-Prävention im speziellen geachtet wird (El-Karimy, Gras et al. 2001). Schliesslich erhöht auch eine früher erworbene und behandelte sexuell übertragbare

⁸² Als Beispiel eines solchen Vorurteils sei hier auf den "Homo Sexualis Africanus" verwiesen, bei dem der negroiden Rasse aufgrund ihrer genetischen Codierung ein verstärktes prosexuelles Verhalten zugeschrieben wird (z. B. uneingeschränktes sexuelles Verlangen, höhere Vergewaltigungsraten). Im Zuge der HIV-Epidemie im Sub-Sahara Raum wurde von einigen AutorInnen auf diese Zuschreibung zurückgegriffen und als Determinante für die starke Ausbreitung von Aids in Afrika benützt. Dieser Rückschluss wird als Rückfall in den Rassismus in der Medizin und Sozialwissenschaft bezeichnet (Bibeau & Pedersen 2002).

Krankheit erhöht die Sensibilität für das Aids-Risiko, bzw. die Wahrscheinlichkeit für einen HIV-Test, wie in einer holländischen Studie insbesondere bei den weiblichen Befragten ersichtlich ist (Stolte, Gras et al. 2003).

Angesichts dieser vielschichtigen Interpretation von Risiko wird deutlich, dass Präventionskampagnen, die nach dem Konzept von "Information – Edukation – Kommunikation" funktionieren, rasch an Grenzen stossen, denn viele Sub-Sahara MigrantInnen stützen ihr individuelles Risikoverhalten nicht nur auf biomedizinisches Wissen ab, sondern sind ebenso von sozio-ökonomischen Faktoren, kulturell gewachsenen Werthaltungen oder individuellen Lebenserfahrungen beeinflusst. Für nachhaltige Veränderungen, die der komplexen sozialen Realität der Menschen Rechnung trägt, wurden deshalb Präventionskonzepte zunehmend umfassend geplant und Faktoren aus dem Lebensalltag berücksichtigt (Fakhouri, Tubb et al. 1997; Department of Health 2005b).

4.1.2.4.3 Sensibilisierung und Wissensstand zu HIV/Aids

Die Mehrheit der in der Schweiz lebenden Sub-Sahara MigrantInnen ist in den letzten 15 bis 20 Jahren nach Europa eingewandert (Bundesamt für Statistik 2005a). Daher muss davon ausgegangen werden, dass der Wissensstand zur HIV-Übertragung und zu Präventionsmöglichkeiten noch stark von den Erklärungsmodellen und Wertvorstellungen ihrer Herkunftsländer geprägt ist (Kessler Bodiang & Okullo 2002)⁸³. Allerdings dürfte es dazu erhebliche Unterschiede zwischen Personen von verschiedenen Herkunftsländern und -regionen geben, denn in gewissen Nationen wie beispielsweise in Uganda wird bereits seit vielen Jahren öffentlich über die Epidemie gesprochen (Elangot 1987)⁸⁴. In anderen Ländern wie etwa Simbabwe, wo aufgrund der politischen Instabilität das öffentliche Gesundheitswesen bereits seit langem zusammen gebrochen ist, herrscht hingegen – vor allem in ländlichen Gebieten – eine Kultur des Schweigens (Duffey 2005). Trotz verschiedener geschichtlicher Bedingungen im Herkunftsland hat sich in verschiedenen Studien gezeigt, dass ein Bedarf an Sensibilisierung und Information besteht, nicht zuletzt, weil Informationen über HIV/Aids aus den Medien bruchstückhaft aufgenommen werden (Chinouya, Musoro et al. 2003)⁸⁵. So

⁸³ Dazu gehört auch – je nach Herkunftsland und Ausprägung der kirchlichen Dominanz – die strikt ablehnende Haltung zum Kondom. Aus katholischer Sicht bezeichnete der tansanische Erzbischof von Dar es Salaam, Polycarp Pengo, die Förderung des Kondoms als moralisch verwerflich, insbesondere wenn es als Präventionsmittel im Schulunterricht mit Jugendlichen oder Kindern diskutiert werde. Diese Meinung vertrat er im Zusammenhang mit dem im November 2005 vorgestellten neuen Lehrplan für Primarschulen in Tansania, in dem in der Sexualkunde auch auf das Kondom als Schutz vor Aids eingegangen werden soll (siehe dazu www.cisanews.org vom 13. Januar 2006, Catholic Information Service for Africa).

⁸⁴ Dies ist auch daran ersichtlich, dass in einer 1996 durchgeführten britischen Studie 57 % der ugandischen Befragten angaben, dass sie vor und nach der Ankunft in England über HIV/Aids Informationen erhalten hatten (McMunn, Mwanje et al. 1998).

⁸⁵ Dieses Forschungsprojekt wurde in einer ländlich geprägten Region ausserhalb Londons durchgeführt, wo bis zur Studiendurchführung nur wenig HIV/Aidsberatungsstellen aktiv waren.

wünschen 50 % der 320 befragten Sub-Sahara MigrantInnen in Grossbritannien mehr Sensibilisierung zu sexueller Gesundheit, Schwangerschaftsverhütung und HIV, am ehesten in Form von Filmen, Videos und Printmedien. In zwei weiteren Studien aus England hat sich gezeigt, dass 30 bis 45 % der 16- bis 44-Jährigen mehr Informationen über HIV wünschen, sofern dies eine vertrauenswürdige Person an sie heran trägt (Ndofor-Tah, Ford et al. 2000; Chime 2003). In diesem Zusammenhang wird auch der Wissensstand zu HIV/Aids untersucht (Ndofor-Tah, Ford et al. 2000; Chinouya & Reynolds 2001; Chime 2003). Dabei geht es sowohl um das Wissen von biomedizinischen Zusammenhängen, als auch um Kenntnisse der vorhandenen Beratungsangebote. In einer breit angelegten Untersuchung mit 1000 Sub-Sahara MigrantInnen in vier Londoner Bezirken zeigte sich, dass der Wissensstand zu HIV/Aids sowie zu Test- und Behandlungsmöglichkeiten im Jahr 2000 unzureichend war (Ndofor-Tah, Ford et al. 2000). Die Mehrheit der Befragten wusste zwar von der Krankheit, aber das Wissen war oberflächlich. So gaben beispielsweise nur 68 % an, dass HIV über sexuellen Kontakt von einer Person zur anderen übertragen wird, und 43 % wussten nicht, dass es Medikamente gibt, die die HIV-Krankheit in Schach halten können. 30 % wussten nicht, dass die Übertragung von der Mutter auf das Kind möglich ist. Ebenso gaben 25 % an, dass ein Kondom keine schützende Wirkung vor einer HIV-Infektion hat, und 30 % kannten diese schützende Funktion nicht genau. Auch im Rahmen eines deutschen Projektes wurde deutlich, dass der Kenntnisstand zum Thema HIV und das Bewusstsein über die Infektionsgefährdung innerhalb der Zielgruppe gering und die Infektionswege nur diffus bekannt sind (Hafner 2003a). Zudem ist das Angebot von kostenlosen und anonymen HIV-Testmöglichkeiten unbekannt.

Schliesslich sind erläuternde Informationen dahingehend nötig, dass das HIV nicht zwingend bei jedem Sexualkontakt übertragen wird, auch nicht bei einem risikoreichen Geschlechtsverkehr mit einer HIV-infizierten Person. Angesichts solcher infektiologischer Phänomene, die auf biomedizinischen, bzw. virologischen Konzepten beruhen, kommt es vor, dass Sub-Sahara Migrantinnen zur Erklärung auf traditionelle afrikanische Konzepte wie z. B. Hexerei zurückgreifen (Beier 2005). Der Wissensstand ist auch von religiösen oder spirituellen Vorstellungen geprägt. Dazu gehört z. B. die Auffassung, dass Gott die Macht zugesprochen wird, das Virus in die Welt zu setzen und dieses auch wieder entfernen könne (El-Karimy, Gras et al. 2001). Auch wird das häufige Reden über Aids mitunter abgelehnt, wenn der Glaube besteht, dass dadurch das Unglück herauf beschwört wird (El-Karimy, Gras et al. 2001).

All diese Erkenntnisse zum Wissensstand bei der Sub-Sahara Migrationsbevölkerung bedeuten, dass auf Seiten der PräventionsanbieterInnen eine kritische Reflexion erforderlich ist zu den bislang vor allem auf westeuropäische Zielgruppen ausgerichteten Präventionsbotschaften und Informationsmaterialien.

4.1.2.4.4 Traditionelle Sexualpraktiken

Zu den traditionellen Sexualpraktiken werden insbesondere die Frauen- und Mädchenbeschneidung, die Vaginallavage sowie gewisse eheliche Praktiken beschrieben.

Ein begünstigender und besonders riskanter Faktor für die HIV-Transmission ist die Beschneidung von Mädchen und Frauen zu unterschiedlichen Zeitpunkten in ihrem Leben (World Health Organization 2001)⁸⁶. Aufgrund der Migrationsbewegungen wird davon ausgegangen, dass zunehmend beschnittene in Frauen Europa leben (Powell, Leye et al. 2004). Durch die genitale Verstümmelung besteht sowohl in gynäkologischer, geburtshilflicher wie auch infektiologischer Hinsicht ein erhöhtes Risiko für Komplikationen, bzw. für Infektionen beim Geschlechtsverkehr (Retzlaff 1999). Daher ist – auch angesichts der rund 6'000 bis 7'000 beschnittenen Frauen und Mädchen in der Schweiz – eine kontinuierliche Sensibilisierung sowohl von gynäkologischen und geburtshilflichen Fachstellen wie auch bei Fachleuten im Aidsbereich erforderlich (Thierfelder, Tanner et al. 2005).

Der Vaginallavage liegen sowohl die tägliche Körperhygiene als auch die Krankheitsprävention zugrunde. Dazu wird die Vagina regelmässig, zum Teil täglich mit Wasser, Kräutersubstanzen oder auch antiseptischen Tinkturen gereinigt (Myer, Kuhn et al. 2005). Mit der Vaginallavage sind auch der "dry sex" und damit die Vorstellung verbunden, dass die Vagina trocken, eng und heiss sein soll, um das sexuelle Vergnügen des Mannes zu befriedigen. Gewisse Pflanzen werden manchmal auch während dem Geschlechtsverkehr in der Vagina belassen, um die Schleimhäute auszutrocknen (El-Karimy, Gras et al. 2001). In einer britischen Studie ist ersichtlich, dass rund 12 % der befragten afrikanischen Frauen und 9 % der Männer häufig oder gelegentlich in "dry sex" Praktiken während ihres Lebens in England involviert sind (Fenton, Chinouya et al. 2002)⁸⁷. Für ein erhöhtes HIV-Ansteckungsrisiko vor allem bei Frauen gibt es verschiedene biologisch plausible Gründe dieser intravaginalen Reinigung. Allerdings ist ein kausaler und signifikanter Zusammenhang zwischen diesen Praktiken und einer HIV-Übertragung schwierig herzustellen, weil verschiedenste Substanzen mit unterschiedlicher Häufigkeit benützt werden. So zeigt eine jüngst publizierte Literaturübersicht zu intravaginalen Praktiken und HIV-Übertragungsmöglichkeiten kontroverse Ergebnisse (Myer, Kuhn et al. 2005). Zum Beispiel hat sich die HIV-Transmission bei der Benützung von nicht-kommerziellen Antiseptika, die zur Vaginallavage benützt werden, erhöht, aber die Verwendung von kommerziellen Mitteln führte zu einer tieferen HIV-Übertragung. Aus medizinischer Sicht wird jedoch eine Ver-

⁸⁶ Die weibliche Beschneidung wird in rund 28 afrikanischen Ländern praktiziert, insbesondere in Somalia, Aethiopien und Eritrea und betrifft rund 100 bis 140 Millionen beschnittene Mädchen und Frauen, wobei jährlich neu 2 Millionen Mädchen und Frauen der Gefahr der Beschneidung ausgesetzt sind (World Health Organization 2001)..

⁸⁷ In ihren afrikanischen Herkunftsländern lagen die prozentualen Anteile des "dry sex" der Frauen bei 9.9 % und der Männer bei 9.5 %. Diese Zahlen sind demnach leicht höher als die Angaben für die dry sex-Praxis während des Lebens in Grossbritannien.

haltensänderung des "dry sex" empfohlen, denn diese traditionellen Praktiken können zu einer Schädigung der Vaginalschleimhaut und insbesondere des Cervix führen und damit zu einem erhöhten Risiko von sexuell übertragbaren Infektionen und bei Frauen zu Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (Fernandez 2003). Auch wird von der Schädigung des Kondoms berichtet, wenn die intravaginal vorhandenen Substanzen grobkörnig sind und am Latex Abreibungen und Schädigungen verursachen (Chinouya & Reynolds 2001).

Schliesslich werden die sexuellen Riten "Lufuila" und "Levirat" als HIV-Risiko für Frauen beschrieben (Louhenapessy & Baruani 1999). Bei ersterem hat eine frisch verwitwete Frau einmaligen Geschlechtsverkehr mit einem Mann, der sie durch den Lufuila Ritus reinigt und damit für ihr zukünftiges gesundes Sexualleben vorbereitet. Das Levirat beinhaltet, dass eine Witwe einen Cousin, Nefen oder Bruder des verstorbenen Mannes heiratet. Dadurch kann sie zwar in der Familie integriert bleiben, aber diese "Weitergabe" von Ehefrauen bedeutet auch ein Risiko der HIV-Ausbreitung⁸⁸.

Ferner werden traditionelle eheliche Praktiken für die Ausbreitung der HIV-Infektionen verantwortlich gemacht, unter anderem Poligamie (Louhenapessy & Baruani 1999). Allerdings wird auch die Meinung vertreten, dass dieses Risiko nicht verallgemeinert und nicht mit Promiskuität gleichgesetzt werden kann. Am Beispiel von Senegal wird argumentiert, dass nicht die Poligamie die Ursache der Aids-Ausbreitung sei, sondern instabile Sexualpartnerschaften, die wiederum vom sozialen Kontext beeinflusst werden (Oppong & Kalipeni 2004). Poligamie wird zum Teil auch als protektiver Faktor, d. h. als Schutz vor Promiskuität dargestellt.

Die Traditionen der Vaginallavage sowie der ehelichen Praktiken sind zwar für die HIV-Prävention relevant und sollen auch explizit erwähnt werden. Allerdings besteht die Gefahr, dass sie als exotisch gelten, die andere Faktoren, insbesondere Armut und geringe Chancengleichheit für Frauen in den Hintergrund rücken (Kesby, Fenton et al. 2003). Letztlich sind diese Traditionen für sich alleine betrachtet weniger ein Problem für die HIV-Prävention sondern spezifische Risikofaktoren wie die Häufigkeit und Dauer von sexuellen Kontakten und vor allem die *Kombination* verschiedener Risiken, insbesondere Prostitution und hohe Prävalenz von sexuell übertragbaren Krankheiten, was wiederum Indikatoren für soziale Ungleichheiten in einer Gesellschaft sind. Präventionsberatung in diesem Kontext wird in einem jüngst von der Internationalen Organisation für Migration aufgegriffen (International Organization of Migration 2006). Empfohlen wird für die Beratung, dass die sexuellen Praktiken zunächst durch offene Fragen erschlossen werden, um darauf aufbauend konkrete Risiken und Schutzmöglichkeiten anzusprechen.

⁸⁸ Nicht erwähnt ist allerdings, ob diese beiden Riten auch bei Sub-Sahara Migrantinnen, die fern von ihren Herkunftsländern leben, weiter geführt wird. Möglicherweise gibt es auch hier eine Abnahme, wie dies beim Praktizieren von "dry sex" beobachtet wird (Fenton, Chinouya et al. 2002).

4.1.2.4.5 Kondomgebrauch

Die Ambivalenz zum Kondomgebrauch oder –verzicht zeigt sich anhand verschiedener Dimensionen. Das kommt bei der Aussage zum Ausdruck, dass Kondome "healthy, but not pleasant" sind (El-Karimy, Gras et al. 2001, S. 317). Damit wird die eigene Gesundheit der sexuellen Erfüllung gegenüber gestellt, und wenn letztere den Vorrang hat, wird das Kondom unregelmässig benützt. In einer holländischen Studie werden zudem die Pole "Kontrolle behalten" und "Natürlichkeit" dargestellt, wobei die stärkere Gewichtung der Kontrolle zu vermehrtem Kondomgebrauch führt (El-Karimy, Gras et al. 2001). Kondome werden auch unterschiedlich benützt bei kommerziellem und nicht-kommerziellem Sex. So verwenden Sub-Sahara Migranten in einer holländischen Untersuchung in 90 % der Sexualkontakte mit Prostituierten systematisch Kondome (Gras, Weide et al. 1999). Bei nicht-kommerziellen Sexualkontakten ausserhalb einer festen Beziehung liegt der Kondomgebrauch bei Frauen und bei Männern bei rund 55 %. Allerdings geben nur 10 % der Frauen, aber 50 % der Männer solche Sexualkontakte an. Gründe für den Verzicht auf das Kondom bei den Männern sind unter anderem, dass die Partnerin zurzeit des Geschlechtsverkehrs nicht fruchtbar war, dass sie keine sexuell übertragbaren Infektionen hatte, oder die Männer hatten Bedenken, dass die eigene sexuelle Lust mit dem Kondomgebrauch abnehmen könnte (Sadler, Fenton et al. 2005). Die Länge einer Partnerschaft ist ebenfalls entscheidend für den Kondomgebrauch, d. h. Kondome werden zu Beginn einer Sexualbeziehung benützt, wenn die Identität des Partners oder der Partnerin noch nicht genau bekannt ist (Kesby, Fenton et al. 2003). Mit der Länge der Beziehung nimmt der Kondomgebrauch jedoch ab, und "richtiger Sexualkontakt" kann beginnen (El-Karimy, Gras et al. 2001, S. 317). Damit ist auch "guter Sex" gemeint, der als wichtigstes Kriterium für Emotionalität und als Gegenpart von Kontrolle verstanden wird. In stabilen langjährigen Partnerschaften wird das Kondom nicht mehr als nötig erachtet. In einer monogamen Beziehung könnte der Kondomgebrauch auf beiden Seiten eher Verdacht auf Untreue auslösen (Sadler, Fenton et al. 2005). Eine weitere Dimensionalisierung zeigt sich darin, dass der Besitz und Gebrauch des Kondoms eher als Promiskuität und ungezügelter Sexualität interpretiert wird und nicht als Schutz (El-Karimy, Gras et al. 2001). Schliesslich geht aus einer Tabelle zu "pro und kontra Kondomgebrauch", die in einer qualitativen Studie erstellt wurde, hervor, dass die Schwangerschaftsverhütung als besonders guter "Aufhänger" für eine Diskussion zwischen SexualpartnerInnen zum Thema HIV-Infektion gilt, und dass das Kondom in diesem Fall auch rasch akzeptiert wird (El-Karimy, Gras et al. 2001)⁸⁹.

⁸⁹ Bezüglich Schwangerschaftsverhütung ist die Schlussfolgerung eines Forschungsprojektes aus Südafrika erwähnenswert. Laut dieser unlängst publizierten Studie besteht Grund zur Annahme, dass heterosexuelle Männer und Frauen ungeschützten Analverkehr praktizieren, weil sie glauben, dass diese Sexualpraxis nicht nur vor einer Schwangerschaft schütze sondern auch gegen eine HIV-Infektion (Lane & Pettifor 2006).

Zusätzlich zu diesen Dimensionen wird die Zurückhaltung zum Kondomgebrauch damit begründet wird, dass das Berühren der Spermaflüssigkeit beim Ausziehen des Kondoms nach der Ejakulation als unsauber gilt (El-Karimy, Gras et al. 2001). Und vor allem kann durch das Kondom der primäre "Bestimmungsort" der Spermien, also die Vagina, nicht erreicht werden. Auch existiert die Meinung, dass die Samenflüssigkeit die Frau nähren soll. Die Verwendung des Kondoms würde dies jedoch verhindern (Louhenapessy & Baruani 1999). Im Sub-Sahara Migrationskontext wird nicht zuletzt auch angemerkt, dass die Verfügbarkeit von kostenlosen Kondomen kaum bekannt ist. So wissen in einer britischen Studie 75 % der befragten MigrantInnen nicht, wo sie gratis Präservative erhalten können (Chinouya, Musoro et al. 2003).

Neben dem männlichen Kondom wird auch das Kondom für Frauen, das Femidom, als Präventionsmöglichkeit im transkulturellen Rahmen thematisiert (Young 1997; Choi, Wojcicki et al. 2004). Es ermöglicht den Frauen eine gewisse Autonomie, um über Schwangerschaftsverhütung und Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen zu bestimmen, dies insbesondere in sozialen Kontexten, in denen Frauen eine geringe Machtposition in Fragen der Sexualität zugestanden wird. Im Gegensatz zum afrikanischen Kontinent gibt es zur Akzeptanz des Femidoms bei Sub-Sahara MigrantInnen bislang kaum Erkenntnisse. Deshalb wurde im Rahmen des AFRIMEDIA-Projektes in Zürich eine Pilotstudie durchgeführt, bei der die Akzeptanz bei den 57 teilnehmenden Afrikanerinnen als sehr hoch beurteilt wird, denn rund 95 % der befragten Frauen geben an, dass sie das Femidom wahrscheinlich oder sehr wahrscheinlich wieder benutzen würden (Kessler Bodiang, Tshibangu et al. 2005). Wichtige Gründe für die Verwendung waren die Möglichkeiten des Schutzes, wenn der Ehemann oder Lebenspartner nicht treu oder nicht bereit ist, das Präservativ zu benutzen. Vor dem Hintergrund dieses Pilotprojektes wird das Femidom als geeignetes Mittel, ergänzend zur Förderung des Kondoms für Männer, für die HIV-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen empfohlen. Entscheidend für den konsequenten Gebrauch ist allerdings, dass der Preis durch deutlich gesenkt werden sollte⁹⁰.

4.1.2.4.6 HIV-Antikörpertest

In verschiedenen Studien der letzten zehn Jahre ist ersichtlich, dass die HIV-Infektion bei Sub-Sahara MigrantInnen erst spät im Krankheitsverlauf und aufgrund von vorhandenen spezifischen oder unspezifischen Symptomen diagnostiziert wird (Del Amo, Goh et al. 1996; Burns, Fakoya et al.

⁹⁰ Zurzeit kann das Femidom über die Aids-Hilfe Schweiz für den Einstandspreis von CHF 1.50 gekauft werden (www.aids.ch, Zugriff am 22. Februar 2006)

2001; Staehelin, Rickenbach et al. 2003; Boyd, Murad et al. 2005)⁹¹. Vor diesem Hintergrund ist der HIV-Test kein primärpräventives, sondern ein diagnostisches und sekundärpräventives Instrument. Ziel ist es zum einen, dass eine mögliche HIV-Infektion frühzeitig erkannt wird und die nötigen anti-retroviralen Therapien diskutiert und bei Bedarf eingeleitet werden können. Zum anderen soll die virale Last durch eine wirksame Therapie so stark gesenkt werden, dass die Weiterverbreitung des HI-Virus bei ungeschützten Sexualkontakten vermindert wird (Fenton, Chinouya et al. 2002). Angesichts der geschätzten rund 30 % nicht diagnostizierten HIV-Infektionen bei Sub-Sahara MigrantInnen ist dieses sekundärpräventive Ziel ein besonders wichtiger Aspekt (Department of Health 2005b). Allerdings ist eine HIV-Teststelle auch dann ein wichtiger Ort, wenn ein HIV-Test negativ ausfällt, denn ein Beratungsgespräch ist in jedem Fall eine gute Gelegenheit, um Fragen und Unsicherheiten zur Transmission oder zu Behandlungsoptionen zu eruieren. Dabei sollte mit Sub-Sahara MigrantInnen auch der Begriff "anonym" genau und explizit diskutiert werden, denn aus einer holländischen Untersuchung ist ersichtlich, dass die Bedeutung und das Verfahren der anonymen HIV-Tests kaum bekannt sind (Stolte, Gras et al. 2003).

Um die Kenntnisse über und die Motivation zum HIV-Test bei Sub-Sahara MigrantInnen zu fördern, wurden deshalb in den letzten Jahren in England und in Frankreich spezifische Kampagnen gestartet. In England begann der Terrence Higgins Trust im Jahr 2002 damit, afrikanische Menschen mittels Broschüren und Internetauftritten anzusprechen und über den HIV-Test zu informieren⁹². Ebenso wurden verschiedene Informationsmaterialien entwickelt, zum einen allgemein auf afrikanische Menschen ausgerichtet, aber auch getrennt für Sub-Sahara Männer und Frauen. In Frankreich startete im Frühling 2005 die Kampagne des Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Unter anderem wird mit alltagsnahen Broschüren und Plakaten auf den anonymen und kostenlosen HIV-Test aufmerksam gemacht (siehe Abbildung 10).

⁹¹ Im Rahmen einer französischen Evaluationsstudie zur Inanspruchnahme des HIV-Tests zeigte sich, dass Subsahara MigrantInnen ein zweimal höheres Risiko haben, um mit einem HIV-positiven Laborergebnis gleichzeitig die Aids-Diagnose zu erfahren, wobei sich die Ergebnisse zwischen Männern und Frauen unterscheiden (Lot 2005). So melden sich Männer meistens im Zusammenhang mit körperlichen Symptomen zu einem HIV-Test und erfahren in der Regel im Spital von ihrer Erkrankung, während bei Frauen eher anlässlich einer Schwangerschaftsuntersuchung ein HIV-Test angeboten und durchgeführt wird.

⁹² Siehe dazu www.tht.org.uk/african/campaigns.htm (Zugriff am 2. August 2005)



Abbildung 10: Kampagne zur Förderung des HIV-Tests bei Sub-Sahara MigrantInnen in Frankreich⁹³.

Zudem wurden rund um den Weltaidstag im Jahr 2005 Radiosendungen produziert und ausgestrahlt, in denen HIV-infizierte Sub-Sahara MigrantInnen von ihrem Leben mit dem Virus erzählen und insbesondere zu einem frühzeitigen HIV-Test aufrufen. In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass ein gezielter, niederschwelliger und vertrauensfördernder Zugang zu Sub-Sahara MigrantInnen die Testhäufigkeit erhöht. Dies zeigt sich deutlich an der "Action Gare", die in Frankreich während mittlerweile fünf Jahren durchgeführt wird (Lagneau 2005). Beim HIV-Test, der an verschiedenen Bahnhöfen angeboten wird, konnte während den Jahren 2000 bis 2005 eine ständige Zunahme von InteressentInnen aus dem Sub-Sahara Raum beobachtet werden. Waren es im Jahr 2001 noch 20% der an den Bahnhöfen durchgeführten Tests, so stieg der Anteil bis ins Jahr 2004 auf 31%. Im Jahr 2004 wurden im Rahmen dieser Bahnhofsaktion je zwei afrikanische Frauen und Männer mit einer HIV-Infektion diagnostiziert, was einer Prävalenz von 4.5 von 1000 entspricht. Erwähnt wird auch, dass 83 % der Testergebnisse abgeholt werden, was angesichts der Mobilität der MigrantInnen im Bahnhofsetting als sehr hoch bewertet wird. In einer britischen Machbarkeits- und Akzeptanzstudie

⁹³ Bild: www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/841.pdf, Radiosendung: www.inpes.sante.fr (Zugriff am 15. Februar 2006)

über das Unlinked Anonymous Screening⁹⁴ bei MigrantInnen erwies sich, dass das Angebot für einen HIV-Schnelltest bei zwei Dritteln der 1359 Studienteilnehmenden in Anspruch genommen wurde (Sadler, Fenton et al. 2005). Diese Studie hat auch gezeigt, dass 51 % der Frauen und 43 % der Männer bereits innerhalb der vergangenen fünf Jahre einen HIV-Test gemacht hatten. In einer französischen Aktionsforschungsstudie ist ferner ersichtlich, dass die gute Beziehung einer Frauenorganisation zu Prostituierten aus dem Maghreb und aus Sub-Sahara Afrika zu einer deutlichen Erhöhung der anonym durchgeführten HIV-Tests führt (Guillemaut 2005). Und in einer britischen Untersuchung aus jüngster Zeit liegt die Inanspruchnahme des HIV-Tests bei den 16- bis 44-jährigen Sub-Sahara MigrantInnen höher als erwartet (Burns, Fenton et al. 2005). Dies hängt möglicherweise damit zusammen, dass der HIV-Test eher in Anspruch genommen wird, wenn bei den MigrantInnen Gewissheit besteht, dass sie im Falle der HIV-Seropositivität Zugang zu den antiretroviralen Therapien haben (Faya 2004). Zudem könnte laut einer jüngst publizierten britischen Studie die Testhäufigkeit weiter erhöht werden, wenn die Institutionen, die einen HIV-Test anbieten, noch breiter gefächert wären, und wenn vermehrt HIV-Schnelltests angeboten würden (Sadler, Fenton et al. 2005)⁹⁵.

4.1.2.4.7 Inanspruchnahme von Beratungs- und Unterstützungsangeboten

Die Inanspruchnahme von Angeboten zur HIV-Prävention und sexueller Gesundheit hängt wesentlich vom Wissen über die Existenz solcher Angebote ab. In einer britischen Studie wird deutlich, dass männliche Community Leaders, die ihrerseits von MigrantInnen um Informationen angefragt werden, selber kaum über Wissen zu spezifischen HIV-Beratungsstellen oder Polikliniken verfügen. Daher empfehlen diese Community Leaders mangels Alternativen in der Regel Allgemeinärzte oder Spitäler für Fragen zu sexuellen Erkrankungen (Chime 2003). Ebenso äussern die befragten Personen dieser britischen Studie die Meinung, dass die spezifischen Beratungsstellen für HIV-Prävention und sexuelle Gesundheit ausschliesslich für diejenigen Männer gedacht seien, die mit Männern oder mit Prostituierten Sexualekontakte haben. Deshalb werden nicht die Beratungsstellen, sondern der Hausarzt als wichtigste Quelle für Informationen über HIV/Aids genannt. Die hohe Inan-

⁹⁴ Dabei handelt es sich um ein Testverfahren, das bereits seit den späten 1990er Jahren praktiziert wird, und bei dem zu Screeningzwecken eine anonymisierte Probe entnommen und auf HIV getestet wird (World Health Organization 1989).

⁹⁵ Diese erfolgreichen Strategien für die bessere Information und Motivation zum HIV-Test werden auch von verschiedenen Organisationen unterstützt, die sich gegen obligatorische HIV-Tests ausgesprochen haben. Für das Flüchtlingshochkommissariat der UNO ist mit Zwangstests kein Nutzen für die öffentliche Gesundheit erkennbar (Joint United Nations Program on HIV/AIDS & United Nations High Commissioner for Refugees 2005). Auch der Schweizerische Berufsverband der Pflegefachpersonen SBK argumentiert in einem kürzlich publizierten Artikel, dass weder ethische, epidemiologische noch logistische Gründe obligatorische HIV-Tests rechtfertigen (Bischofberger & Panchaud 2005).

spruchnahme des Hausarztes wird in einer anderen britischen Studie mit 118 UganderInnen bestätigt (McMunn, Mwanje et al. 1998). Dabei wird deutlich, dass die lokalen Sexualberatungsstellen bei 65 % der Befragten nicht bekannt sind und daher nicht in Anspruch genommen werden. Allerdings ist in einer jüngeren britischen Untersuchung ersichtlich, dass rund 40 % der Teilnehmenden bereits einmal eine Poliklinik für sexuell übertragbare Infektionen aufgesucht haben (Sadler, Fenton et al. 2005), und dass zwischen 40 % und 50 % zu einem früheren Zeitpunkt einen HIV-Test gemacht hatten. Von einem deutschen Projekt ist zudem bekannt, dass die Sexual- und Schwangerschaftsberatungsstellen von Afrikanerinnen oft aufgesucht und als hilfreich beurteilt werden (Hafner 2003a). Allerdings besteht mitunter eine Diskrepanz zwischen dem wahrgenommenen Bedarf nach Unterstützung einerseits und dem Aufsuchen von Hilfsangeboten andererseits (Chime 2003). Dies wird darauf zurückgeführt, dass das Wissen auf den legitimen Anspruch auf Gesundheitsberatung nicht flächendeckend vorhanden ist.

Eine gute Vernetzung von afrikanischen Organisationen und Gesundheitsinstitutionen wird in mehreren Studien empfohlen, denn Gemeindegruppen sind ebenfalls eine wichtige Anlaufstelle für Gesundheitsinformationen (McMunn, Mwanje et al. 1998). In Bezug auf religiöse Gruppen wird die Hilfe bei gesundheitlichen Problemen allerdings nur von 5 % der rund 1000 Befragten einer britischen Studie beansprucht (Ndofor-Tah, Ford et al. 2000). Ähnlich tief liegt die Rate in einer anderen Studie aus England, in der lediglich 1 % im Falle von gesundheitlichen Problemen einen "religiösen Leader" aufsuchen würde (McMunn, Mwanje et al. 1998). Allerdings zeigte sich im Rahmen eines deutschen Projektes, dass der Rat der afrikanischen Kirchengemeinden in Nordrhein-Westfalen Interesse signalisierte für die HIV-Thematik sowie für Veranstaltungen in den Kirchengemeinden und für spezielle weiterführende Schulungen von Pastoren, um den Gläubigen zukünftig qualitativ gute Auskünfte geben zu können (Hafner 2003b).

Zudem wird von den AutorInnen verschiedener Studien die organisatorische Nähe von Beratungsstellen im Gesundheits- und Asylbereich empfohlen, denn Sub-Sahara MigrantInnen, insbesondere Asylsuchende und Flüchtlinge, verfügen oft nicht über das nötige Wissen, um für ihren mitunter instabilen Gesundheitszustand die nötige Versorgung in Anspruch zu nehmen (Chime 2003). Allerdings wird die Nähe einer Gesundheitsinstitution zum Asylbereich von Sub-Sahara MigrantInnen auch kritisch beurteilt aus Angst, der allenfalls unzureichende Gesundheitszustand oder gar ein HIV-positiver Testbefund könnten einen negativen Einfluss auf das Asylverfahren haben (Chinouya, Musoro et al. 2003). Hemmend auf die Inanspruchnahme HIV-Beratungsstellen könnte schliesslich auch wirken, dass die aufsuchende Person von Dritten beobachtet und dadurch die Annahme entstehen könnte, die aufsuchende Person sei HIV-infiziert. Deshalb wird der Kontakt zu den einschlägigen Stellen laut einer deutschen Untersuchung eher gemieden (Beier 2005).

Um die Inanspruchnahme der Angebote zu erhöhen wird einerseits darauf geachtet, dass das Personal zur Situation der Sub-Sahara MigrantInnen geschult wird und daher rascher eine Problemidentifikation vornehmen kann. Beispielsweise wird in einer britischen Studie darauf hingewiesen, dass in Grossbritannien viele Menschen aus Uganda leben, daher sollten gewisse geschichtliche Eckdaten aus diesem Land, insbesondere Konflikte zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen bei den Professionellen bekannt sein und bei der Prävention berücksichtigt und thematisiert werden. Empfohlen wird ebenfalls, dass vor allem visuelle Botschaften zur sexuellen Übertragbarkeit in den Beratungsstellen diskret verbreitet werden, weil einschlägiges Bildmaterial in ländlichen Gegenden Skepsis auslösen oder gar abschreckend wirken könnte (Chinouya, Musoro et al. 2003).

Schliesslich wurden in England seit dem Jahr 2000 und in Frankreich seit 2001 angesichts der überdurchschnittlich hohen HIV-Prävalenz bei Sub-Sahara MigrantInnen kostenlose Telefonberatungsstellen eingerichtet, um die Inanspruchnahme von Beratungsstellen über den Weg eines niederschweligen anonymen Angebotes zu erleichtern. In England ist diese Hotline ausschliesslich auf afrikanische Gemeinschaften ausgerichtet und wird deshalb in den Sprachen English, Französisch, Kiswahili, Shona und Luganda angeboten⁹⁶. In Frankreich sollen auch weitere Migrationsgemeinschaften mit den Sprachen Französisch, Spanisch, Arabisch, Bambara und Russisch erreicht werden. In England beantworten AfrikanerInnen der Black Health Agency Fragen zu HIV/Aids, sexueller Gesundheit sowie zum Beratungs- und Versorgungsnetz⁹⁷. In Frankreich führt das Sida Info Centre die 24-Stunden-Hotline.

4.1.2.5 Präventionsmethoden

Im folgenden Abschnitt wird nun präsentiert, mit welchen Methoden die Präventionsbotschaften in den Sub-Sahara Gemeinschaften vermittelt werden. Allgemein wird empfohlen, dass die Methoden unterhalten und zur Teilnahme anregen sollen, um die Attraktivität des oft als schwer und traurig verstandenen Themas zu erhöhen (El-Karimy, Gras et al. 2001). Allerdings konnte in einer Studie gut ein Viertel der Befragten keine Angaben dazu machen, wie sie über HIV/Aids informiert werden möchten (Ndofor-Tah, Ford et al. 2000). Das bedeutet, dass die methodische Kompetenz bei PräventionsanbieterInnen breit entwickelt sein sollte, um angesichts dieser Unschlüssigkeit das geeignete methodische Arrangement zu wählen und das Interesse für das präsentierte Thema zu wecken. Der Methodenwahl kommt auch deshalb eine grosse Bedeutung zu, weil insbesondere in Grossbritannien zwar viele qualitativ gute HIV-Präventionsmaterialien für Sub-Sahara MigrantInnen

⁹⁶ Siehe dazu www.africaninengland.org (Zugriff am 3. August, 2005)

⁹⁷ Im Jahresbericht 2004 - 2005 der Black Health Agency ist erwähnt, dass das Angebot von über 3000 Anrufenden genutzt wurde (Black Health Agency 2005, www.blackhealthagency.org.uk; Zugriff am 31. März 2006).

existieren, aber die Verteilung dieser Dokumente und die Vermittlung der darin beschriebenen Präventionsbotschaften ist laut einer britischen Evaluationsstudie ungenügend (Oxford Development Partnership 2004a). Die AutorInnen empfehlen, dass die Inhalte in einem Kontext vermittelt werden, der als unterhaltend und kreativ umschrieben wird, und der von Menschen vermittelt wird, die sensibel sind für die Sorgen von afrikanischen Menschen (Oxford Development Partnership 2004a). Im Folgenden werden nun mündliche, schriftliche, visuelle und partizipative Methoden beschrieben, die dieser Empfehlung nachkommen. Anzumerken ist bereits an dieser Stelle, dass angesichts der Methodenkombination die Grenze zwischen den vier Kategorien nicht scharf gezogen werden kann.

4.1.2.5.1 Mündliche Methoden

In afrikanischen Gemeinschaften werden Wissen und Informationen traditionellerweise mündlich übermittelt (Kessler Bodiang & Okullo 2002). Deshalb kommt der mündlichen Kommunikation in der HIV-Prävention grosse Bedeutung zu. Allerdings werden Gespräche über Themen, die mit Sexualität in Verbindung stehen, im afrikanischen Kontext als etwas sehr Intimes verstanden, über das kaum gesprochen wird (Elam, Fenton et al. 1999; Chime 2003). In Form von Neckereien und Körpersprache wird über Sexualität allerdings durchaus gerne kommuniziert, aber der Kontext ist entscheidend, ob vertieft über das Thema diskutiert werden kann, oder ob es bei lockeren Anspielungen und oberflächlichen Diskussionen bleibt (El-Karimy, Gras et al. 2001). So zeigte sich in einer britischen Studie, dass am ehesten mit einer nahe stehenden Person über Sex geredet wird, die zu 50 % als "Freund" oder "Freundin" bezeichnet wird (Ndofor-Tah, Ford et al. 2000)⁹⁸. Männer sprechen laut dieser Untersuchung eher mit Frauen über Sex (52 %) als mit Männern (35 %). Bei den Frauen zeigt sich ein ähnliches Muster, so diskutieren 37 % der befragten Frauen mit ihnen nahe stehenden Männern über Sex und nur 22 % mit Frauen. Auch die HIV-Infektion ist Gegenstand von Diskussionen zwischen den Geschlechtern, aber die konkreten Umstände der Übertragung, z. B. die Sexualpraktiken oder die sexuelle Orientierung werden gemäss einer deutsch-finnischen Studie eher tabuisiert (Edubio & Sabanadesan 2001). Die Möglichkeit des Gesprächs hängt nicht nur vom Geschlecht, sondern ebenso von den anwesenden Personen, deren Alter und von der Art der Veranstaltung ab. Auch der Sprache kommt in der mündlichen Vermittlung eine hohe Bedeutung zu, um das Vertrauen zu afrikanischen Gemeinschaften zu gewinnen. Dies geschieht insbesondere über eine einfache und bildhafte Sprache. Zudem werden Präventionsbotschaften mit persönlichem Engagement an die Sub-Sahara MigrantInnen heran getragen (Longerich 2005).

⁹⁸ Die Rangfolge der sechs möglichen Kategorien war: Familie, Geld, Gesundheit, Arbeit, Sex und Politik (Ndofor-Tah, Ford et al., S. 21).

Vor diesem Hintergrund bietet das Radio verschiedene methodische Möglichkeiten. Die Sprache steht im Vordergrund, die Informationen sind im privaten Rahmen verfügbar und die Anonymität auf Seiten der BerichterstellerInnen ist möglich (Gregori 2002). Diese Vorteile wurden in der Schweiz, bzw. im Raum Zürich für das Interventionsprojekt "Radio Somalia" genutzt. Im März 2002 wurden im Abstand von jeweils einer Woche drei Sendungen ausgestrahlt, die gemeinsam von der Aidshilfe Schweiz und einem somalischen Radioredaktor konzipiert worden waren. In der ersten Sequenz wurden Grundlagen zum Schweizer Gesundheitssystem und zur Übertragung von HIV thematisiert, in einer weiteren Ausstrahlung kamen spezifische Fragen von Frauen zur Sprache wie beispielsweise gynäkologische Untersuchungen, Beschneidung von Mädchen und Frauen oder Schwangerschaftsberatung. In der letzten Sequenz berichtete eine Journalistin von einem HIV-infizierten Paar, das in Somalia im Rahmen einer Pressekonferenz über seine Situation sprach. Mit diesem Sendeschwerpunkt sollte auf die Notwendigkeit der Solidarität hingewiesen und der Gefahr der sozialen Isolation entgegen gewirkt werden. Die Vorbereitungen für diese Sendungen erwiesen sich als herausfordernd, weil verschiedene mitunter wenig bekannte Begriffe wie Hausarzt oder Schweigepflicht geklärt werden mussten. Zudem sollten Sachverhalte angesprochen werden, über die kaum diskutiert wird, z. B. das Übertragungsrisiko beim oralen Geschlechtsverkehr. Eine weitere Form der HIV-Prävention am Radio wurde jüngst in einem französischen Sender ausgestrahlt⁹⁹. Anlässlich des "Fête des Amoureux" am 14. Februar 2006, also am Valentinstag, wurde Papa Wemba interviewt, der seit Jahrzehnten als afrikanischer Mega-Musikstar bekannt ist. Seine Berühmtheit – weit über sein Heimatland Kongo hinaus – soll dazu beitragen, dass die Botschaft des Schutzes vor einer HIV-Infektion und der Solidarität mit HIV-infizierten Menschen gehört und aufgenommen wird¹⁰⁰. Generell werden Radiosendungen laut einer britischen Evaluationsstudie als wichtiges Medium für die Verbreitung der HIV-Präventionsbotschaften beurteilt, weil durch die Variationen von Musik, Gedichten, Hörspielen oder Sachdiskussionen die Aufmerksamkeit der Zuhörenden leicht geweckt werden kann (Oxford Development Partnership 2004a). Hinzu kommt, dass auch Menschen im ländlichen Raum zu diesem Angebot Zugang haben (Gregori 2002)¹⁰¹.

4.1.2.5.2 Schriftliche Methoden

In Grossbritannien wurde vor wenigen Jahren eine Evaluation durchgeführt, in der die auf Sub-Sahara MigrantInnen ausgerichteten Präventionsmaterialien untersucht wurden (Oxford Develop-

⁹⁹ Siehe dazu www.survivreausida.net/a6839 (Zugriff am 10. Februar 2006)

¹⁰⁰ Populäre Persönlichkeiten in die HIV-Prävention einzuspannen, ist auch unter dem Begriff "key opinion leaders" bekannt und wird international in der HIV-Primärprävention thematisiert (exemplarisch Kelly, Lawrence et al. 1991).

¹⁰¹ Zu den mündlichen Methoden sind schliesslich auch die in Grossbritannien und Frankreich angebotenen Telefonberatungs-Hotlines zu zählen, die bereits im Abschnitt 2.4.5 erwähnt wurden.

ment Partnership 2004a). Insgesamt wurde den 179 Materialien eine hohe Qualität attestiert, allerdings existieren die meisten nur auf Englisch, erreichen aufgrund sprachlicher und logistischer Limiten die Zielpopulationen nur bedingt, und inhaltlich wird bei den Materialien tendenziell nicht die Primärprävention, sondern die Sekundär- und Tertiärprävention fokussiert. Mittlerweile sind die bestehenden Dokumente auf einer CD-Rom zusammen gestellt, so dass sie einfach zugänglich und übersichtlich zur Verfügung stehen (Oxford Development Partnership 2004b). Für neue Broschüren werden zusätzliche Themen empfohlen, unter anderem zum Leben als diskordantes Paar oder spezifische Informationen für Kinder und Jugendliche. Die bisherigen Materialien sollten laut Empfehlung der AutorInnen auch dahingehend ergänzt werden, dass Sub-Sahara MigrantInnen ihre jeweiligen musischen Fähigkeiten im Bereich Poesie, Drama, Video oder Erzählungen für die Gestaltung von neuen oder zu überarbeitenden Materialien einbringen können. Schliesslich wird empfohlen, ein "African HIV Resource Centre" zu etablieren, wo die bisherigen und neuen Materialien kontinuierlich überprüft, aktualisiert und inventarisiert werden (Oxford Development Partnership 2004a). Erwähnenswert sind dazu auch Materialien, die in Afrika entwickelt wurden, die jedoch auch für Methoden und Projekte in Europa verwendet werden können. Dazu wurden jüngst in Frankreich zwei detaillierte Dokumente erstellt mit Abbildungen von Broschüren, Kassetten, Kleidungsstücken etc., die einerseits in Afrika erstellt wurden (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé & Centre Regional d'Information et de Prévention du Sida 2005a) wie auch für den Migrationskontext (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé & Centre Regional d'Information et de Prévention du Sida 2005b).

Bezüglich schriftlicher Materialien ist aus einer britischen Studie bekannt, dass 76 % der Befragten zwar Informationen über HIV/Aids erhalten hatten, meistens in Form von Broschüren bei den Hausärzten, oder von Informationen am TV und bei afrikanischen Festen (McMunn, Mwanje et al. 1998). Allerdings ist nicht bekannt, wie die Broschüreninhalte vermittelt und wie das vermittelte Wissen bei den Zielgruppen aufgenommen wird. Vor diesem Hintergrund wurde in einem Schweizer Interventionsprojekt erprobt, wie die Informationsvermittlung bei 263 Asylsuchenden anhand von Broschüren gestaltet werden kann (Gregori 2004)¹⁰². An einer Empfangsstelle wurde bei der grenzsanitären Untersuchung, bzw. bei der allfälligen Blutentnahme explizit darauf hingewiesen, dass *kein* HIV-Test gemacht wird, und anhand dieser Einstiegsinformation wurde das Thema HIV aufgegriffen. Dabei wurde sowohl über die Verwendung von Kondomen diskutiert wie auch über spezifische Inhalte der abgegebenen Broschüre. Im Laufe des Pilotprojektes zeigte sich, dass die afrikanischen Asylsuchenden den Informationen mit Offenheit begegneten. Auch das Pflegepersonal bemerkte, dass keine besondere Tabuisierung vorliegt, um das Thema HIV/Aids in diesem Rahmen anzusprechen.

¹⁰² Im befragten Sample stammten 37 % der Teilnehmenden aus der Sub-Sahara Region.

Ein weiterführender Informationsbedarf insbesondere zum Kondomgebrauch wird sowohl von den afrikanischen Asylsuchenden als auch den Pflegefachpersonen geäußert.

Zusätzlich zu Broschüren liegt auch ein international erarbeitetes Schulungsprogramm für afrikanische Frauen vor, das sie befähigen soll, trotz und mit den bestehenden Vulnerabilitäten ihre Stärken auszuloten und zu fördern (Imane, Ros Collado et al. 1998)¹⁰³. Durch die Diskussion ihrer individuellen Situationen sowie die gezielte Förderung eines eigenständigen Sexualverhaltens sollen sie in ihren Fähigkeiten zur wirksamen HIV-Prävention bestärkt werden, insbesondere im Aushandeln von schützenden Sexualpraktiken. Das erarbeitete Handbuch bietet verschiedene methodische und inhaltliche Hinweise, und erlaubt eine flexible Handhabung für Veranstaltungen mit Frauengruppen oder auch für gemischtgeschlechtliche Gruppen.

4.1.2.5.3 Visuelle Methoden

Unter anderem wird die Verwendung von Cartoons als wirksam beurteilt, um die Botschaft "kurz und bündig" an das Zielpublikum zu übermitteln. Allerdings besteht die Befürchtung, dass allzu freizügige Zeichnungen bei konservativen afrikanischen Kreisen auf Skepsis oder Ablehnung stossen könnten (Oxford Development Partnership 2004a). Auch Videos oder Kurzfilme sind hilfreich, sofern sie die alltäglichen Lebenserfahrungen von Sub-Sahara MigrantInnen integrieren und eine Identifizierung mit den gezeigten Personen und Inhalten ermöglichen. Diese Empfehlung wird in einer eindrücklichen Kampagne in Frankreich berücksichtigt. Fünfzehn populäre Frauen und achtzehn Männer mit afrikanischer Herkunft formulieren in einer kurzen Videosequenz (ca. 30 Sekunden) ihre Präventionsbotschaften¹⁰⁴. Sie treten dabei sehr engagiert für die HIV-Prävention ein und überbringen das sensible Thema mit Humor und Überzeugungskraft. Eine weitere visuelle Methode – ebenfalls aus Frankreich – sind kleine Farbplakate, auf denen Sub-Sahara MigrantInnen in Sprechblasen ihre Überlegungen zum HIV-Test anstellen. Auf den Plakaten, die vorwiegend in Telefonkabinen angebracht werden, sind an prominenter Stelle eine Telefonnummer sowie weitere Informationen zum kostenlosen und anonymen HIV-Test platziert¹⁰⁵. Auch in Belgien wurde aus Anlass des Valentinstages im Jahr 2004 eine visuelle Methode entwickelt. In Form einer Zeitschrift wurde der erste von drei Photoromanen unter dem Titel "La porte de l'amour" verteilt¹⁰⁶. Ziel ist es, in Bars, Diskotheken und Läden durch eine witzige und sympathische Art den Kondomgebrauch und den HIV-Test zu thematisieren. Ferner wird im Rahmen eines Aktionsforschungsprojektes eine besondere visuelle

¹⁰³ Dieses Projekt kam im Rahmen von Aids & Mobility zustande (www.aidsmobility.org).

¹⁰⁴ Dabei handelt es sich z. B. um Schriftstellerinnen, Journalisten, Komödiantinnen oder Fotomodels. Siehe auch www.tv5.org (Zugriff am 31. August 2005)

¹⁰⁵ Siehe dazu www.inpes.sante.fr (Zugriff am 10. Februar 2006)

¹⁰⁶ Siehe dazu www.gsara.be/romanphoto.htm (Zugriff am 19. September, 2005)

Methode beschrieben (Chinouya, Musoro et al. 2003). Die afrikanischen Mitglieder des Forschungsteams wurden mit Einmalkameras ausgestattet. Damit sollten sie in der näheren Projektumgebung Bilder von Sujets fotografieren, die für ihren unmittelbaren Alltag von Bedeutung sind. Diese Bilder dienen später im Projektverlauf mit den Sub-Sahara MigrantInnen dazu, den geographischen und sozialen Kontext für die HIV-Prävention abzustecken, und um Geschichten über soziale Orte und Treffpunkte zu generieren.

Bei all diesen visuellen Anreizen geht es darum, die Identifizierung der Zielgruppen mit "typischen afrikanischen" Menschen und Familien zu unterstützen (Oxford Development Partnership 2004a). Gemeint ist damit, dass Menschen mit dunkler Hautfarbe in der HIV-Präventionsbotschaft explizit sichtbar sind. Allerdings wird darauf hingewiesen, dass auch in landes- und bevölkerungsweiten Aids-Kampagnen diese Sichtbarkeit zum Ausdruck kommen sollte, damit die Integration verschiedener Zielgruppen in landes- und bevölkerungsweiten Kampagnen gewährleistet ist. In der Schweizer STOP AIDS Kampagne im Jahr 2003 wurde diese Integration in Form von Plakaten aufgezeigt, auf denen in 23 Sprachen, einschliesslich der Schweizer Landessprachen sowie Kiswahili und Somalisch, Wortspiele aufgedruckt waren. Schliesslich wählte das AFRIMEDIA-Team in Genf im Februar 2006 eine visuelle Methode, bei der im Rahmen einer Museumsausstellung über traditionelle afrikanische Skulpturen Aspekte der afrikanischen Medizin mit der HIV-Prävention verknüpft wurden¹⁰⁷. Durch diese Verbindung sollten diejenigen MigrantInnen besonders angesprochen werden, für die neben der hierzulande dominanten biomedizinischen Kultur auch die afrikanische Medizin und Kunst bedeutsam sind.

4.1.2.5.4 Partizipative Methoden

In den bisherigen drei methodischen Ansätzen wurden bereits Anknüpfungspunkte für partizipative Methoden angesprochen, z. B. in der Radiosendung, die gemeinsam mit einem somalischen Radio-redaktor konzipiert wurde. Im Folgenden sollen nun der Peer Edukationsansatz¹⁰⁸ sowie die "Scénarios du Sahel" präsentiert werden, bei denen die Partizipation der Sub-Sahara MigrantInnen im Zentrum steht.

Im deutschsprachigen Raum ist die Peer Edukation im Aidsbereich meistens als Arbeit mit MediatorInnen (Haour-Knipe, Meystre-Agustoni et al. 1999) oder MultiplikatorInnen (Hafner 2003a) bekannt. Empfohlen wird insbesondere, dass die Peer Edukation aufsuchend ist, d. h. die HIV-Prä-

¹⁰⁷ Siehe dazu www.groupesida.ch (Zugriff am 1. Februar, 2006)

¹⁰⁸ In diesem Abschnitt geht es nicht primär um die strukturelle oder personelle Einbindung von AfrikanerInnen in MediatorInnen-Projekte – dies wird im nächsten Kapitel "Projektmanagement" diskutiert – sondern darum, dass durch die Mitarbeit von Sub-Sahara MigrantInnen vielfältige afrikanische Gemeinschaften erreicht werden können.

ventionsbotschaften werden dort vermittelt, wo sich die Individuen und Gruppen aufhalten. Dies ist angesichts der hohen Mobilität wichtig, wie z. B. der Asylsuchenden oder Flüchtlinge, denn bei diesen Gruppen greifen die klassischen Methoden der Informationsvermittlung wie beispielsweise Vorträge oder Seminare zu kurz (Maharaj, Warwick et al. 1996; Chinouya 2001). Für diese aufsuchende Arbeit sind Beziehungen zu Organisationen von entscheidender Bedeutung, beispielsweise zu Asylzentren, religiösen Vereinigungen oder afrikanischen Vereinen, denn die Leitungspersonen haben oft den Status einer "Schlüsselperson". Sie sind im Migrationskontext besonders wichtig, weil sie durch ihr Beziehungsnetz und ihre soziale Position Diskussionen über HIV wesentlich lancieren und mitbestimmen können.

Ist der Kontakt geknüpft und etabliert, so zeigte sich in einem deutschen Projekt, dass die MultiplikatorInnen in einem Asylzentrum, in einer Diskothek und bei Pastoren von afrikanischen Kirchengemeinden trotz herausfordernder organisatorischer und zeitlicher Rahmenbedingungen an diversen Veranstaltungen die Auseinandersetzung mit dem Thema HIV/Aids in Gang setzen konnten (Hafner 2003b). Zudem wurden AfrikanerInnen an Bahnhof-Treffpunkten, Festivals sowie Fussballturnieren kontaktiert. Allerdings zeigt die Erfahrung, dass Frauen an solchen Veranstaltungen weniger oft anzutreffen sind, daher sollte der Kontakt zu ihnen in Treffpunkten, wie beispielsweise Coiffeursalons oder auch Bordellen gesucht werden (Aebersold 2005). In den Bordellen kann einerseits der Effekt "Eine von uns" entstehen, in dem die Prostituierten nach einigen Besuchen der MediatorInnen die Informationen gerne entgegen nehmen (Longerich 2005). Zu bedenken ist jedoch, dass dieser partizipative Zugang auf der Seite der Mediatorinnen auch negative Auswirkungen haben kann, denn es ist für eine dunkelhäutige Frau mitunter schwierig, ihren Besuch im Rotlichtmilieu als HIV-Prävention zu deklarieren, bzw. zu signalisieren, dass sie keine Prostituierte ist. Neben dem Aufbau eines Netzwerkes entwickeln MediatorInnen auch Materialien, die zur Teilnahme an spezifischen Aktivitäten animieren. Dazu gehört z. B. ein Quiz zum Wissenstest zu HIV/Aids, der im Rahmen eines Festivals angeboten wird und mit einem Wettbewerb verknüpft ist. Auch eine Videovorführung von witzigen Präventionsvideos und nachfolgender Diskussionen stossen auf gutes Echo (Aebersold 2005)¹⁰⁹.

Eine weitere Möglichkeit der Partizipation sind die "Scénarios du Sahel", die seit 1997 viermal durchgeführt und heute unter dem Namen "Scénarios d'Afrique" organisiert werden¹¹⁰. In diesem inter-

¹⁰⁹ Diese verschiedenen methodischen Variationen weisen darauf hin, dass Peer Edukation unterschiedlich verstanden und umgesetzt werden kann. Für die einen bedeutet Peer Edukation ein Gruppenprozess, für die anderen eine individuelle Beratung, für einige steht der Informationsaustausch in Gruppen im Zentrum, für andere klassische Vorträge unter Verwendung von Präventionsvideos, manchmal steht die Meinung von ExpertInnen im Vordergrund oder die Perspektive und der Bedarf einzelner Zielgruppen (Ellis & Grey 2004).

¹¹⁰ Siehe dazu www.globaldialogues.org (Zugriff am 25. März 2006)

nationalen Wettbewerb, bei dem zunächst nur Jugendliche aus einigen afrikanischen Ländern teilnehmen konnten, können heute afrikanische Jugendliche unter 24 Jahren auch im Migrationskontext mitmachen. Dazu werden sie eingeladen, ein Skript für einen Kurzfilm zu schreiben, in dem sie eine Botschaft rund um das Thema HIV/Aids beschreiben. Um diese Wettbewerbsaufgabe erfüllen zu können, müssen sich die Jugendlichen intensiv mit dem Thema HIV/Aids beschäftigen. Zudem werden die Teamarbeit und der Kontakt mit LehrerInnen und Eltern angeregt. Die Beiträge können in Form von Zeichnungen, Musik, Gedichten, Dialogen oder Theaterstücken eingereicht werden. Diese Dossiers werden von einer Jury, in der ebenfalls Jugendliche beteiligt sind, beurteilt und prämiert. Diese ausgewählten Skripten dienen danach bekannten afrikanischen Regisseuren als Vorlage für eine Verfilmung. In diesem Realisierungsprozess sind die AutorInnen der ausgewählten Texte erneut integriert und beraten die Regisseure. Die Kurzfilme dienen in zahlreichen, vorwiegend afrikanischen, aber auch europäischen Ländern als visuelles Mittel für die HIV-Prävention. Wegen der kurzen Form und Botschaft sind sie z. B. sehr gut geeignet für ein Intermezzo zwischen zwei TV-Ausstrahlungen. Die Filme können jedoch auch als Anregung für eine Diskussion bei eigens für die HIV-Prävention organisierten Filmveranstaltungen benutzt werden. Für die Organisation solcher Präventionsveranstaltungen wurde eigens eine ausführliche Dokumentation zusammengestellt, die anhand von konkreten Filmbeispielen aufzeigt, welche Themen aufgegriffen und diskutiert werden können (The Global Dialogues Trust 2002). Nachdem der Wettbewerb und auch die produzierten Filme ein grosser Erfolg sind – davon zeugen die rund 63'000 Dossiers, die im Jahr 2005 eingereicht wurden – werden die Kurzfilme nun auch in Europa für die HIV-Prävention bei Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften genutzt, z. B. von AFRIMEDIA-MediatorInnen in der Schweiz oder von TV5 in Frankreich¹¹¹. Die Erfahrungen der ersten Teilnahme von Schweizer Jugendlichen – initiiert durch das AFRIMEDIA-Projekt – wurden dahingehend beurteilt, dass der Platz bei den 30 besten Texten einer Basler Jugendlichen zwar sehr erfreulich ist angesichts der immensen Anzahl Einsendungen (Coppard, Merkle et al. 2006). Allerdings wurde im Verlauf der Vorbereitungen auch deutlich, dass die Motivation für Jugendliche in einem reichen Land wie der Schweiz sehr schwierig und zeitaufwändig war. Gründe dafür sind das reichhaltige Freizeitangebot, das oft kaum Kreativität von den Jugendlichen erfordert und Wettbewerbe, bei denen in die Teilnahme oft im Versenden einer SMS besteht. Zudem war die Preissumme für hiesige Verhältnisse bescheiden angesichts eines mehrstündigen oder gar mehrtägigen Aufwands.

Zusammenfassend kann zu den methodischen Zugängen festgehalten werden, dass bei afrikanischen MigrantInnen trotz der mitunter anfänglich grossen Zurückhaltung das Interesse an Informations- und Präventionsangeboten zum Thema HIV durchaus geweckt werden kann. Zentrale

¹¹¹ Siehe dazu www.TV5.org (Zugriff am 13. August 2005)

Kriterien dazu sind, dass die Informationen niederschwellig angeboten werden, einfach und anschaulich beschrieben sind und unter Beteiligung von AfrikanerInnen vermittelt werden.

4.1.2.6 Projektmanagement

In afrikanischen Gemeinschaften in Westeuropa wurde bereits früh in der Aids-Epidemie Aufklärungsarbeit geleistet, in England beispielsweise in "Africa Forums" auf kommunaler Ebene (Department of Health 2005b)¹¹². Vereinzelt finden sich Publikationen von Ende der 1980er und anfangs der 1990er Jahre, in denen Projekte und Aktivitäten dokumentiert sind (exemplarisch (Bhatt 1991; African Health Team 1992). Aber vieles aus dieser frühen Aktivitätsphase blieb undokumentiert und unevaluiert (Department of Health 2005b). Erst seit ungefähr Mitte der 1990er Jahre wurden zunehmend ausführliche Projektberichte erstellt, in denen Projektstrukturen und Evaluationen einer grösseren Öffentlichkeit bekannt gemacht wurden. In Bezug auf das Projektmanagement von HIV-Präventionsaktivitäten bei Sub-Sahara MigrantInnen werden nun verschiedene Aspekte zu Projektzielen, institutioneller Anbindung, Förderstrukturen, Personalfragen sowie der "Guten Praxis" von HIV-Präventionsprojekten diskutiert.

4.1.2.6.1 Projektziele

Primäres Projektziel ist es, ein Umfeld zu schaffen, in dem ein verantwortungsvoller Umgang mit Sexualität möglich ist, um damit die Sensibilisierung zu einer besseren Risikowahrnehmung für die HIV-Übertragung zu fördern. Dabei spielen sowohl Fragen der Verhältnis- als auch der Verhaltensprävention eine wichtige Rolle. Vor diesem Hintergrund wurden in England für die afrikanische Bevölkerung vier nationale Präventionsziele formuliert (Department of Health 2005b)¹¹³:

- a) Bessere Kenntnisse zur Übertragung, einschliesslich der vertikalen Transmission,
- b) Erhöhung der undiagnostizierten HIV-Infektionen,
- c) Konsequentes Schutzverhalten sowie
- d) Reduktion von Stigmatisierungssituationen.

In der konkreten Zielformulierung ist es sinnvoll, zwischen Faktoren zu unterscheiden, die vom Individuum verändert werden können, bzw. die ausserhalb der individuellen Kontrolle liegen (Pulle, Lubega et al. 2004). Erstere umfassen beispielsweise das individuell verfügbare Wissen zur HIV-

¹¹² Diese Foren haben mittlerweile einen recht guten Organisationsgrad erreicht. So wurde jüngst für drei Londoner Stadtteile ein 44seitiges Verzeichnis von Organisationen und Institutionen erstellt, das für lokale Präventionsanbieter eine wichtige Vernetzungsfunktion hat (www.healthfirst.org.uk/documents/ahf_directory.pdf, Zugriff am 20. April 2006).

¹¹³ In der Schweiz wurden im Nationalen HIV/Aids-Programm 2004 – 2008 keine spezifischen Ziele für die Sub-Sahara Migrationsbevölkerung formuliert, es wird lediglich von "MigrantInnen aus Ländern mit hoher Prävalenz und deren SexualpartnerInnen" gesprochen (Bundesamt für Gesundheit 2003c, S. 66).

Infektion, erworbene Fähigkeiten im Umgang mit Sexualpraktiken, vermittelte Werthaltungen gegenüber Sexualität oder Wahrnehmungen der Geschlechterrollen. Ausserhalb der individuellen Kontrolle sind beispielsweise gesetzgeberische Normen wie Epidemien- oder Infektionsschutzgesetze, gesellschaftliche Werte und religiöse Traditionen oder Faktoren in bezug auf den Zugang zu Gesundheitsangeboten. Um die gesetzten Präventionsziele zu erreichen, sind genügend lange Projektlaufzeiten nötig, bis die Präventionsbotschaften Fuss fassen können. Dazu ist die Formulierung angemessener Ziele sowie eine auf Stabilität und Kontinuität ausgerichtete Zeit- und Projektplanung nötig, um die Nachhaltigkeit der oft als Pilotprojekte initiierten Aktivitäten absichern zu können.

4.1.2.6.2 Institutionelle Anbindung

In den recherchierten Dokumenten sind verschiedene Varianten von Public Private Partnership erkennbar¹¹⁴. In England wird vor allem ein Modell berücksichtigt, bei dem die öffentliche Hand aufgrund epidemiologischer Dringlichkeit Gelder zur Verfügung stellt und Private aufgrund ihrer guten Kenntnisse des Feldes die öffentlichen Aufgaben erfüllen. Seit dem Jahr 2000 sind in England in diesem Sinne drei eigenständige Organisationen entstanden, die von Sub-Sahara MigrantInnen geleitet werden und strategisch und finanziell eng mit dem britischen Gesundheitsdepartement verknüpft sind. Im Bereich Forschung wurde im Jahr 2000 das "African HIV Research Forum" (AHRF)¹¹⁵ ins Leben gerufen wurde. Es bietet Seminartage, Aktualitäten zu Forschungsprojekten sowie einen Newsletter an. Im Präventionsbereich ist seit dem Jahr 2002 das "National African HIV Prevention Programme" (NAHIP)¹¹⁶ tätig und tritt mit wichtigen Publikationen sowie einer jährlichen Konferenz in Erscheinung. Und das "African HIV Policy Network"¹¹⁷ bietet seit 2003 aktuelle Informationen aus den Medien und gesellschaftliche Trends rund um HIV/Aids bei afrikanischen MigrantInnen an. Zudem fungiert es mit seiner vor kurzem fertig gestellten Datenbank zu HIV/Aids- und Afrikaorganisationen als wichtige Drehscheibe für interessierte Kreise. Diese drei Organisationen zeichnen sich einerseits durch praxisnahe und andererseits auch wissenschaftlich orientierte Publikationen und Veranstaltungen aus. Umsicht in der Public Private Partnership ist besonders dahingehend geboten, dass die Kooperationen ausgeglichen mit verschiedenen afrikanischen Organisationen gepflegt werden, um nicht allfällige bestehende Gräben zwischen den Organisationen sowie nationalen

¹¹⁴ Der Ursprung von Public Private Partnership (PPP) geht auf die Restrukturierung der Pittsburgh-Region im Osten der USA in den 1940er Jahren zurück (Bolz 2005). Im Aidsbereich gibt es in der Schweiz zahlreiche PPP's, die wohl bekannteste ist die mittlerweile 20jährige Kooperation zwischen dem Bundesamt für Gesundheit und der Aids-Hilfe Schweiz (www.aids.ch). Auf internationaler Ebene bezeichnet sich auch der 2001 gegründete "Global Fund zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria" als PPP (siehe dazu www.theglobalfund.org, Zugriff am 3. Januar 2006).

¹¹⁵ Siehe dazu www.ahrf.org.uk (Zugriff am 5. Januar 2005)

¹¹⁶ Siehe dazu www.nahip.org.uk (Zugriff am 5. Januar 2005)

¹¹⁷ Siehe dazu www.ahpn.org.uk (Zugriff am 5. Januar 2005)

oder kulturellen Sub-Gruppen zu vergrössern (McMunn, Mwanje et al. 1998). Zudem birgt der unterschiedliche Organisationsgrad der KooperationspartnerInnen manchmal Probleme, wenn aus Sicht der Behörden rasch strategische Entscheide schnell gefällt werden und dabei den afrikanischen Organisationen nicht genügend Zeit für die Konsultation eingeräumt wird (African HIV Policy Network 2002).

Im deutschsprachigen Raum stehen aus der Projektperspektive vor allem Peer Edukationsprojekte im Vordergrund. Deshalb wird im nächsten Abschnitt die Anbindung von drei MediatorInnen-Projekten kurz dargestellt.

- Für ein deutsches Projekt wurde die Anbindung an die Caritas des Bistums Essen gewählt, weil dieses Bistum über langjährige Erfahrungen in der Beratung von Migrantinnen und Migranten verfügt (Hafner 2003a). Darüber hinaus ist der Caritasverband in den afrikanischen Gemeinschaften vielfach für unterschiedliche Hilfeleistungen bereits bekannt und geniesst zudem als kirchlicher Träger einer oft religiös orientierten Zielgruppe einen Vertrauensvorschuss. Die Projektträgerschaft einer privaten Organisation wird von der Projektleiterin empfohlen, weil den Behörden in der afrikanischen Bevölkerung eher mit Misstrauen begegnet wird. Ein Vorteil ist laut Projektunterlagen auch, dass der Caritasverband keine Aidsspezifische Institution ist, denn dadurch werden Vorbehalte gegenüber einem tabuisierten Thema vorweggenommen (Hafner 2003a).
- Diese organisatorische Nähe zu einer Aidsorganisation wird jedoch im Schweizer MediatorInnenprojekt "Multicolore" gewählt. Die Aids-Hilfe Bern initiierte das Projekt und führt es seit dem Jahr 2002 durch (Aebersold 2005). Allfällige Vorbehalte seitens der afrikanischen Gemeinschaften werden durch die proaktive Vernetzung und Kommunikation der MediatorInnen angegangen. Dazu wird unter anderem mindestens zweimal jährlich in (Print)Medien, die auf Sub-Sahara MigrantInnen ausgerichtet sind, von der aktuellen Projektentwicklung berichtet (Aebersold 2005). Die Anbindung an die Aidshilfe Bern hat sich im Verlaufe der letzten Jahre insofern verändert, als sich die MediatorInnen heute weitgehend selber organisieren und aus finanziellen Gründen keine Projektleiterin mehr haben. Das heisst, sie sprechen ihre Aktivitäten vorwiegend direkt mit den Auftraggebern ab.
- Schliesslich wird das AFRIMEDIA Projekt vom Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) und vom Schweizerischen Tropeninstitut (STI) durchgeführt. Der Projektkoordinator arbeitet in Bern und koordiniert von dort aus die operativen Geschäfte sowie die Zusammenarbeit mit und zwischen

den drei Teams in Genf, Lausanne und Zürich¹¹⁸. Am STI arbeitet eine Gesundheitswissenschaftlerin zu einem kleinen Pensum vorwiegend zu Fragen der Projektsteuerung, dem Projektmonitoring sowie in der Evaluation. Das SRK engagiert sich seit vielen Jahren im Migrationsbereich sowie in der Bildung zur transkulturellen Kompetenz. Und am STI werden seit Jahrzehnten Praxis- und Forschungsprojekte zu Infektionskrankheiten und Fragen der Gesundheitsversorgung sowohl im Ausland als auch in der Schweiz durchgeführt.

Die Wahl dieser unterschiedlichen Trägerschaften weist erneut darauf hin – wie bereits bei den partizipativen Methoden (siehe Abschnitt 4.1.2.5.4) – dass für Peer Eduaktionsprojekte eine grosse Variationsbreite besteht im Hinblick auf Projekt- und Organisationsfragen.

4.1.2.6.3 Finanzen

Angesichts knapper Ressourcen stehen die Organisationen nicht selten in einem starken Wettbewerbsverhältnis für die Vergabe von Geldmitteln, und daher könnte Unmut über die Vergabepaxis entstehen (Lucas 2002). Um die finanzielle Koordination von lokalen, regionalen und auch nationalen Projekten zu verbessern, werden deshalb Projektmanager vorgeschlagen, die in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsdiensten, afrikanischen Organisationen und Geldgebern das übergeordnete Projektmonitoring und die Projektkoordination übernehmen sowie – dies wird für zukünftige Projekte besonders empfohlen – die Ergebnisse der Präventionsbemühungen auf ihre Wirksamkeit überprüfen (Lucas 2002). Diese Koordination ist im Sinne einer konzertierten Aktion zu verstehen, in der sowohl nationale und kommunale Behörden, Aids- und Afrikaorganisationen sowie weitere Institutionen aus dem Sozialbereich integriert sind, um auf strategischer Ebene die Verteilung von finanziellen Mitteln zu planen (National AIDS Trust 2001, S. 15).

Ersichtlich ist aus den recherchierten Dokumenten auch, dass Projekte zu unterschiedlichen Anteilen aus staatlichen und/oder kommunalen Subventionen sowie Zuwendungen von Stiftungen und der pharmazeutischen Industrie finanziert sind. Im Jahresbericht des African HIV Prevention Network ist beispielsweise nachzulesen, dass im Jahr 2005 erhebliche Geldquellen aus privaten Donationen und öffentlichen Zuschüssen stammten (African HIV Prevention Network 2005). In der Schweiz wird das MediatorInnen-Projekt "Multicolore" von der Aids-Hilfe Bern durchgeführt, jedoch wesentlich vom Kanton Bern finanziert (Aids-Hilfe Bern 2005). Das deutsche MediatorInnenprojekt, das während drei Jahren als Modellprojekt durchgeführt wurde, konnte durch eine Kooperation zwischen öffentlichen

¹¹⁸ Bei Abschluss dieser Literaturanalyse wurde bekannt, dass die Projektkoordination neu bei der Aids-Hilfe Schweiz in Zürich angesiedelt ist.

und privaten Trägern finanziert werden¹¹⁹. Die Finanzierung des AFRIMEDIA-Projektes durch das Bundesamt für Gesundheit wurde von den MediatorInnen mit Stolz in den afrikanischen Gemeinschaften kommuniziert, denn sie begrüßen die Tatsache, dass der Bund der besorgniserregenden HIV-Situation bei afrikanischen MigrantInnen Aufmerksamkeit schenkt. Die Möglichkeit einer Projektträgerschaft, finanzielle Unterstützung zu erhalten, hängt wesentlich davon ab, wie komplex die von den Geldgebern gestellten Anforderungen sind. So wird in einem Projekt in England z. B. vorgeschlagen, dass die Bewerbungsunterlagen für finanzielle Unterstützung einfacher gestaltet sein sollten, und dass für die konkrete Projektarbeit mitunter technische Hilfe nötig ist mit dem Ziel, die Beteiligung von kleinen Gruppen zu vereinfachen und zu fördern (Chinouya, Musoro et al. 2003)¹²⁰.

4.1.2.6.4 Personalfragen

Im Bereich der Personalfragen kommt vor allem der Projektmitarbeit von Sub-Sahara MigrantInnen grosse Bedeutung zu. Dazu finden sich aus einem deutschen MediatorInnen-Projekt mit dreijähriger Laufzeit wertvolle Hintergrundinformationen (Hafner 2003a). Zunächst werden die Auswahlkriterien für die MediatorInnen erläutert, wobei vor allem der Bekanntheitsgrad der MediatorInnen und die Anerkennung innerhalb der Sub-Sahara Gemeinschaften sowie die Sozialkompetenz und der Bildungsstand, einschliesslich der deutschen Sprachkenntnisse, als sehr wichtig eingestuft werden. Ziel ist es einerseits, dass im Projekt den bestehenden beruflichen Qualifikationen und sozialen Kompetenzen stark Rechnung getragen wird, und andererseits dass die MediatorInnen allmählich in ihre neue Rolle als MediatorIn hineinwachsen und ihre persönlichen wie auch neu erworbenen Kompetenzen festigen und entfalten können. Im AFRIMEDIA wurde beispielsweise ein Kongolese als Projektkoordinator eingestellt. Seine vielfältigen Sprach- und Sozialkompetenzen sowie seine gute Vernetzung in afrikanischen Gemeinschaften in der Schweiz waren ein wichtiger Faktor für die erfolgreichen ersten drei Projektjahre. Für die Aufbau- und beginnende Realisierungsphase ist aufgrund der Erfahrungen im deutschen MultiplikatorInnen-Projekt mindestens ein halbes Jahr erforderlich, während dem die Mitarbeitenden ausgewählt, die Initialschulung durchlaufen, sowie die ersten niederschweligen Präventionsveranstaltungen geplant werden können (Hafner 2003b). Gelingt dies, so bietet die Teilnahme am Projekt den MediatorInnen die Möglichkeit, neue Fähigkeiten und Handlungsspielräume zu erwerben. Bei zwei Pflegefachfrauen im AFRIMEDIA Projekt zeigen sich diese neuen Kompetenzen beispielsweise daran, dass sie ihr Wissen zu HIV/Aids auffrischen

¹¹⁹ Diese sind: Bundesministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familien des Landes Nordrhein-Westfalen, der Essener Freibettstiftung und die Deutsche AIDS-Stiftung.

¹²⁰ Solche Antragsmöglichkeiten für kleine Projekte wurden spezifisch für afrikanische Organisationen in der Region London geschaffen, um insbesondere die HIV-Prävention bei jungen AfrikanerInnen zu fördern, aber auch um generell die Motivation für kleine Projekte zu stärken (siehe dazu www.healthfirst.org.uk/projects/small_grants_projects.htm, Zugriff am 19. September 2005).

und erweitern und neben ihrer stationären und ambulanten pflegerischen Arbeit neue Aufgabenfelder in der Primärprävention erschliessen konnten (Longerich 2005). Allerdings ist zu beachten, dass die zeitlichen Ressourcen der afrikanischen MediatorInnen oft limitiert sind, weil sie bereits anderweitig mit beruflichen, sozialen und ökonomischen Herausforderungen beschäftigt sind. Daher sind kleine Teilzeitpensen zwar auf den ersten Blick attraktiv für die Projektmitarbeit, allerdings besteht die Gefahr, dass wenige Stunden pro Monat rasch für Planungs- und Netzwerkarbeiten genutzt werden müssen, um die eigentliche Präventionsarbeit vor Ort durchführen zu können.

Eine weitere zentrale Personalfrage stellt sich beim Übergang von freiwilligen zu semi-professionellen Organisationen. Oft sind dies – zumindest zu Beginn – kleine Organisationen mit limitierten logistischen, administrativen und finanziellen Ressourcen, so dass sowohl der Arbeitsweise als auch dem Arbeitsvolumen enge Grenzen gesetzt sind. Daher ist es mitunter schwierig, die übertragenen Aufgaben auf professionellem Niveau und nachhaltig wahrnehmen zu können (Lucas 2002). Ein Beispiel dafür ist der Verein ASFAG, der nach jahrelangem Engagement einzelner Personen in Genf im Frühling 2002 gegründet wurde und durch eine Anschubfinanzierung des Bundesamtes für Gesundheit erste Strukturen und Aktivitäten aufbauen konnte. In der externen Projektevaluation zeigte sich, dass das Engagement innerhalb des Projekts zwar sehr wichtig und unterstützenswert ist. Allerdings sind die personellen und organisatorischen Strukturen zu überdenken, z. B. Aufträge für bezahlte und nicht-bezahlte Arbeit klarer zu unterscheiden (Haour-Knipe 2005a).

4.1.2.6.5 Monitoring und Evaluation

In der bisherigen Literaturanalyse wurde bereits verschiedentlich auf die Beurteilung von Projektergebnissen hingewiesen. Allerdings wurden Fragen der systematischen Evaluation bislang in HIV-Präventionsprojekten für Sub-Sahara MigrantInnen eher randständig berücksichtigt. Seit einigen Jahren werden jedoch in England nationale Qualitätsstandards für Projekte gefordert, um die Projekttätigkeiten und -erfahrungen zunehmend auf ihre Güte beurteilen zu können (National AIDS Trust 2001). Insbesondere bei mehrjährigen Projekten wird die fortlaufende Dokumentation der Aktivitäten empfohlen, um Tendenzen zeitnah erfassen und angemessen auf Zielabweichungen reagieren zu können (Chinouya & Reynolds 2001). Zudem wird eine nationale Datenbank mit Projektberichten und –evaluationen angeregt, um Tendenzen, Erfahrungen und das Wissen aus bisherigen und zukünftigen Präventionsprojekten mit Sub-Sahara MigrantInnen bündeln und damit die Verbreitung von wertvollen Kenntnissen fördern zu können (National AIDS Trust 2001). Auf europäischer Ebene gibt es dazu bereits das Aids & Mobility Netzwerk, in dem Dokumente aufbereitet

und über die Webseite www.aidsmobility.org zugänglich gemacht werden. Im Folgenden werden nun soweit vorhanden Evaluationsergebnisse verschiedener Präventionsprojekte präsentiert.

- Im Good Practice Handbuch (Pulle, Lubega et al. 2004), das auf Wunsch verschiedener britischer Organisationen vom African HIV Policy Network erstellt und vom britischen Gesundheitsministerium finanziert wurde, sind Hinweise sowohl für das Monitoring von Projektaktivitäten wie auch zur Evaluation von Projektergebnissen aufgelistet. Diese Hinweise sind jeweils zu jeder Interventionsform formuliert und können von Mitarbeitenden in Projekten konkret zur Auswertung von Interventionen benützt werden¹²¹. Zudem sind im Anhang diverse Formulare vorbereitet, die kopiert und für die Auswertung verschiedenster Interventionen verwendet werden können. Diese Vorarbeit der AutorInnen soll die Evaluation erleichtern und dadurch – gerade in der noch jungen und pionierhaften Ausgestaltung vieler Projekte – die Qualitäts- und Ergebnisorientierung fördern.
- In der Selbstevaluation eines deutschen MultiplikatorInnen-Projektes zeigt sich, dass der Erfolg entscheidend von der Verfügbarkeit geeigneter personeller und zeitlicher Kapazitäten abhängt. Zudem erwies sich die initiale und fortlaufende Schulung sowie die kontinuierliche Begleitung der MediatorInnen als sehr wichtig, damit sie in ihre pionierhafte Funktion hineinwachsen und diese aktiv mitgestalten können¹²². In der konkreten Präventionstätigkeit kommt den niederschweligen Angeboten in den aufgesuchten Treffpunkten der wichtigste Stellenwert zu, d. h. die Präsenz vor Ort und das aktive Aufsuchen von afrikanischen Menschen werden im Modellprojekt als aufwändige, aber geeignete Strategie beurteilt, um darauf aufbauend mit gezielten Sensibilisierungsveranstaltungen an die Zielgruppe gelangen zu können (Hafner 2003a).
- Eine weitere Auswertung liegt zum Photoroman vor, der im Jahr 2004 in Belgien entwickelt und in Form von Zeitschriften in Bars und Restaurants verteilt wurde (Service International de

¹²¹ Illustrierend sei hier ein Beispiel zur Evaluation von Aktivitäten der Peer Edukation eingefügt (Pulle, Lubega et al. 2004, S. 55): *"Um zu ergründen, ob eine Intervention wirksam war, solltest du ein Feedback bei der Zielgruppe einholen. Dazu eignen sich kurze Interviews oder Fragebogen, auf denen zunächst der Bedarf nach Gesundheitsförderung und Prävention erfragt wird. Mögliche Kategorien auf dem Feedbackformular sind: Alter, Wohnregion, Form der Teilnahme, Wissen zu HIV, Lerngewinn aus der Intervention, Angaben zur Nützlichkeit, Attraktivität, Akzeptanz und Glaubwürdigkeit, Interesse für eine weitere Teilnahme oder Empfehlung an andere InteressentInnen. Auf dem Formular solltest du auch Platz für individuelle Kommentare, Beschwerden, Vorschläge und Verbesserungen vorsehen. Zudem solltest du das Feedback von anderen MediatorInnen und Freiwilligen dazu einholen, ob sie durch die Teilnahme an der Intervention neues Wissen oder neue Fähigkeiten erworben habe."*

¹²² Zur Schulung haben sich die folgenden inhaltlichen Sequenzen bewährt: a) Einführung ins Thema - "Zur Notwendigkeit von HIV-Prävention bei AfrikanerInnen in Deutschland", b) medizinische Grundkenntnisse zur HIV-Infektion, c) Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten (ABC-Modell, A= abstinence, B= be faithful, C = condom use), d) Gesundheitssystem in Deutschland, e) psychosoziale Auswirkung von Migration, f) Grundlagen von Gesprächsführung und Kommunikation und g) Querschnittsthemen (z. B. Umgang mit Sexualität, Beziehung zu HIV-infizierten Menschen) (Hafner 2003b).

Recherche d'Education et d'Action Sociale 2004b)¹²³. Anhand der 109 auswertbaren Fragebogen mit geschlossenen und offenen Fragen ist ersichtlich, dass der Photoroman von der Altersgruppe der 26- bis 44-Jährigen am meisten gelesen wird. Die Akzeptanz sowohl des Inhalts als auch der Fotos ist sehr hoch, und die Form des Photoromans wird als geeignet für die HIV-Prävention beurteilt. Insbesondere wird die Kombination von Wissensvermittlung und den sympathischen Fotomodellen sowie die Übereinstimmung von Bild und Text als sehr gut beurteilt. Auch die Qualität der Fotos sowie die Lesbarkeit des Textes werden gelobt¹²⁴. Allerdings besteht noch Verbesserungspotenzial für die Verständlichkeit der Wortwahl und der Präventionsbotschaften. In Bezug auf die Wirkung des Photoromans wird hauptsächlich erwähnt, dass er die Vorsichtsmassnahmen bei sexuellen Kontakten unterstützt, und dass in der zweiten Version insbesondere die Solidarität mit HIV-infizierten Sub-Sahara MigrantInnen begrüsst wird. Schliesslich gibt die grosse Mehrheit an, dass sie die Photoromane an Interessierte weitergeben (z. B. im Freundeskreis, an Eltern). Dadurch wird der Multiplikationswert dieses Präventionsinstruments aufgezeigt.

- Ferner zeigen auch die Evaluationsergebnisse des Interventionsprojektes mit Radio Somalia einen erfolgreichen Ansatz (Gregori 2002). Zur Auswertung der drei Sendungen wurden in einem Treffpunkt für OstafrikanerInnen Fragebogen aufgelegt. Aufgrund der 34 retournierten Fragebogen konnte festgestellt werden, dass zwei Drittel eine Wiederholung der Sendungen für angezeigt hält¹²⁵. Knapp die Hälfte gab an, dass sie zu Gesundheitsfragen im Allgemeinen und zur HIV-Thematik im speziellen neue Informationen erhalten hatten. Allerdings lösten die Ausstrahlungen während der Sendeperiode auch Kontroversen aus in Bezug auf die Übertragungsmöglichkeiten. Beobachtet werden konnte, dass diese Diskussion öffentlich vor allem von Männern geführt wurde, während die Frauen ihre Fragen direkt an die somalische Projektmitarbeiterin stellten.
- Schliesslich liegen Ergebnisse einer begleitenden Evaluation des Interventionsprojektes bei Asylsuchenden an Empfangsstellen vor (Gregori 2004). Bei der Nachbefragung zwei bis vier Tage nach der Informationsvermittlung zeigte sich, dass die Erinnerung an den nicht durchgeführten HIV-Test bei den Asylsuchenden aus der Sub-Sahara Region bei 63.9 % liegt, wobei

¹²³ Allerdings scheint es sich um eine Pilotauswertung zu handeln, denn zu jeder Frage werden Modifikationsmöglichkeiten für die zukünftige Ausgestaltung des Fragebogens aufgeführt.

¹²⁴ Diese Frage ist deshalb relevant, weil der Photoroman auch in einer Bar oder einem Restaurant mit möglicherweise geringer Beleuchtung lesbar sein soll.

¹²⁵ Dieses Interesse konnte ansatzweise insofern aufgenommen werden, als die Sendungen nach der Ausstrahlung noch einen Monat per Internet verfügbar waren. Allerdings wird nicht erwähnt, ob diese Angebotsform genutzt wurde.

dieses Ergebnis vergleichbar ist mit Gruppen anderer Herkunft (z. B. Russland, Irak, Ex-Jugoslawien). Demnach konnte die Botschaft bei der Mehrheit der Asylsuchenden mit der gewünschten Wirkung überbracht werden. Zwischen Frauen und Männern gibt es keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Erinnerung an die Test-Informationen. Ein signifikantes Resultat ist jedoch, dass Asylsuchende, die mit Interesse auf das Thema HIV/Aids reagierten, in der Nachbefragung häufiger wissen, dass kein HIV-Test durchgeführt wurde.

Diese Evaluationsergebnisse weisen darauf hin, dass bei gezielten, methodisch vielfältigen sowie inhaltlich und strukturell angepassten Interventionen durchaus angestrebte Ziele erreicht werden können.

4.1.2.6.6 Gute Praxis von HIV-Präventionsprojekten

Kenntnisse und Erfahrungen in verschiedenen Bereichen des Projektmanagements haben in jüngerer Zeit zu Bestrebungen der "Good Practice" von HIV-Präventionsprojekten geführt (Pulle, Lubega et al. 2004)¹²⁶. Das bereits erwähnte "Good Practice" Handbuch aus England bietet dazu auf zwei Ebenen Hilfestellung. Zum einen wird vorgeschlagen, dass die Ziele auf vier Ebenen anzusiedeln sind:

- a) Individuum
- b) Gruppe
- c) Gemeinschaften
- d) Sozio-politische Ebene.

Diese Hierarchie ist bei der heterogenen Sub-Sahara Population besonders wichtig, denn Anstrengungen sind auf allen Ebenen erforderlich, um möglichst vielen Personen und Personengruppen für die HIV-Prävention erreichen zu können. Zum andern wird das ASTOR Modell¹²⁷ vorgestellt, das anhand von fünf Kategorien für die Beschreibung von Interventionen dient. So sind sämtliche empfohlenen Interventionen anhand dieses Modells differenziert aufgelistet. Dies erlaubt einen raschen Überblick und verleiht der grossen Vielfalt der vorhandenen Projektideen eine Struktur. Zusätzlich zu den ASTOR-Kategorien werden Hinweise für das Monitoring und für Evaluationskriterien aufgelistet sowie praktische Tipps für die Umsetzung hinzugefügt.

Zu einer guten Qualität im Projektmanagement gehört auch die Ausrichtung auf eine nachhaltige Stabilität und Kontinuität. Bei partizipativ orientierten Interventionsprojekten ist dies ein besonders

¹²⁶ Dieses Handbuch ist auch für Schweizer Verhältnisse nützlich, denn die Grundsätze, Interventionen sowie Monitoring- und Evaluationskriterien sind kaum auf nationale Besonderheiten ausgerichtet.

¹²⁷ Die Abkürzung bedeutet: A = Aim, S = Setting, T = Target population, O = Objectives, R = Resources

wichtiges Ziel, damit die teilnehmenden Personen die gewonnenen Kompetenzen entfalten, und damit die geleisteten Initial- und Vernetzungsaktivitäten mittelfristig Früchte tragen können. Dazu zeigen sich jedoch insbesondere bei Peer Edukationsprojekten verschiedene erschwerende Umstände. Zum einen ist in der Projektumsetzung viel Flexibilität gefordert, denn Zeitressourcen, Verbindlichkeit und Pünktlichkeit unterscheiden sich sowohl innerhalb von MediatorInnengruppen wie auch gegenüber der Projektleitung. So wird in einem deutschen Projekt beschrieben, dass immer wieder Kompromisse gefunden werden mussten, wie die Arbeitsprozesse zufriedenstellend für alle Beteiligten organisiert werden konnten (Hafner 2003a). Auf Seite der MediatorInnen ist zudem ein unsicherer Sozialstatus oder die fehlende Arbeitserlaubnis ein Faktor für Unstabilität, denn der begonnene Aufbau der MediatorInnen-Kompetenzen muss mitunter frühzeitig abgebrochen werden. Zudem wirkt sich auch die von Jahr zu Jahr neu zu sichernde Projektperspektive erschwerend für die nachhaltige Verankerung von Präventionsprojekten und mangelnde Zukunftsperspektiven für Projektmitarbeitende aus. Ferner hat sich in einem deutschen Projekt gezeigt, dass bei der Projektleiterin viele Anfragen von Migrations- und Gesundheitsdiensten aus der gesamten Bundesrepublik eingingen, um Hilfestellung für die Prävention und Versorgung bei Sub-Sahara MigrantInnen zu erhalten. Diese Anfragen sind zwar grundsätzlich erfreulich und machen den hohen Bedarf an Fachberatung deutlich, jedoch konnten sie während der Projektlaufzeit aus Kapazitätsgründen kaum berücksichtigt werden, ohne die Stabilität der Kernaufgaben im MediatorInnen-Projekt zu gefährden (Hafner 2003a).

Schliesslich ist interessant ist, dass im Good Practice Handbuch und auch in den Peer Edukationsprojekten kaum von konzeptuellen oder theoretischen Modellen für die HIV-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen gesprochen wird, wie dies in einer systematischen Literaturübersicht zur wirksamen HIV-Prävention bei Afro-AmerikanerInnen empfohlen wird (Darbes, Kennedy et al. 2002). In der HIV-Prävention wurde vielfach auf solche Modelle rekurriert (exemplarisch DiClemente & Peterson 1994)¹²⁸. Allerdings wird auch bemängelt, dass diese Modelle vorwiegend mit Personen aus der weissen Mittelschicht entwickelt und getestet wurden, bei denen die Prämisse gilt, dass das Individuum hauptsächlich für die Veränderung von problematischem Verhalten verantwortlich ist. Dem Einsatz dieser Modelle steht jedoch entgegen, dass die sozialen Ungleichheiten und existierende gesellschaftliche Machtverhältnisse, von denen Sub-Sahara MigrantInnen besonders betroffen sind, wichtige Faktoren für die HIV-Prävention darstellen, aber kaum in die theoriegeleitete Programmgestaltung einfließen kann (exemplarisch Dodds 2002). Vor diesem Hintergrund wird insbesondere darauf hingewiesen, dass für die Migrationsbevölkerung im allgemeinen und Sub-Sahara MigrantInnen in speziellen Beziehungen und Verpflichtungen für die Familie, Nachbarschaft und religiöse Ge-

¹²⁸ Beispielsweise die "Social Cognitive Theory" (Bandura 1994) oder das "Stages of Change Model" (Prochaska, Norcross et al. 1994).

meinschaften stärker gewichtet werden als das individuelle Verhalten (El-Karimy, Gras et al. 2001). Deshalb werden Präventionsinterventionen vorgeschlagen, bei denen Chancengleichheit, Partizipationsmöglichkeiten und soziale Transformationsprozesse in die Präventionsbemühungen integriert werden (Kesby, Fenton et al. 2003)¹²⁹.

4.1.3 Fazit, Empfehlungen und Ausblick für die Schweiz

4.1.3.1 Fazit

Die Fülle der recherchierten und gesichteten Literatur und Informationsquellen zeigen auf, dass in Westeuropa die veränderte HIV-Dynamik in Gesundheitsämtern, in der Forschung und der Präventionspraxis zunehmend wahrgenommen wird. Eine Vorreiterrolle nimmt dabei Grossbritannien ein. Zudem existieren Beiträge aus Holland, Frankreich, Belgien, Deutschland und der Schweiz. Deutlich wird aus allen Dokumenten, dass die höhere Aufmerksamkeit durch die Zielgruppenorientierte Präventionsarbeit die Gefahr der stärkeren Stigmatisierung und Marginalisierung birgt. Ziel muss es sein, dass diese Auseinandersetzung xenophoben und nationalistischen Tendenzen zuvorzukommt oder zumindest entgegen wirkt, damit eine offene und öffentliche Diskussion zur epidemiologischen Brisanz möglich wird. Dies bedeutet für etablierte Präventionsanbieter eine erneute Herausforderung im Hinblick auf die Zielgruppenorientierte und inhaltliche Angebotsgestaltung und verlangt nach einer Weiterentwicklung der zwanzigjährigen Innovationsgeschichte im HIV/Aidsbereich.

Bisher wurden in der methodischen und inhaltlichen Weiterentwicklung von Forschungsarbeiten und Präventionsprojekten wichtige Schritte unternommen. In Grossbritannien sind insbesondere Aktionsforschungsprojekte entstanden, die mittels Mapping-Projekten zur Erfassung der sozio-ökonomischen und gesundheitlichen Situation bei afrikanischen Gemeinschaften führten. In diesen Projekten wurde zunehmend ein Klima geschaffen, das zu mehr Aufmerksamkeit von Seiten der Gesundheitsbehörden zur Sub-Sahara Migrationsbevölkerung und innerhalb der afrikanischen Gemeinschaften zu mehr Offenheit gegenüber dem Thema HIV/Aids geführt hat. Im deutschsprachigen Raum wurde eher auf Interventionsprojekte mit dem Schwerpunkt Peer Edukation fokussiert, um die Diffusion der Präventionsbotschaften in den afrikanischen Gemeinschaften voranzutreiben. Allerdings wurden bisher in der Schweiz und in Westeuropa vorwiegend explorative Studien und pilotartige Aktivitäten unternommen. Deshalb ist die Reichweite der bisherigen Bemühungen (noch) nicht

¹²⁹ Obwohl in der US-amerikanischen Literatur zur HIV-Prävention bei Afro-AmerikanerInnen das individuelle Verhalten, bzw. Verhaltensänderungen stark fokussiert werden (exemplarisch Darbes, Kennedy et al. 2002), gibt es dennoch Bestrebungen, dass die "communit-in-environment" (Lester 1993, S. 388) und damit der historische, soziale und epidemiologische Kontext von afrikanischen Gemeinschaften für Präventionsbestrebungen berücksichtigt wird.

flächendeckend, und die Interventionsplanung befindet sich (noch) in einem ausgeprägten Entwicklungsstadium.

Auf der Ebene des Projektmanagements wird mit geeigneten Strategien angestrebt, speziell marginalisierte Bevölkerungsgruppen der Sub-Sahara Gemeinschaften zu erreichen, sowie allgemein Partizipationsmöglichkeiten für Sub-Sahara MigrantInnen zu schaffen. Diese Bestrebungen sind beachtlich und reflektieren die hohe Motivation der Projektbeteiligten. Zudem konnten während den letzten fünf bis zehn Jahren reichhaltige Erfahrungen gesammelt werden bezüglich Organisation und Finanzierung von Projekte. Mittlerweile liegen auch erste erfolgreiche Evaluationsergebnisse vor. Gezeigt hat sich, dass in den Projekten ein hohes Mass an Projektmanagementkenntnissen und – erfahrungen, Kreativität, und Sachkenntnis zu Migration und HIV/Aids erforderlich ist, um die inhaltliche, organisatorische und finanzielle Stabilität und dadurch die Nachhaltigkeit der Präventionsbotschaften bei der Sub-Sahara Migrationsbevölkerung gewährleisten zu können.

Ersichtlich wird aufgrund der Literaturübersicht, dass in der Schweiz die spezifisch auf Sub-Sahara MigrantInnen ausgerichteten Präventionsprojekte, namentlich die MediatorInnen-Projekte AFRIMEDIA und Multicolore sowie das AHS-Pilotprojekt im Rahmen der grenzsanitarischen Untersuchung und die Ausstrahlungen bei Radio Somalia aus internationaler Sicht einem anerkannten Bedarf entsprechen und methodisch gut ausgerichtet sind. Bei AFRIMEDIA zeugen insbesondere die verschiedenen Kleinprojekte, z. B. die Beteiligung am Wettbewerb "Scénarios du Sahel" von guten Kenntnissen des Präventionsdiskurses im afrikanischen Kontext.

4.1.3.2 Empfehlungen

Um die HIV-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen weiter vorantreiben zu können, werden nun Empfehlungen für die Schweiz in den drei Bereichen Präventionspraxis, Forschung und Präventionsgrundsätze formuliert.

4.1.3.2.1 Präventionspraxis

- 1 Die Zielgruppen-orientierte Prävention sollte weiterhin auf die grosse Heterogenität der afrikanischen Gemeinschaften ausgerichtet sein.** Vor allem der Prävention bei Frauen kommt hohe Priorität zu, weil dadurch sowohl die Gesundheit der Frauen selber als auch die vertikale Transmission ins Zentrum gerückt werden können. Zudem sollte zukünftig auch ein stärkerer Fokus auf die noch wenig berücksichtigten Jugendlichen und deren Familien, insbesondere auf den intergenerationellen Dialog zu Sexualfragen, gelegt werden. Bei Männern steht die Verantwortung für ein partnerschaftliches Sexualverhalten im Vordergrund sowie der Kondomgebrauch auf Reisen in afrikanische Länder. Darüber hinaus sollten auch die "sans

papiers" aus dem Sub-Sahara Raum vermehrt explizit als Zielgruppen angesprochen werden, da ihr Zugang zu Gesundheitsinformationen und zu Beratungsstellen aufgrund ihrer aufenthaltsrechtlichen Situation besonders erschwert ist. Ferner wird empfohlen, dass zukünftig auch Sub-Sahara MigrantInnen in Gefängnissen, bei denen es sich um eine speziell vulnerable Gruppe handelt, für die HIV-Prävention berücksichtigt werden. Schliesslich sollten VertreterInnen religiöser Gemeinschaften analog den Erfahrungen im deutschen Multiplikatorenprojekt für die HIV-Prävention gewonnen werden.

- 2 Spezifische Inhalte zur verbesserten Wahrnehmung der HIV/Aids-Thematik bei der Sub-Sahara Bevölkerung sollte im Rahmen der Präventionsanstrengungen und durch Partizipation mit HIV-MediatorInnen aufgegriffen werden.** Dazu gehören die vielschichtigen Interpretationen einer Risikosituation, Ambivalenzen rund um den Kondomgebrauch, traditionelle Sexualpraktiken oder die Inanspruchnahme von Beratungsstellen. Diese spezifischen Inhalte für die Zielgruppe der Sub-Sahara MigrantInnen sind für viele PräventionsakteurInnen in der Schweiz relativ neu. Dazu wird empfohlen, dass die bisherigen in der Schweiz tätigen HIV-MediatorInnen nicht nur Ansprechpersonen für Afrikanerinnen und Afrikaner sind, sondern auch für hiesige Präventionsmitarbeitende. Die HIV-MediatorInnen haben sich mittlerweile eine Kompetenz angeeignet, von der viele Fachleute in der Prävention und Versorgung profitieren können. Damit können gleichzeitig die Anliegen von marginalisierten Bevölkerungsgruppen integriert und darüber hinaus deren Befähigung zu präventivem und gesundem Handeln gefördert werden. Die inhaltliche Aktualisierung des Wissens auf seiten der hiesigen PräventionsakteurInnen sollte einhergehen mit der Erweiterung der transkulturellen Kompetenz, d.h. unter anderem der Neugierde für Sichtweisen und Verhaltensmuster bei Sub-Sahara MigrantInnen.
- 3 Bei der Methodik zur Vermittlung von Präventionsbotschaften sollte auf existierende international verfügbare Materialien zurückgegriffen werden, einschliesslich Kontakten zu den entsprechenden Organisationen.** Damit die MediatorInnen ihre Aufgaben kompetent übernehmen können, sind sie neben ihren persönlichen Fähigkeiten und ihrer Sachkenntnis zu HIV/Aids auf qualitativ gute Materialien und kreative Methoden angewiesen, um den heterogenen Gruppen innerhalb der afrikanischen Gemeinschaften auf attraktive Weise die Präventionsbotschaften näher bringen zu können. Hier könnte noch eine starke Ausweitung des Repertoires erfolgen, indem international vorhandene Materialien für den Gebrauch in der Schweiz evaluiert, allenfalls angepasst und genutzt werden. Zudem sind vor allem in Gross-

britannien Organisationen entstanden, die mit hoher Sachkenntnis und innovativen Strategien die Problematik von HIV/Aids bei afrikanischen Gemeinschaften aufgreifen.

- 4 Bei partizipativen Ansätzen die Nachhaltigkeit im Projektmanagement besonders wichtig, d.h. der Pilotphase sollte das "scaling up" folgen. Dazu sind für die Zielgruppen-orientierte Arbeit entsprechende zeitliche, personelle, administrative und finanzielle Ressourcen zu sprechen.** Für mittel- und langfristige Prozesse wie Risikowahrnehmung und Verhaltensänderung sind Projektstabilität und -kontinuität zu gewährleisten, z.B. in Form von genügend langen Projektlaufzeiten. Zudem sollten eine Aufwertung der Stellenfunktion und eine stärkere Einbindung der HIV-MediatorInnen in ihren Institutionen erfolgen. In Bezug auf die Projektfinanzierung ist zudem erforderlich, dass die personellen und administrativen Abläufe geklärt sind, um besonders bei Drittmittelprojekten die Kostentransparenz gewährleisten zu können. Um die Projektarbeit und –umsetzung zu fördern, wird ein Fond für Kleinprojekte mit einfachen Antragsmöglichkeiten empfohlen. Falls solche Projekte von semi-professionellen Organisationen durchgeführt werden, ist daran zu denken, dass technische Hilfe für die Durchführung, Dokumentation und Evaluation nötig sein könnte. Schliesslich sollte die Evaluation ein integrierter Teil jeder Projektplanung und –budgetierung sein, ebenso wie die Dissemination von Erfahrungs- und Evaluationswissen.
- 5 Dem freiwilligen anonymen HIV-Test sollte bei Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften eine Schlüsselrolle zukommen, um der Sekundärprävention Auftrieb zu verleihen.** Um die frühere Erfassung von Krankheitsstadien zu ermöglichen ist die Kooperation mit Hausärzten zu intensivieren, denn diese werden von Sub-Sahara MigrantInnen bei Gesundheitsproblemen laut verschiedenen Studien am meisten aufgesucht. Die Thematik rund um den HIV-Test sollte auch mit Hilfe von afrikanischen Personen gefördert werden, die selber einen HIV-Test gemacht haben und über ihre Motivation und Erfahrung mit dem Testprozedere berichten können.
- 6 Die Diskussion von Aids innerhalb der afrikanischen Gemeinschaften sollte unter Einbezug von HIV-positiven Sub-Sahara MigrantInnen gefördert werden.** Ziel dieser Begegnungen ist einerseits, dass Ansteckungsmöglichkeiten konkret angesprochen und vorhandenes Wissen bei den afrikanischen MigrantInnen allenfalls angepasst wird. Andererseits können solche Gespräche die Solidarität und Entstigmatisierung fördern. Dazu sind in

der Schweiz seit 20 Jahren Erfahrungen gesammelt worden, die nun für Sub-Sahara MigrantInnen genutzt werden können.

4.1.3.2.2 Forschung

- 7 **Um die Prävention auf gesicherte epidemiologische und demographische Kenntnisse abstützen zu können, sollte ein flächendeckendes Mapping bei verschiedenen Zielgruppen innerhalb der Sub-Sahara Gemeinschaften durchgeführt werden.** Ansatzweise und regional sind zwar in der Schweiz durch den Interventionsplan (Zuppinger, Kopp et al. 2000), das AFRIMEDIA- und das Multicolore Projekt, die ASFAG und einzelne kantonale Aidshilfen Erkenntnisse und Publikationen zur Lebenssituation von Sub-Sahara MigrantInnen vorhanden. Das Wissen zu diesen sozialen Netzwerken sollte jedoch gebündelt und die Erfassung von Vereinen, Treffpunkten etc. auf weitere Regionen ausgedehnt werden. Zudem ist über die Inanspruchnahme von Beratungsleistungen zur HIV-Prävention und Vorbeugung anderer sexuell übertragbarer Infektionen sowie zur Schwangerschaftsverhütung wenig bekannt. Es gilt, neben einem besseren Verständnis über die Vulnerabilitätsfaktoren auch präzisere Informationen über stark vertretene Risikomuster zu erhalten, durch die sich die Zielgruppe in der Schweiz einer HIV-Infektion exponiert. Darauf aufbauend können die wichtigsten Präventionsstrategien entsprechend ausgerichtet werden.

- 8 **Die Wirkung der bisherigen Präventionsmassnahmen sollte mit qualitativen und quantitativen Methoden überprüft werden.** Im Rahmen von Evaluations- und Begleitforschungsprojekten sollten die oft innovativen und pilotartigen Projekte in ihrer Entwicklung zeitnah und kritisch verfolgt werden, so dass Anpassungen möglichst noch während der Projektlaufzeit möglich sind. Um dem Dialog und der Partizipation im Rahmen von Forschungsprojekten gerecht zu werden, sind insbesondere qualitative Methoden im Rahmen von Aktionsforschungsprojekten geeignet. Dies erlaubt ein Vorgehen, in dem gemeinsam mit Sub-Sahara MigrantInnen Forschungsfragen erarbeitet werden. In Aktionsforschungsprojekte kann auch die Umsetzung verschiedener Aktivitäten integriert werden. Dies kommt dem Wunsch von seiten der afrikanischen Gemeinschaften nach "less study – more action" entgegen (Kalipeni, Craddock et al. 2004, p. 215). Quantitative Erkenntnisse sollten mittels deskriptiven Studien Aufschluss geben über die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten. Zudem sollten Experimentalstudien Einblick in die Wirksamkeit von Präventionsinterventionen geben.

- 9 Kompetenzen von afrikanischen ForscherInnen und ProjektmitarbeiterInnen sollten gefördert und integriert werden.** Im Rahmen von MediatorInnen-Projekten wurde mehrfach ersichtlich, dass sowohl auf Forschungs- als auch auf Praxisebene verschiedenste Kompetenzen bei afrikanischen Menschen in der Schweiz vorhanden sind. Diese Kompetenzen sollten im Rahmen von Forschungsprojekten vermehrt gefördert und in alle Stufen der Entwicklung und Durchführung von Forschungsprojekten integriert werden. Dies kann auch die Identifikation der Sub-Sahara Bevölkerung mit Forschungsprojekten verbessern und das Gefühl "Versuchskaninchen" zu sein mindern.
- 10 Als Informationsquellen sollten in den nächsten Jahren weiterhin die publizierte und auch die graue Literatur berücksichtigt werden.** Die Dynamik in der Wissensentwicklung ist zurzeit sehr hoch, und die Verbesserung der HIV-Situation der Sub-Sahara Migrationsbevölkerung verlangt nach rascher Integration des Wissens aus beiden Quellen. Aufgrund dieser schnellen Entwicklung ist eine regelmässige Aktualisierung der Wissensquellen für Projekte in der Schweiz sehr wichtig, um dadurch zeitnah von nationalen und vor allem internationalen Erfahrungen und Forschungsergebnissen profitieren zu können. Britische Quellen bieten dazu besonders reichhaltige Informationen.

4.1.3.2.3 Präventionsgrundsätze

- 11 Angesichts der starken sozialen Determinanten für eine wirksame HIV-Prävention sollten neben der individuellen Risikowahrnehmung und den Kenntnissen zu Übertragungsmöglichkeiten auch die sozialen Verhältnisse der afrikanischen Gemeinschaften als Orientierungspunkte für die HIV-Prävention gelten.** Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht wird ein kombinierter Verhaltens- und Verhältnisansatz empfohlen. Letztlich ist das Verhalten der Sub-Sahara MigrantInnen die wichtigste Determinante für die Eindämmung der HIV-Inzidenz. Für einen verantwortungsvollen Umgang mit Safe Sex ist noch verschiedentlich Präventionspotenzial vorhanden und auszuschöpfen. Der Verhältnisansatz andererseits sollte stark auf aufsuchende Prävention und damit auf eine Bringschuld der Präventionsanbieter ausgerichtet sein, damit bestehende Vulnerabilitätsfaktoren wie Geschlecht, sozialer und legaler Status, Zugang zu Arbeit und Wohnung etc. angemessen aufgefangen werden können.
- 12 Der Solidarität mit Sub-Sahara MigrantInnen kommt grosse Bedeutung zu. Diese sollte durch politische, behördliche und gesellschaftliche Kräfte gestützt und gefördert wer-**

den. Sowohl die dunkle Hautfarbe, die oft prekäre sozio-ökonomische Situation sowie nun auch die hohe HIV-Prävalenz bergen hohes Marginalisierungs- und Stigmatisierungspotenzial. In diesem Kontext braucht es politische und gesellschaftliche Kräfte, die eine differenzierte Präventions- und Migrationspolitik und eine durchdachte Strategie für die öffentliche Gesundheit in bezug auf Migration und HIV/Aids verfolgen¹³⁰. Dazu gehört, dass weiterhin das Primat von "new public health" gegenüber "old public health" festgeschrieben wird, d. h. dass schnell, bevölkerungsweit und langfristig Lernprozesse organisiert werden, mit denen sich einzelne Menschen, Gruppen und die gesamte Bevölkerung vor dem vorläufig unausrottbaren HI-Virus präventiv und ohne Diskriminierung schützen können (Bundesamt für Gesundheit 2003d).

13 Angesichts der hohen HIV-Prävalenz wird schliesslich empfohlen, dass die Angebote der HIV-Primärprävention und der HIV/Aids-Versorgung gut miteinander verknüpft sind.

Das heisst, dass eine nahtlose Verbindung entlang eines Interventionskontinuums von der Gesundheitsförderung über die Primär-, Sekundär- bis zur Tertiärprävention angeboten werden sollte. Für Präventionsprojekte sollte antizipiert werden, wie zu reagieren ist, wenn sich HIV-infizierte Sub-Sahara MigrantInnen z. B. einer Mediatorin oder einem Mediator anvertrauen und Unterstützung und Informationen von dieser Person wünschen. Ist die Mediatorin lediglich für die Triage zu einer Beratungsstelle verantwortlich? Oder übernimmt sie eine Funktion in der Begleitung, um das Vertrauensverhältnis nicht abbrechen zu lassen? Anhand solcher Fragen sollte geprüft werden, wie die erworbenen primärpräventiven Kompetenzen der afrikanischen MediatorInnen auch für die HIV/Aids-Versorgung benutzt werden können, und dabei sowohl für die HIV-infizierten MigrantInnen als auch zur Unterstützung der VersorgungsakteurInnen. Ziel ist es, eine präventive und solidarische Begleitung durch ihre Peers zu ermöglichen und den klinischen Fachleuten Hilfestellung bei transkulturellen Fragestellungen anzubieten, die sich in der Behandlung und Pflege von afrikanischen Aids-PatientInnen ergeben.

4.1.3.3 Ausblick

Angesichts der noch immer sehr hohen HIV-Prävalenz bei Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz sowie der erhöhten Vulnerabilität eines grossen Teils dieser Personen besteht derzeit und auch mittelfristig ein hoher Handlungsbedarf in der HIV-Primärprävention für diese Zielgruppe. Daher ist es dringend erforderlich, dass die bisherigen national und international verfügbaren Forschungs- und

¹³⁰ Exemplarisch siehe dazu die ausführliche Argumentation zur Verbesserung der Lebensqualität von MigrantInnen im Kontext von HIV, die von einer britischen überparteilichen Parlamentarier-Gruppe erstellt wurde (All-Party Parliamentary Group on AIDS 2003, www.appg-aids.org.uk, Zugriff am 10. November 2005).

Praxiskenntnisse zügig in weitere Präventionsinterventionen einfliessen. Um die Präventionsaktivitäten in der Schweiz kohärent und flächendeckend anbieten zu können, ist parallel dazu die Erarbeitung eines HIV-Präventionskonzeptes spezifisch für Sub-Sahara MigrantInnen erforderlich. In diesem Konzept können die bisherigen Erfahrungen und Anforderungen gebündelt sowie "Good Practice Guidelines" und Massnahmen für die Umsetzung entwickelt werden. Da die Dringlichkeit nicht nur in der Primärprävention, sondern auch in der Versorgung und Entstigmatisierung hoch ist, eignet sich das Schweizer Rahmenkonzept der STOP AIDS Kampagne mit den drei Säulen "Prävention", "Therapie" und "Solidarität" (Bundesamt für Gesundheit 2003d, S. 16) besonders gut für die Population der Sub-Sahara MigrantInnen. Allerdings sind bislang Aktivitäten in den drei Säulen eher unabhängig voneinander umgesetzt worden. Hier ist zukünftig auf eine stärkere Integration von Präventions-, Versorgungs- und Solidaritätsleistungen hinzuwirken.

4.2 HIV/AIDS disease characteristics and illness experiences: A literature review on clinical and community-based research studies with HIV-infected Sub-Sahara migrants living in Western Europe (Paper 2)

Iren Bischofberger

WE'G University of Applied Health Sciences, Aarau

WE'G Center for Advanced Health Care Education, Aarau

Manuscript submitted to "AIDS Care"

Abstract

HIV prevalence among Sub-Sahara migrants in Switzerland has increased dramatically since the late 1990s. A literature analysis was conducted covering peer-reviewed and grey literature research publications between 1985 and 2005, aiming to identify links and gaps between the clinical focus on disease evolution and patients' perspectives and illness experiences. 30 studies matching the selection criteria were identified. They were published mainly in the United Kingdom and with a sharp increase since 2000. A variety of research methods were used for cross-sectional surveys, descriptive qualitative studies, and action research designs, but no intervention or evaluation studies were found. Core insights are: Sub-Sahara migrants attend at a younger age and exhibit higher pathologies at the clinic, with an overrepresentation of women, and tuberculosis as the main AIDS-defining disease. Living contexts are mainly poor housing, financial and legal constraints, and high unemployment rate compared to White Europeans. Once access to antiretroviral therapy was successful, immunological impairment usually recovered to a satisfying level. The perpetuation of increasing numbers of migrant patients and the strong overlap of clinical, socio-economic and migration issues makes clinical care highly challenging for this patient population. There is strong need for research on long-term clinical studies focusing on the intertwined nature of HIV disease evolution and managing the illness trajectory from migrants' perspectives. Research implementation should be guided by use of care models that integrate clinical outcomes and patients' views.

Keywords

HIV/AIDS, Sub-Saharan migrants, clinical care, illness experience

4.2.1 Introduction

In Switzerland, and throughout Western Europe, the epidemiological dynamic has changed considerably during the past decade (Hamers & Downs 2004), partly because of increasing HIV prevalence figures among Sub-Saharan migrants. This population group has always been overrepresented in Swiss HIV/AIDS statistics and the Swiss HIV Cohort Study (SHCS) since the late 1980s, but the trend during the past decade is dramatic. Between 1988 and 1992, Sub-Saharan migrants represented 4.5% of all HIV-positive tests (Bundesamt für Gesundheit 2003b), and in 2005, the ratio scaled up to 37% (Bundesamt für Gesundheit 2005b). Within the SHCS, data indicate a rise from 0.9% before 1989 to 11.9% between 1997 and 2001 (Staehelin, Rickenbach et al. 2003). Not only does the number of patients make clinical care challenging for this population, but the strong overlap of clinical, socio-economic and migration issues presents further difficulties for care intervention, e.g. late presentation to medical care (O'Farrell, Lau et al. 1995; Burns, Fakoya et al. 2001; Boyd, Murad et al. 2005). This review aims to provide an overview on the existing state of the art knowledge of the intertwined nature of disease processes and illness experiences of HIV-infected Sub-Saharan migrants. Supplementary to two literature reviews (Chinouya & Reynolds et al. 2001; Prost & Elford et al. 2007), this article aims to identify links and gaps between the clinical focus on disease evolution and patients' perspectives on illness experience.

4.2.2 Review strategies

Peer reviewed and non-reviewed Western European studies published between 1985 and 2005 in English, French, and German with a clear focus on Sub-Saharan migrants and searched through Medline, CINAHL and PsychInfo were selected. Search terms (and combinations of terms) were: *migrants, sub-Saharan, African, HIV, AIDS, care, treatment*. Bibliographies of core articles, the UK website of the 'African HIV Research Forum' (www.ahrf.org.uk) and the EU internet platform 'Aids & Mobility' (www.aidsmobility.org) were used to further identify related publications. Conference reports and fact sheets were reviewed to identify speakers who could be contacted for expert opinions. 31 research studies were included. 18 studies refer to disease characteristics, and 13 to illness experiences from the Sub-Saharan migrants' perspectives (details see tables 1 and 2). 21 studies were from peer-reviewed journals, and nine identified in the grey literature. 70% of all studies were conducted in the UK, and 77% were published between 2000 and 2006. Content analysis of selected sources was done firstly done, by reviewing summaries and establishing a category plan, and secondly, by reading and analyzing in depth, and continuously refining categories (Miles & Huberman 1994).

4.2.3 Findings

4.2.3.1 Migrants' characteristics and living contexts

There is strong consensus that HIV-infected Sub-Sahara migrant patients are demographically and socio-economically heterogeneous, younger compared to Europeans, and – unique in the history of European HIV prevalence - with female over-representation (Del Amo, Petrukevitch et al. 1998; Arendt, von Giesen et al. 2003; Staehelin, Rickenbach et al. 2003). In particular, the prevalence rate of African women who were either pregnant at entry to the medical system, or had an abortion within 6 months prior to the study or had given birth, was 18 % compared to 6% of European women (Staehelin, Rickenbach et al. 2003). Several studies acknowledged this new "female" dynamic (Bungener, Marchand-Gonod et al. 2000; Fourquet, Le Chenadec et al. 2001; Anderson & Doyal 2004; Doyal & Anderson 2005), indicating that the risk of vertical transmission and infecting the newborn through breastfeeding, are becoming highly relevant, because having children remains an important life goal for HIV-infected African migrant women (Fourquet, Le Chenadec et al. 2001; Doyal & Anderson 2005). In the migration conditions, the perpetuation of health impairment, financial constraints, and the lack of family support when being pregnant or raising children is often highly stressful. Only one report has been published on men only (Doyal, Anderson et al. 2005), indicating that men are rather confronted with maintaining their social status and economic stability by seeking various kinds of employment. However, this is difficult due to the unemployment rate, which is higher among Sub-Sahara migrants compared to Whites, despite comparable educational levels (Erwin, Morgan et al. 2002). The literature is lacking on specific research on other African migrant groups such as asylum seekers, undocumented migrants, inmates, or families living with HIV/AIDS.

4.2.3.2 HIV/AIDS disease characteristics

The first research publication on clinical characteristics of the AIDS disease in African migrants appeared in 1995 (O'Farrell, Lau et al. 1995). This is considerably later than HIV/AIDS studies conducted with gay men or intravenous drug users, however, publications particularly from the UK increased considerably from the mid-1990s until 2006. There is agreement that these migrants attend later and in worse health status at the clinic, with tuberculosis as the main and first AIDS-defining disease. CD4+ cell count and viral load measures are significantly lower when accessing clinical care. Typically, women were diagnosed with HIV during antenatal screening (Bungener, Marchand-Gonod et al. 2000), and men during hospitalization due to episodes of severe disease symptoms (Boyd, Murad et al. 2005). Late access to care may be attributable to the relatively short time spent in Western Europe, particularly among asylum seekers, and thus, without treatment, HIV infection has often already reached an advanced stage (Weatherburn, Ssanyu-Sseruma et al. 2003). Finding

timely and appropriate care may also be inhibited by clinical staff who recognise psychological problems among black Africans at a later stage compared to White patients (Malanda, Meadows et al. 2001).

Once HIV-infected African migrants have access to antiretroviral treatment, their viral load and CD4 cell count usually recover to a level which is comparable to Europeans, and disease progression does not noticeably differ from Western Europeans (Staehelin, Rickenbach et al. 2003). Also, antiretroviral treatment seems to be efficacious in non-B HIV-1 subtype infection, which is most prevalent among Africans, although anti-HIV pharmaceuticals were not designed to inhibit non-B HIV-1 subtypes (Frater, Dunn et al. 2002). Despite these biomedical achievements, there is no evidence over time that HIV-infected Africans attend earlier and with better viral parameters (Boyd, Murad et al. 2005). And in some cases, the follow-up median duration is 7 months lower compared to Europeans (15.1 months compared to 22.3 months) (Frater, Dunn et al. 2002). Also, longer-term virological effects due to antiretroviral therapy was poorer among Sub-Sahara migrants, which is assumed to be due to insufficient adherence to prescribed medications (Frater, Dunn et al. 2002). Therefore, qualitative research is recommended to understand the barriers to accessing care and long-term illness, and medication-based treatment outcomes (Staehelin, Rickenbach et al. 2003).

4.2.3.3 HIV/AIDS illness experiences

Studies on illness experiences began four years later than clinical studies, but in recent years increased in numbers, also mainly in the United Kingdom. Today, a relatively comprehensive picture exists including concerns about poverty, legal consequences, social marginalization and their effect on the illness trajectory (Erwin, Morgan et al. 2002; Dodds, Keogh et al. 2004; Doyal & Anderson 2005). For instance, regular travel to an HIV clinic and to other healthcare facilities takes more time and is more costly when living at the margin of a city (Doyal & Anderson 2005). Also, frequent geographical migration leads to disruption of care trajectories and requires high adaptability to access appropriate services in new surroundings (Chinouya, Musoro et al. 2003). Hence, health promotion or prevention of onward transmission may not be given proper priority due to more pressing problems of living in the host country (Tonwe-Gold, Hirschel et al. 2002). However, ignoring the disease is risky; missing signs and symptoms worsens the disease process. Storing or taking medicine, particularly in poor and overcrowded housing risks disclosure, and thus regular medication intervals may be missed due to fear of being caught (Anderson & Doyal 2004). Thus, hiding the disease requires rigorous information management (Sellier, Clevenbergh et al. 2006). Particularly, HIV-infected African parents tend to delay disclosure to their vertically-infected children for years,

because they fear that their children may accidentally reveal the diagnosis to others, bringing stigma upon the whole family (Waugh 2003).

Support in these challenging living situations is primarily provided from professional HIV health and social care providers, because migrants' fear of discrimination within African communities or with immigration services leads to high reliance on professionals (Erwin, Morgan et al. 2002). Most often, migrants were satisfied with the helpfulness, empathy and non-discriminatory climate within community based hospital and general practitioner services (Tonwe-Gold, Hirschel et al. 2002; Weatherburn, Ssanyu-Sseruma et al. 2003; Anderson & Doyal 2004). Limited reports exist on non-helpful attitudes; for instance, in the early years of antiretroviral combination therapy, some patients perceived anti-HIV treatment as discriminatory, because they were treated with "white drugs" tested only with White study participants (Erwin & Peters 1999, p. 1521).

An important source of support is religion (Erwin & Peters 1999; Chinouya & Davidson 2003; Anderson & Doyal 2004): God is regarded as highly powerful and capable of bringing disease to human beings, and likewise, to relieve illness by removing it. This particular belief is prevalent among syncretist churches, and if patients follow this belief entirely, they may miss early treatment options (Erwin & Peters 1999). Reading the Bible and praying individually is of higher priority as compared to participating in community church services, because the fear of stigmatization within religious communities is considerable (Doyal & Anderson 2005). No published works were identified that focused on non-Christian religious activities of Sub-Saharan migrants. More recently, support strategies have been found within several community-based and action research-designed projects (Chinouya, Musoro et al. 2003; Chinouya, Ssanyu-Sseruma et al. 2003; Weatherburn, Ssanyu-Sseruma et al. 2003), namely being visible as a Black African research fieldworker who is non-discriminating towards HIV-infected people, and who can be approached safely—primarily for research purposes, but also for advice and information about issues surrounding HIV/AIDS. This outreach research approach has a positive effect on social isolation and consequently on improved access to care and test options. In fact, in a sexual health survey, including the option of oral fluid HIV testing, 13% of women and 15% of men were HIV-infected (Sadler, Fenton et al. 2005). Since these figures are much higher than in other surveys (e.g. Gras, Weide et al. 1999; Stolte, 2003), the authors' comment that the prevalence rates are closely linked to the study recruitment strategy, which enhanced social inclusion and thus motivated participants who might otherwise not have participated.

The community-based projects often carry names in African languages, e.g. Padare, which refers to a traditional space in a number of African cultures where intimate and confidential issues are discussed (Chinouya & Davidson 2003), aiming to enhance identification of the target groups with HIV research projects. A few studies were identified with regard to medication adherence among African

natives living in France compared to nationals (Sellier, Clevenbergh et al. 2006). Particularly travelling to Africa negatively affected medication adherence. This issue had been mentioned briefly in other studies indicating that there is either poor (Frater, Dunn et al. 2002) or good adherence behaviour (Tonwe-Gold, Hirschel et al. 2002; Staehelin, Egloff et al. 2004), or that religion contributes to regular medication intake (Chinouya & Davidson 2003).

4.2.3.4 Research methods

The main method used for studying disease characteristics was the review of charts and descriptive data analysis. Charts were selected mainly from HIV specialist units and departments (Del Amo, Goh et al. 1996; Del Amo, Petruckevitch et al. 1996; Low, Paine et al. 1996; Del Amo, Petruckevitch et al. 1998; Saul, Erwin et al. 2000). Three publications are based on data from cohort studies (Fourquet, Le Chenadec et al. 2001; Staehelin, Rickenbach et al. 2003; Staehelin, Egloff et al. 2004), and one study was designed as an experiment testing the same medication regime and its effects on African and European participants (Frater, Dunn et al. 2002).

Studies on illness experience included a broader method approach such as using focus group discussions within support groups (Erwin & Peters 1999), separated single and mixed-gender focus groups (Dodds, Keogh et al. 2004), survey questionnaires combined with in-depth interviews (Anderson & Doyal 2004; Doyal & Anderson 2005; Doyal, Anderson et al. 2005), knowledge/attitude/practice (KAP) survey combined with community interventions and in-depth interviews (Chinouya & Davidson 2003), and self-completed questionnaires combined with semi-structured interviews (Doyal & Anderson 2005). Recruitment is described as extremely time-consuming and highly dependent on commitment, networking and time involvement of African research team members (Weatherburn, Ssanyu-Sseruma et al. 2003; Dodds, Keogh et al. 2004). White focus group facilitators were welcomed, but understanding and respect of communication and networking within African communities was required. African research team members often functioned as group facilitators with knowledge and sensitivity of the African diaspora situation. Participant-led recruitment was considered as part of an intervention in accessing HIV-infected Africans (Chinouya, Musoro et al. 2003). Despite the increasing variation of methods, there was no published research on evaluation of intervention projects or formal existing service and support programmes. Also, there were no meta-analyses found on research about care and treatment of HIV-infected sub-Saharan migrants in Western Europe.

4.2.4 Discussion

There is a sharp distinction between research publications focussing on either the clinical characteristics or the patients' illness experience. However, the intertwined nature of clinical and social conditions requires that both perspectives are equally considered in the illness management. Therefore, discussion will first focus on the complexity when treating and caring for HIV-infected Sub-Sahara patients, followed by promising achievements in community dialogue.

4.2.4.1 Perpetuation of clinical impairment and social hardship

In the process of immunological impairment combined with late diagnosis of symptoms, the risk of irreversible physical disability increases, for instance, blindness due to CMV retinitis and thus complicates living in an already harsh social context (Erwin & Peters 1999). Also, the combination of tuberculosis and HIV infection is making pharmaceutical treatment, including medication adherence difficult for physicians and burdensome for the affected patients. In these situations, HIV-infected migrants feel trapped, because they have access to effective treatment, which allows for living longer, but there is a high price for living with chronic conditions in social hardship (Doyal & Anderson 2005), which are not favorable for the chronic illness trajectory such as poor housing or travelling long distances to specialized services (Erwin, Morgan et al. 2002). Also, the overrepresentation of women at child-bearing age highlights the fact that late attention of women to medical care increases the risk of vertical transmission, thus involving not only individuals, but a family system. Late access to clinical care combined with increased overseas migration and international travel will also contribute to genetic diversity and consequently to implications on detection of resistance and virological response to medication treatment (Aggarwal, Smith et al. 2006). Despite these disease characteristics, virological parameters and survival rates for sub-Sahara migrants do not defer from White patients (Frater, Dunn et al. 2002; Staehelin, Rickenbach et al. 2003). This is promising for somatic conditions and for those patients who are willing and able to attend regularly. Yet, only those patients participate in research studies, who feel safe in a non-discriminatory environment (Sadler, Fenton et al. 2005). And there is a considerable knowledge gap regarding psychiatric disorders. There was a single study aiming to identify psychological needs, conducted in an area where traditionally few Sub-Sahara migrants live (Malanda, Meadows et al. 2001). In a few others studies, depression and anxiety are highlighted amongst other health disorders (Erwin, Morgan et al. 2002; Chinouya, Musoro et al. 2003; Weatherburn, Ssanyu-Sseruma et al. 2003).

These clinical characteristics are perpetuated by high demands resulting from the fear of stigma within the African communities (Tonwe-Gold, Hirschel et al. 2002; Dodds, Keogh et al. 2004), financial constraints and socio-economic hardship (Chinouya, Musoro et al. 2003; Lot, Larsen et al.

2004), difficulties to hide medication therapy (Erwin & Peters 1999; Weatherburn, Ssanyu-Sseruma et al. 2003), enduring gender inequality (Doyal & Anderson 2005), or fear of being expelled from the host country because of detected HIV infection (Doyal, Anderson et al. 2005).

4.2.4.2 Promising trends for community dialogue on HIV/AIDS issues

Although black African migrant communities have been less focused in research studies compared to the four "H" patient groups (homosexuals, hemophiliacs, heroin addicts, Haitians; (Musso 2005), and although African migrant communities highlighted the high prevalence rates more than a decade ago (Bhatt 1991), researchers conducted only in recent years, especially in the UK, to focus on this patient population. However, there are promising trends by focussing on community-based and action research studies specifically targeted to HIV-infected Sub-Sahara migrants (Chinouya, Musoro et al. 2003). The focus on Africans and HIV/AIDS is not perceived as stigmatising, when potential participants realize that the project is in their interest, and that the community owns the project. Particularly the ongoing engagement after completion of a research study is regarded as helpful, shown for instance, in a workshop organized for HIV-infected black African women older than 35 years (Murphy & Nabulya 2005), following the recommendations from a research study on sexual health knowledge and service provision (Chinouya, Ssanyu-Sseruma et al. 2003). Also, there are reports from care providers who developed clinical programmes, e.g. providing an African liaison nurse who is responsible for a close collaboration with African voluntary organizations, a TB clinic with directly observed therapy, or establishing expertise in managing pregnancies of HIV-infected women (Bingham 2002; Erwin, Morgan et al. 2002). African community organizations have started to motivate HIV-infected individuals to disclose their HIV status (Prost, Elford et al. 2007), thus confronting the image of stigma and shame within African communities by openly discussing issues of living with the HIV infection.

Acknowledging the intertwined nature of clinical and social challenges in HIV-infected migrant populations, the UK Department of Health published a policy paper including core elements of an integrated care model (Department of Health 2005b): informing HIV-infected Africans about existing social and healthcare services, enhancing adherence to drug regimens, supporting informal and family caregivers, and ensuring information on wider initiatives that promote social inclusion and confront stigmas. The need of such integrated care is even more evident in light of extended illness periods, as HIV-infected Sub-Sahara migrants were concerned about getting old with the disease (Chinouya, Ssanyu-Sseruma et al. 2003).

4.2.5 Conclusion

Acknowledging the magnitude of the problems, long-term care for chronically ill HIV-infected Sub-Saharan migrants requires top support from clinical, religious and community leaders and policy makers who are familiar and competent with bridging gaps between social and healthcare organizations, mental and somatic care institutions, and immigration services. For optimal health outcomes, a triad is formed between patients and their families, health care professionals and community services, including research outreach teams. This primary care "team" should be highly supported by policy makers. The few published studies that included descriptions on integrated services developed for the needs of these patients rather evolved out of the sheer need when clinicians faced increasing numbers of HIV-infected Africans seeking care (Department of Health 2005b). Yet, strategic planning procedures are necessary in order to avoid gaps and overlapping service provisions

Year	Author	Place	Aim	Study design	Data collection	Sample size	Main findings (+SSM = HIV-infected Sub-Saharan migrants)
1995	O'Farrell et al.	UK	To identify HIV/AIDS disease characteristics	Cross-sectional descriptive and retrospective study	Charts from all AIDS cases of African origin from HIV specialist centers up to March 1994	86 +SSM* (53♀, 33♂)	<ul style="list-style-type: none"> All patients received their first HIV diagnosis in the UK 69% Ugandan patients About 90 % had severe immune impairment at admission Most frequent Aids-defining diseases: Pneumocystis carinii pneumonia (PCP) 21%, tuberculosis (TB) 20%, cerebral toxoplasmosis (CT) 14 % Little knowledge about informal care support
1996 a)	Del Amo et al.	UK	To compare the spectrum of disease, severity of immune deficiency and chemoprophylaxis prescribed	Cross-sectional descriptive and retrospective study	Charts from patients' with African origin in a single HIV centre from 1986-1993	55 +SSM (22♀, 33♂)	<ul style="list-style-type: none"> 56% had AIDS at time of presentation TB as most frequent AIDS defining disease (27%), PCP only 10 % Mean CD4 count was 91 x 10mm³
1996 b)	Del Amo et al.	UK	To identify differences in progression between Africans mostly infected in Africa and non-Africans	Cross-sectional descriptive comparative and retrospective study	Patients' charts from 11 largest HIV units 1982-1995	1056 +SSM (624♀, 431♂) 992 non-Africans (99♀, 893♂)	<ul style="list-style-type: none"> +SSM presented later at the clinic than non-Africans 27% TB among +SSM as initial episodes of AIDS vs. 5 % non-Africans 17% PCP among Africans as initial episodes of AIDS vs. 34% among non-Africans 8% of +SSM received tuberculosis preventive therapy
1996	Low et al.	UK	To identify rate of progression, survival, and influencing factors	Cross-sectional descriptive study with retrospectively constructed prevalence cohort	Patient's charts from outpatient clinic from 1986-1994	96 +SSM (57♀, 39♂)	<ul style="list-style-type: none"> TB most frequent AIDS defining disease Median CD4 count 205 x 10⁶ /l Survival experience comparable to HIV-infected individuals born in developed countries
1998	Del Amo et al.	UK	To present differences in disease progression and death	Cross-sectional descriptive comparative study with retrospective cohort group	Patients' charts from 11 largest specialist HIV units 1982-1995	1056 +SSM (624♀, 431♂) 992 non-+SSM (99♀, 893♂)	<ul style="list-style-type: none"> No differences in crude survival from presentation at the clinic to death +SSM progressed more rapidly to AIDS CD4+ lymphocyte decline was not significantly different between groups Lack of access to health care and exposure to environmental pathogens are most likely causes of reduced survival rather than racial differences

Year	Author	Place	Aim	Study design	Data collection	Sample size	Main findings
2000	Saul et al.	UK	To identify disease stage at diagnosis	Cross-sectional descriptive and retrospective study of HIV-infected black Africans and Whites	Chart review of all newly HIV-infected patients from 2 London hospitals Data collection period: July 1995 – January 1999	Total of 450 patients: Whites: 50 % (10 % ♀, 90 % ♂) Black Africans: 38 % (61 % ♀, 39 % ♂)	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion of black Africans increased from 30% in 1996 to 48% in 1998 • Black Africans were 3.2 times more likely to present with a CD4+ count $\leq 350 \times 10^6/l$ • Increased black African patient population may reflect increased numbers in the host population and/or greater willingness to seek testing
2001	Burns et al.	UK	To determine if presentation of HIV infection has changed in the era of highly active antiretroviral therapy	Descriptive comparative and retrospective study	Chart review comparing all HIV-infected adults during two periods for assessing change over time in 2 London based specialist HIV clinics, and two data collection periods: 1982-1995, 1998-1999	1982-1995: +SSM: 259 (158 ♀, 01 ♂) SSM: 215 (18 ♀, 197 ♂) 1998-1999: +SSM: 143 (99 ♀, 44 ♂) non-Africans: 243 (21 ♀, 222 ♂)	<ul style="list-style-type: none"> • 15% of +SSM and 29% of non-Africans had HIV tests because of a contact with someone known to be HIV positive • 35% of Africans had an AIDS-defining illness within one month of their HIV diagnosis (13 % of non-Africans) • Time spent in the UK before HIV diagnosis for Africans remained constant over time • +SSM patients still present with significantly more advanced disease than non-Africans • +SSM are more likely to have AIDS at presentation in 1998–1999 than in 1982–1995
2001	Fourquet et al.	F	To refine the reproductive counselling and management of HIV-infected African and non-African women	Two national cohort studies	Women enrolled who tested HIV-positive during pregnancy Data collection period 1988–1996	Only women: 533 ♀ → 52% +SSM	<ul style="list-style-type: none"> • Increased incidence of pregnancy and child birth among +SSM women after HIV diagnosis compared to a decreased incidence among European women • Pregnancy terminations remained among +SSM women and decreased among white women
2001	Malanda et al.	UK	To identify proportion of black Africans referred to psychological medicine unit and compare to non-black sex/age matched controls	Cross-sectional comparative and descriptive study	Review of black and non-black patients' database in a large hospital in central London Data collection period 1992-1999	5080 patients: 5 % +SSM, of whom 53 % ♀	<ul style="list-style-type: none"> • Research area with traditionally few black Africans • 13 % +SSM were referred to psychological medical unit • +SSM more likely to have psychological treatment at AIDS stages • Highest difference of psychiatric disorder: Organic brain disorder • No differences in type of social difficulties and in treatment plans • Higher threshold for recognition of psychiatric morbidity in +SSM

Year	Author	Place	Aim	Study design	Data collection	Sample size	Main findings
2002	Tonwe-Gold et al.	CH	To present clinical and epidemiological data (Part 1 of a triangulation study)	Cross-sectional comparative study within the prospective Swiss HIV Cohort Study (SHCS) of +SSM women and HIV-infected non-African women	+SSM women enrolled between 1985 and 2000	306 +SSM women 1314 Swiss women (infected by heterosexual transmission)	<ul style="list-style-type: none"> • After the advent of HAART, +SSM had a higher probability to start antiretroviral therapy • No significant difference of survival rate or disease progress to AIDS between groups
2002	Barry et al.	UK	To document the demographic changes in new HIV diagnoses	Cross-sectional descriptive study with retrospectively constructed prevalence cohort assessing trends over time	Chart review of black and non-black patients in an HIV Unit in a London based hospital Data collection points: 1994, 1997, 2000	HIV-infected patients 1994: 144 (24% +SSM), 1997: 136 (23% +SSM), 2000: 110 (45% +SSM)	<ul style="list-style-type: none"> • Significant decrease of the proportion of HIV-infected white patients compared to black Africans • Median CD4 count at diagnosis of white patients significantly decreased from 475 cells/μL in 1994 and 286/μL in 2005, whilst +SSM patients remained at 240/μL and 230/μL for the same years • 76% of tuberculosis among black Africans, 68% of Pneumocystis carinii Pneumonia among Whites
2002	Frater et al.	UK	To compare the virological response of participants treated with the same medication regimens	Experimental study with African HIV-1-positive patients compared to Europeans	HIV database maintained since 1982 in an inner London hospital, data collected until November 2000	97 HIV treatment naïve +SSM (38♀, 59♂) 265 Europeans (19♀, 246♂)	<ul style="list-style-type: none"> • Although not designed for non-B HIV-1 infected patients, drug regimens proved to be efficacious • Africans had lower CD4 cell count at study beginning • Equivalence between two groups in the initial virological response, time to viral load non-detectability, change in viral load from baseline in the first 12 months, and change in CD4 cell count → HAART is efficacious in non-B subtype infections • Median follow-up duration 22.3 months for Europeans and 15.1 months for +SSM • Relative increase of viral load in African group after 9 months anti-HIV therapy • No adherence records are maintained in the database, thus no tests possible on assumed poorer adherence in African group
2003	Sinka et al.	UK	To describe epidemiology of HIV infected acquired in Africa and in African communities in the UK	Cross-sectional descriptive surveillance study	Six different sources of national data collection sets	All tests: 48'226 Infection acquired in Africa: 9993 Black African ethnicity: 6699	<ul style="list-style-type: none"> • 87% of +SSM live in London, between 1998-2000 rate decreased to 81% • Large number of charts without recorded ethnicity and/or country of infection • Improvement of early diagnosis is necessary • Effect of travelling to HIV high incidence countries needs merit for HIV prevention

Year	Author	Place	Aim	Study design	Data collection	Sample size	Main findings
2003	Staehelin et al.	CH	To examine the proportion of +SSM and access to anti-retroviral therapy, progression to AIDS and survival	Comparative study of sub-Sahara migrants and Western Europeans within the prospective Swiss HIV Cohort Study (SHCS)	11'872 patients, in the SHCS database, 4 data collection periods: before 1989, 1989-1992, 1993-1996, Main analysis period: 1997-2001	2684 +SSM Between 1997 – 2001 390 +SSM (247♀, 143♂)	<ul style="list-style-type: none"> Steady increase of +SSM in the SHCS up to 11.9 % Africans had lower CD4 cell counts at presentation in the clinic No differences in uptake of antiretroviral therapy, progression to AIDS, survival up to 48 months Tuberculosis most frequent AIDS defining disease
2004	Lot	F	To better understand recent increase of HIV prevalence among +SSM, and to adapt prevention and testing interventions	Cross-sectional descriptive chart review and face-to-face questionnaire	16 hospitals in Paris area Data collection period: January-June 2002	250 +SSM (♀ 64%, ♂ 36%)	<ul style="list-style-type: none"> Three typical groups identified: male immigrants in the 1980s in stable situations, females joining their families in the 1990s, in recent years, treatment tourism might have occurred with when 27% of immigrants came for medical reasons compared to 2 % before 1999. 91 % were HIV-diagnosed in France in 1980s, in 2001 and 2002 more HIV-infected patients arrived who were diagnosed in Africa Around 50 % live in non-stable housing, and 50% are covered by social security 36% of women discovered their HIV infection during pregnancy 50% were diagnosed because of HIV symptoms
2004	Staehelin et al.	CH	To examine epidemiologic, clinical, and migration-specific characteristics	Comparative single centre cohort from SHCS, incl. patients from 4 different groups: 1) Northwestern Europe, 2) Southern Europe 3) Sub-Saharan Africa, 4) Southeastern Asia	Chart review of a University hospital outpatient Infectious Disease Unit Data collection periods: 1989-1992 1993-1996 1997-2000	Group 1: 1045 (242♀, 774♂) Group 2: 116 (20♀, 96♂) Group 3: 92 (50♀, 42♂) Group 4: 24 (12♀, 12♂)	<ul style="list-style-type: none"> Increase of +SSM patients from 2.5% in 1990 to 21% in 1999 in Berne +SSM tend to be younger, female, and infected through heterosexual transmission route A majority of +SSM was most likely infected prior to arrival to Switzerland Referral to specialist centre was prompted by symptoms raising suspicion of HIV infection +SSM are more likely to be anaemic Good adherence behaviour among +SSM

Year	Author	Place	Aim	Study design	Data collection	Sample size	Main findings
2005	Boyd et al.	UK	To examine ethnic differences in demographic characteristics, stage at HIV diagnosis and reasons for and location of HIV testing	Descriptive comparative study of HIV-infected white, Sub-Saharan African and Black Caribbean patients	Chart review of all patients > 18 years with a first HIV-1 positive test at 2 London hospitals Data collection period: 1998-2000	494 patients: White: 36.2% +SSM: 54.7% Black Caribbean: 9.1%	<ul style="list-style-type: none"> • +SSM were more likely to present with an AIDS diagnosis and a lower CD4 cell count • +SSM were HIV-tested as a result of suggestive symptoms or antenatal screening rather than because of perceived risk • In contrast to Whites and Black Caribbeans, there is no evidence over 3 years that +SSM would present earlier to the clinic with less advanced AIDS

Table 1: Disease presentation of HIV-infected Sub-Saharan migrant patients

Year	Author	Country	Aim	Study design	Data collection	Sample size	Main findings
1999	Erwin	UK	To explore treatment issues which may affect uptake of therapies	Focus group interviews with support group members of female and male +SSM	6 focus group interviews in London during spring 1998	44 Participants (22♀, 19♂)	<ul style="list-style-type: none"> • Racism is perceived by in care delivery representatives • Similar treatment problems as non-Black patients, but context of treatment is highly loaded with various legal, social, financial and medical stressors • Pragmatic combination of Western and African medicine • Syncretist churches may discourage uptake of Western medicine • Fear of discrimination within African communities is major barrier of early access to medical services
2000	Bunger et al.	F	To compare psychosocial and psychopathological aspects	Cross-sectional comparative study using semi-structured interviews with African and European HIV-positive women for assessing psychosocial and psychopathological aspects of HIV infection	Hospitalized patients from Infectious Diseases Department between Oct 1995 and Jan 1998	Only ♀: 32 +SSM 68 Europeans	<ul style="list-style-type: none"> • +SSM women had significantly more children, and they wished to have further children • Fewer abortions among +SSM • +SSM women were less willing to disclose their HIV status to family members and friends

Year	Author	Place	Aim	Study design	Data collection	Sample size	Main findings
2002	Erwin et al.	UK	To examine factors associated with uptake of HIV clinic services	Cross-sectional survey using an anonymous, self-completed questionnaire	All HIV positive patients attending a London clinic between July 1999 and March 2000.	392 questionnaires from new and existing patients: Whites: 64% (10% ♀, 90% ♂) Black Africans: 26 % (60% ♀, 40% ♂) Black Caribbean / other ethnic groups: 10 % (data not analyzed)	<ul style="list-style-type: none"> • +SSM live in a considerable different socio-economic context than whites (higher unemployment rate despite comparable educational level to Whites, poor housing, difficulty of finding money to travel to the clinic, seeking baby sitters and time off work meanwhile) • Significantly less +SSM disclose their HIV infection to partner, family, friends • High concern of +SSM about impact of HIV diagnosis on family, fear of discrimination and dying soon • Due to fear of stigma within African communities, increased need of professional and voluntary support • +SSM men consulted help-lines, liaison nurses etc. significantly less than +SSM women
2002	Tonwe-Gold et al.	CH	To explore on needs of living conditions and social support (part 2 of a triangulation study)	Qualitative interview study	University Hospital Infectious Disease Unit, referrals by clergywoman from a church based support service, snowball technique Interviews in English and French Data collection period: May 2000 – March 2001	32 +SSM women from the Geneva region In-depth interviews: 11 Structured interviews: 21	<ul style="list-style-type: none"> • 60 % saw no possibility to avoid the infection even with more information • 33 % were HIV-tested without consent • Difficult resistance to denial of condom use from the male partner • 75 % good tolerance for antiretroviral therapy, high compliance rate reported • Strong beliefs in God and his power to bring and take away illness • Reluctance of HIV disclosure in family in Switzerland, Europe or Africa because of fear of rumours, discrimination and social isolation • Majority does not access HIV/AIDS support services because of fear to be associated with the disease • Support services often do not consider the prudish attitude of sub-Saharan Africans

Year	Author	Place	Aim	Study design	Data collection	Sample size	Main findings
2003	Weath- erburn et al. (Project Nasah)	UK	To determine in- formation needs related to anti- HIV treatment	Community-based action research pro- ject on anti-HIV treat- ment issues using standardized ques- tionnaires, semi- structured interviews, qualitative methods	22 African peers recruited +SSM participants for inter- viewing (no re- cruitment at HIV and GUM clinics) Data collection: 2002	435 +SSM (65 % ♀, 35 % ♂)	<ul style="list-style-type: none"> • Median time since first HIV diagnosis: nearly 3 years • Highest perceived problems: lack of money (77%), depression/anxiety (71%) • 55% have never been ill since diagnoses (not including anti-HIV treatment side effects) • Basic knowledge about anti-HIV treatment satisfactory, but more detailed knowledge would be useful, e.g. about lipodystrophy, clinical trials, looking after children, pregnancy. • Knowledge deficits especially prevalent among Africans who lived less than a year in the UK • Access to anti-HIV treatment was rarely a problem, 73% of +SSM are currently taking anti-HIV treatment • Talking to medical and nursing staff in the clinic is very helpful, but only 77% told their GP about the HIV diagnosis
2003 a)	Chinou- ya et al. (Shibah project)	UK	To explore is- sues affecting sexual health and well-being	Community and hos- pital based survey on sexual health issues and accessing ser- vices, using quantita- tive and qualitative research strategies	Hospital and com- munity venues - 124 +SSM com- pleted ques- tionnaires - In-depth inter- views with sub- sample of 20 +SSM - Data validation with two focus groups Data collection period: not indi- cated	124 +SSM (66 % ♀, 34 % ♂)	<ul style="list-style-type: none"> • When HIV diagnosed, +SSM felt too ill to benefit from counseling services • Diverging experiences with general practitioners regarding knowledge and support related to HIV/AIDS (some helpful, some discriminatory) • High level of combined problems (finances, housing, immigration, disease) • Some +SSM are concerned about getting older with HIV • Community support groups helpful • Lack of awareness for vertical HIV transmission • High level of incorrect answers on sexual health issues (e.g. belief that STI symptoms are necessarily seen or felt)
2003 b)	Chinou- ya et al. (Ubuntu- Hunhu project)	UK	To identify health needs of +SSM living out- side London, and to build ca- pacity among +SSM in rural areas	Community-based action research study on everyday issues of living with HIV, in- cluding community interventions, survey, and in-depth inter- views	In-depth interviews with members from a local support group Data collection period: not indi- cated	15 +SSM (8 ♀, 7 ♂)	<ul style="list-style-type: none"> • High geographical migration during lives in the UK • High incidence of mental health issues, main reasons are children living in Africa, no money to send to Africa, and no one to talk to • High incidence for hardship funds application due to financial constraints • Perceived need of more HIV/AIDS information and other helpful sources • Indadequate information level about anti-HIV treatment

Year	Author	Place	Aim	Study design	Data collection	Sample size	Main findings
2003 c)	Chinouya et al. (Padare Project)	UK	To identify risk factors associated with HIV transmission among +SSM accessing HIV services	Community based KAP study including community interventions, survey, and in-depth interviews	Mapping HIV service providers, questionnaire survey performed by African peers in community based voluntary and statutory organizations, Data collection period: 2002	214 +SSM (73 % ♀, 27 % ♂)	<ul style="list-style-type: none"> • 20% of men and 5% of women have same sex partners • 53% were diagnosed within 2 years before the survey • For 56 % of women and 44% of men religious beliefs support medication adherence • 20% are unsure about the term "undetectable viral load" • 30% does not expect to use condoms for ever • 40% have occasional or no condom use during penetrative sex • HIV service staff should be educated to ensure prevention interventions towards African patients
2004	Dodds et al.	UK	To explore on how stigma and discrimination contribute to reduced health	Focus group discussions	Separate and mixed focus groups with +SSM men and women recruited in the African communities Data collection period: not indicated	75 +SSM (41♀, 34♂)	<ul style="list-style-type: none"> • Lack of social and political power among +SSM • Lack of advocacy from national HIV services for establishing self-help structures for +SSM • Deafening silence of the HIV epidemic in host society and among Africans • Importance of +SSM role models for "African HIV community" • Interventions to counter every day stigma experiences must engage with policy, legislative and social actors • Developments in gay men's AIDS prevention in 1980s can not be compared to +SSM's situation today because they begin from a different level of power and integration in host society
2004	Anderson et al.	UK	To explore illness biographies and daily lives of participants receiving anti-HIV treatment	Exploratory study using self-completed questionnaires and semi-structured interviews on needs and experiences of +SSM women	HIV specialist clinics in 5 hospitals in London Data collection period July-December 2001	Only women: 62 +SSM	<ul style="list-style-type: none"> • High prevalence of social hardship: 60% unemployment rate, 30% asylum seekers, 30% have 3 and more children, but only 60% were living with them in the UK, 22% of children are HIV-infected, 50% have physical limitations imposed by HIV disease • Heterogeneous demographics, but marked similarities on financial constraints and illness situation • Fear of stigma requires rigorous information management on HIV status • Stigma experiences negatively affects access to health care • Absence of family members worsens situation • HIV explanations from health care staff were not welcomed because of fear of consequences on health status • High satisfaction with medical services, namely general practitioners and specialized HIV services • Resilience of emotional burden through religious beliefs, mainly practiced in private lives and not in churches

Year	Author	Place	Aim	Study design	Data collection	Sample size	Main findings
2005 a)	Doyal et al.	UK	To explore the situation of participants receiving anti-HIV treatment	Exploratory study using self-completed questionnaires and semi-structured interviews	HIV specialist clinics in 5 hospitals in London Data collection period July-December 2001	Only women: 62 +SSM	<ul style="list-style-type: none"> • Commonalities with HIV-infected women worldwide (reproduction, gender inequalities), but specific impact from migration situation (poverty, power, social isolation) • Feeling of being "trapped" in the UK by having access to medication and longer life perspectives, but strong identification with country of origin • Motherhood brings both intensive burden but also hope and a reason to survive AIDS • Lack of family support due to geographical distance is extremely damaging • Physical disability perpetuates difficulties of adapting socially in a foreign country
2005 b)	Doyal et al.	UK	To explore the situation of male HIV-infected +SSM	Exploratory study using semi-structured individual and focus group interviews	Referrals from peer support group of positive African men and from specialised HIV services in London Data collection period: November 2003 - August 2004	Only men: 37 +SSM	<ul style="list-style-type: none"> • Considerable reluctance of HIV testing, none was tested at routine screening, many were tested after their female partner was HIV diagnosed, diagnosis was relatively late in disease progress • Difficult decision about disclosure, particularly towards mothers living in Africa • Need for secrecy enhances social isolation • Feelings of contamination and fear of infecting sexual partners • Money and job very important for social status and economic survival • Recommendations for restore poverty, masculinity, and health impact assessment for asylum seekers • 2 men identified as men who have sex with men (MSM), thus additional recruitment for MSM was conducted for a future analysis and publication

Table 2: HIV-infected Sub-Sahara migrants' perspectives on illness experiences

4.3 Fazit zum Stand der Forschung

In den beiden Kapiteln zur Literaturbearbeitung konnte aufgezeigt werden, dass in den vergangenen zehn Jahren und vor allem in Grossbritannien seit dem Jahr 2000 entscheidende Forschungs- und Publikationsbeiträge geleistet wurden, so dass heute sowohl inhaltlich als auch methodisch ein breites thematisches Feld abgesteckt ist.

Abschliessend zum Literaturteil, bzw. zu den beiden Diskussionssträngen der HIV-Primärprävention und der HIV/Aids-Versorgung, werden nun einige bedeutsame Erkenntnisse hervorgehoben.

- 1 Ein eklatanter quantitativer und qualitativer Unterschied besteht zwischen den Publikationen aus Grossbritannien und dem übrigen Europa. Mit hoher Dynamik wurden vor allem in der Region London community-orientierte Projekte wie MAYISHAH I und II, NASAH, SHIBAH, UBUNTU-HUHUNU und PADARE lanciert und vorwiegend in Berichtsform dokumentiert. Bemerkenswert ist die starke Orientierung der Projektverantwortlichen an der Lebensweise und den Bedürfnissen der afrikanischen Gemeinschaften sowie ein ausgeprägtes Engagement der Forschungsteams im Bereich der partizipativen und nicht-stigmatisierenden Arbeitsweise. Dabei dient vor allem die Aktionsforschung als methodisches Mittel, um gleichzeitig Aufmerksamkeit für ein lange still gehaltenes Thema zu wecken, Daten zu erheben sowie Veränderungen in bezug auf Verständnis und Verhalten zu HIV/Aids anzustossen. Dieses methodische Vorgehen ist mit grosser Akzeptanz bei den afrikanischen Zielgruppen verbunden und scheint ein langes Bedürfnis nach Information und Integration im Aidsbereich aufzunehmen und abzudecken.
- 2 Interessant ist, dass die deutliche Beachtung der Nutzerperspektive einer fast vollständigen Abwesenheit der Sichtweise von VersorgungsakteurInnen gegenüber steht. Dies ist sowohl in der britischen als auch gesamteuropäischen Literatur ersichtlich. Lediglich in kleineren Beiträgen wird die Arbeitsweise von Gesundheitsfachleuten mit Sub-Sahara MigrantInnen reflektiert, bzw. werden Fragestellungen und Lösungsmöglichkeiten skizziert, die aufgrund der zunehmenden Versorgung einer bislang wenig sichtbaren Präventionszielgruppe und Patientenspopulation entstehen (Jöhncke 1996; Bingham 2002).
- 3 Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht ist in der Literaturübersicht schliesslich bedeutsam, dass vor allem in jüngeren Publikationen Zugangsstrategien für die Forschung und Interventionen für die Prävention und Versorgung zumindest ansatzweise verknüpft werden, indem beispielsweise während der Rekrutierung von Teilnehmenden Informationsgespräche ermöglicht oder ein HIV-Test angeboten werden. Ziel ist es jeweils, sowohl Prinzipien der Gesundheits-

förderung und Primärprävention in das Forschungsprojekt einfließen zu lassen als auch den Zugang zum Gesundheitssystem zu fördern, insbesondere zum HIV-Test, um dadurch frühzeitig eine medikamentöse Therapie ansprechen zu können. Diese Strategie wird zum einen im jüngst erschienen Policy-Dokument des britischen Gesundheitsdepartementes deutlich, das den Titel trägt: *HIV and AIDS in African communities - A framework for better prevention and care* (Department of Health 2005b). Dieser Zusammenhang zwischen Gesundheitsförderung und Tertiärprävention ist auch im unten dargestellten Interventionskontinuum erkennbar (Laaser & Hurrelmann 1998, S. 398):

	Gesundheitsförderung: Eher gesundheitsorientiert		Prävention: Eher krankheitsorientiert	
	<i>primordial</i>	<i>primär</i>	<i>sekundär</i>	<i>tertiär</i>
<i>Interventionszeitpunkt</i>	Im Gesundheitszustand	erkennbare Risikofaktoren	Im Krankheitsfrühstadium	nach akuter Krankheitsbehandlung
<i>Zielgruppe</i>	Gesamtbevölkerung	Risikogruppen	Patienten	Rehabilitanden
<i>Zielsetzung</i>	Beeinflussung von Verhältnissen und Lebensweisen	Beeinflussung von Verhalten und Risikofaktoren	Beeinflussung der Krankheitsauslösung	Vermeidung von Folgeerkrankungen
<i>Interventionsorientierung</i>	Ökologischer Ansatz	Vorbeugender Ansatz	Korrektiver Ansatz	Kompensatorischer Ansatz
<i>Bezeichnung</i>	Gesundheitsförderung	Primärprävention	Sekundärprävention oder Frühbehandlung	Tertiärprävention, Rehabilitation

Tabelle 3: Interventionskontinuum Gesundheitsförderung – Prävention (Laaser & Hurrelmann 1998, S. 398)

Dieses Modell ist besonders relevant für Bevölkerungsgruppen, die stark von der HIV-Epidemie betroffen sind. Im Rahmen von Gesundheitsförderung, wurden in der Literaturanalyse vor allem partizipative und auf Empowerment ausgerichtete Interventionen als erfolgreich beschrieben. Am anderen Ende des Kontinuums, bei der Rehabilitation, sind weniger Erfolge aufzuweisen, da HIV-infizierte Sub-Sahara PatientInnen erst spät im Krankheitsverlauf Hilfe aufsuchen und damit das Risiko für vermeidbare Folgeerkrankungen steigt. Zwar greifen medikamentöse Interventionen recht gut, aber dennoch wäre zu prüfen, ob ein partizipativer Ansatz auch in der Sekundär- und Tertiärprävention erfolgreich sein könnte, beispielsweise in der Förderung von African Liaison Nurses, die durch gezielte Kommunikation und aufsuchende Arbeit eine Brücke schlagen zwischen medizinisch-pflegerischen Behandlungszentren und afrikanischen Vereinigungen vor Ort (Erwin, Morgan et al. 2002).

- 4 Zusammenfassend kann als Fazit festgehalten werden, dass in der Schweiz zu Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften sowohl zur HIV-Prävention als auch der HIV/Aids-Versorgung erst wenige Erkenntnisse publiziert worden sind. Insbesondere ist nicht ersichtlich, wie die Grenzen zwischen Prävention und Versorgung zu überwinden wären für eine epidemiologisch ebenso stark betroffene Migrationsbevölkerung wie in Grossbritannien. Ob sich diese Situation in nächster Zeit verbessern lässt, hängt stark davon ab, ob auch hierzulande Praxis- und Forschungsprojekte initiiert werden, die dieser Verknüpfung Rechnung tragen. Dabei geht es auch wesentlich um eine Annäherung zwischen der klinischen und der gesundheitswissenschaftlichen Perspektive. Ob der in Grossbritannien stark geförderte multidisziplinäre Forschungsansatz auch hierzulande aufgegriffen wird, muss sich noch weisen. Eine jüngst veröffentlichte Expertise für die Schweiz zeigt auf, dass der seit den 1980er Jahren geförderte und aufgebaute Diskurs in der sozial- und gesundheitswissenschaftlichen HIV/Aids-Forschung abzubrechen droht, weil die Förderstrukturen für innovative und multidisziplinäre Projekte in den vergangenen Jahren geändert und die Diskussionsmöglichkeiten, beispielsweise im Rahmen der etablierten Thuner Aidstagungen, abgebaut wurden (Frey & Kübler 2005).

5 METHODOLOGIE UND FORSCHUNGSMETHODIK

Weil die methodologische und methodische Herangehensweise im noch jungen Forschungsfeld zu Sub-Sahara MigrantInnen im Kontext von HIV/Aids bis dato wenig dokumentiert ist, wird dem Methodenkapitel grosses Gewicht beigemessen. Zunächst wird die Angemessenheit der qualitativen Gesundheitsforschung erläutert, denn die subjektive Sichtweise der Sub-Sahara MigrantInnen ist als Ausgangspunkt für das Verständnis von Krankheitsverläufen und epidemiologischen Prozessen unentbehrlich. Zur Verortung der methodologischen Ausrichtung werden deshalb zunächst die Grundzüge guter Praxis in der qualitativen Gesundheitsforschung dargelegt. Danach stehen die Dokumentation der Zugangsgestaltung zu den Teilnehmenden einerseits und die mehrsprachige Interviewführung mit einer marginalisierten Bevölkerungsgruppe andererseits im Zentrum, da beide Schritte im Forschungsprozess erhebliche Herausforderungen bedeuteten. Abschliessend wird der methodische Prozess der Datenbearbeitung und -analyse erläutert und mit Hinweisen zu den Grenzen der gewählten Vorgehensweise abgerundet.

5.1 Grundzüge der guten Praxis in der qualitativen Gesundheitsforschung (Paper 3)

5.2 Zugang gewinnen – Rekrutierungsphase als Herausforderung (Paper 4)

5.3 Interviewing Sub-Saharan migrants in Switzerland about HIV/AIDS: Critical reflections on the interview process (Paper 5)

5.4 Datenbearbeitung und -analyse

5.5 Grenzen des methodischen Vorgehens

5.1 Grundzüge guter Praxis in der qualitativen Gesundheitsforschung (Paper 3)

Iren Bischofberger

WE'G Hochschule Gesundheit / WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Aarau

Arbeitspapier als Vorbereitung für eine Publikation in der Zeitschrift Sozial- und Präventivmedizin
gemeinsam mit Claudia Sauerborn, Brigit Obrist, Marcel Tanner und Mitchell Weiss¹³¹

¹³¹Die Idee für diese Publikation stammt von PD Dr. Brigit Obrist und wurde in einem Intensivworkshop mit Prof. Lenore Manderson (Monash University, Melbourne) weiter konkretisiert. Dieser Workshop wurde im Rahmen des Peer Mentoring Projektes "Zwischen Medizin und Kultur" im März 2006 in Basel durchgeführt und ist eingebettet in das Bundesprogramm zur Chancengleichheit von Frauen und Männern an Schweizer Universitäten (siehe auch www.mentoring.unizh.ch, Zugriff am 9. Januar 2006). Der Workshop war den drei Schwerpunkten "Publizieren, Präsentieren, Planen – PPP" gewidmet, die der Gruppe von Doktorandinnen der Medizinethnologie, Pflegewissenschaft und Medizin neben anderen Aktivitäten dazu dienen sollten, ihre Dissertationen abzuschliessen und die akademischen Karrieren voranzutreiben. Während der ersten Phase des Peer Mentoring Projektes "Zwischen Medizin und Kultur" (Januar 2005 – Juni 2006) unter der Leitung von Iren Bischofberger und Claudia Sauerborn wurden vor allem der Fachaustausch gepflegt, akademische Karrieremöglichkeiten reflektiert sowie erste Publikations- und Präsentationsprojekte aufgegleist. Für die zweite Phase von Juli 2006 – Dezember 2007 ist unter der Leitung von Stefanie Granado eine Reihe von weiterführenden Aktivitäten geplant, in welchen Mitglieder der Peer Mentoring Gruppe vermehrt mit Veröffentlichungen auftreten und Anstösse zur fachlichen und methodischen Diskussion der qualitativen Gesundheitsforschung vermitteln. Dazu dient auch dieses Arbeitspapier. Mit diesen öffentlichen Aktivitäten geht zudem die stärkere Sichtbarkeit von Frauen in der Forschung und Wissenschaft einher.

5.1.1 Einführung

Den Anstoss für dieses Diskussionspapier gab die Publikation "Essentials of good epidemiological practice" (Altpeter, Burnard et al. 2005), in der Minimalstandards für die Planung und Durchführung epidemiologischer Untersuchungen in der Schweiz vorgeschlagen werden. Dazu sind Prinzipien für die gute Praxis in der Epidemiologie formuliert, die der Strukturierung der epidemiologischen Forschung dienen und die Kommunikation unter Forschenden oder Forschungsgruppen unterstützen sollen. Im Rahmen der Epidemiologie werden nicht nur quantifizierbare Krankheitsdeterminanten und Erkenntnisse zu deren Prävention erforscht. Zunehmend stehen auch Fragestellungen mit sozialwissenschaftlichem Hintergrund im Zentrum, um das Verständnis zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zu erweitern. Auch zur Erforschung solcher Fragen sind methodische Minimalstandards erforderlich, die hier mit einem Fokus auf qualitativen Methoden zur Diskussion gestellt werden. Geplant ist zusätzlich zu diesem Diskussionsanstoss ein Konsensverfahren anhand der Schritte, die von Elm und Egger für die Richtlinienentwicklung vorschlagen (von Elm & Egger 2005, S. 28).

5.1.2 Methodologische Grundsätze

5.1.2.1 Wissenschaftstheoretischer Hintergrund

SozialwissenschaftlerInnen versuchen der sozialen Realität der Menschen in unterschiedlichen Lebens- und Kulturräumen möglichst nahe zu kommen und die Handlungsweisen der betroffenen Menschen nachvollziehbar darzustellen (Schütz & Luckmann 1994). Im Falle der Gesundheitsforschung werden vor diesem Hintergrund soziale Zusammenhänge rekonstruiert und Theorien generiert, die dem vertieften Verständnis von Gesundheits- und Krankheitsprozessen und den daran beteiligten AkteurInnen dienen (Schaeffer & Müller-Mundt 2002). In den vergangenen zehn bis zwanzig Jahren hat sich zunehmend gezeigt, dass in der modernen Gesundheitswissenschaft empirische und interpretative Denktraditionen zusammenfliessen, denn im interdisziplinär geprägten Feld der Gesundheitsforschung und –wissenschaft begegnen sich verschiedene Professionen mit unterschiedlichen methodologischen Traditionen (Hurrelmann, Laaser et al. 2003). Traditionell bezieht sich die Gesundheitswissenschaft aufgrund der grossen Bedeutung der Epidemiologie vorwiegend auf quantitative Forschungsdesigns etwa zur Berechnung von Krankheitshäufigkeiten oder Assoziationsmassen (Stark & Guggenmoos-Holzman 1997). Allerdings werden qualitative Erhebungs- und Analysemethoden ebenfalls bereits seit rund zehn Jahren in gesundheitswissenschaftliche Lehrbücher integriert, beispielsweise im Public Health Buch von Schwartz et al. (Pfaff & Bentz 1997). Und in jüngeren Publikationen wird davon gesprochen, dass sich qualitative Gesundheits-

forschung von einem "Randphänomen zu einer breiten und teilweise kaum übersehbaren Forschungs- und Diskussionstradition entwickelt hat" (Schaeffer 2002, S. 13).

Diese thematisch und disziplinär vielschichtige Ausrichtung zeigt sich auch im Rahmenmodell des Bundesamtes für Gesundheit, bzw. im Forschungskonzept Gesundheit 2004 – 2007, an dem sich die Forschungsaktivitäten in der Schweiz orientieren (Bundesamt für Gesundheit 2002, S. 6)¹³².

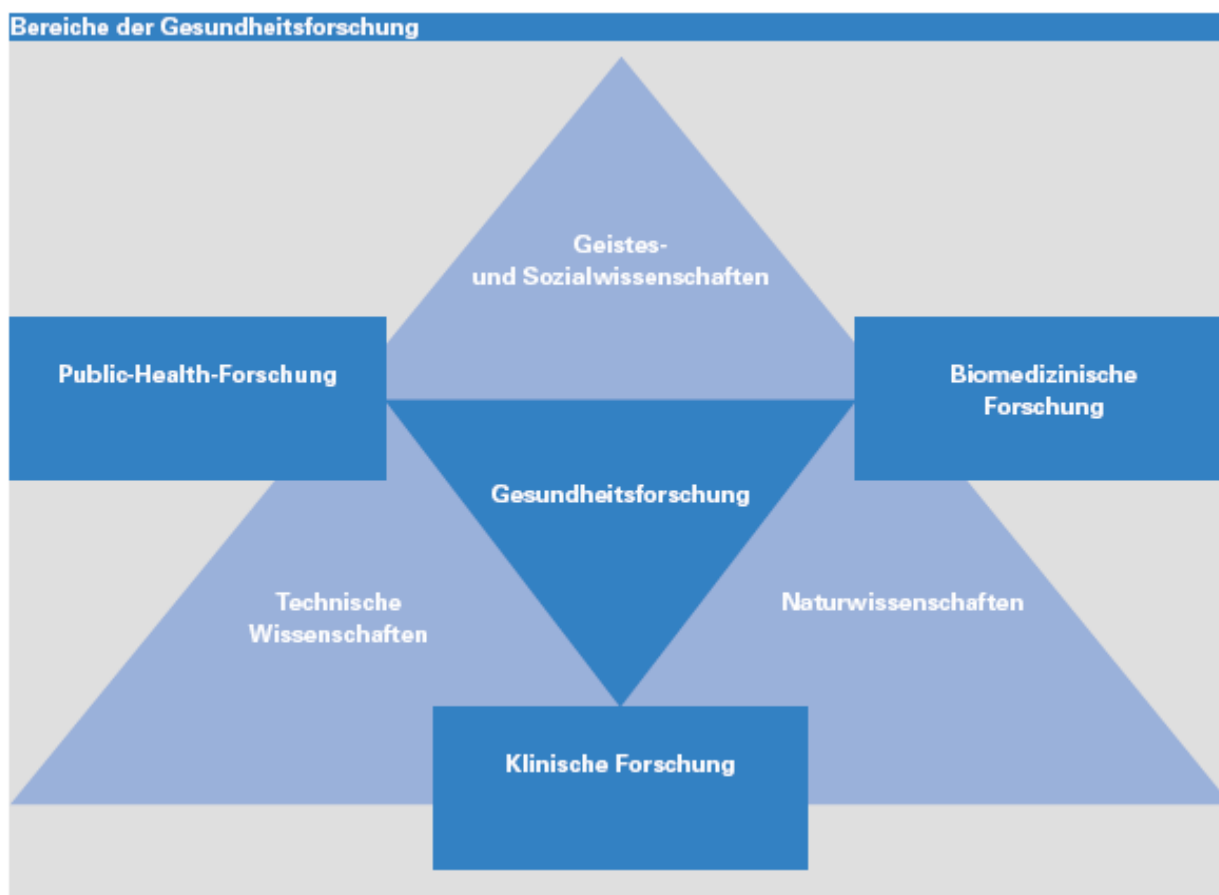


Abbildung 11: Thematische Bereiche des BAG-Forschungskonzeptes Gesundheit¹³³

Deutlich wird im Wortlaut des Forschungskonzeptes, bzw. aus der Perspektive des BAG als Steuerungsinanz der öffentlichen Gesundheit, dass der Bereich "Public Health" besonders stark fokussiert, und dass dabei auf ein inter- und transdisziplinäres Methodeninstrumentarium Wert gelegt wird.

¹³² Siehe dazu: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/00390/01221/index.html?lang=de (Zugriff am 5. August 2006)

¹³³ Die drei Forschungsbereiche werden wie folgt umschrieben: Public Health Forschung untersucht Fragen zu den individuellen, ökologischen und gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen eine Bevölkerung eine möglichst gute Gesundheit erhalten oder erreichen kann, dazu gehören auch Fragen zur Gesundheitssystemforschung, bzw. wie dieses System für alle zugänglich und finanzierbar sein soll; biomedizinische Forschung befasst sich mit biologischen und genetischen Krankheitsursachen; klinische Forschung beschäftigt sich mit der Heilung oder Milderung von Krankheiten und Symptomen (Bundesamt für Gesundheit 2002, S. 11).

5.1.2.2 Gütekriterien qualitativer Sozialforschung

Der guten qualitativen und quantitativen sozialwissenschaftlichen Forschung ist gemeinsam, dass die Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses und Güte der angewendeten Forschungsschritte herausgestrichen wird. Aufgrund des unterschiedlichen methodischen Instrumentariums sind für die beiden Forschungsparadigmen jedoch andere Kriterien erforderlich. In der quantitativen Forschung wird davon ausgegangen, dass beispielsweise ein standardisierter Fragebogen die Objektivität zwischen den Forschenden und den Teilnehmenden garantiert und die Datenerhebung zudem replizierbar macht. Bei der qualitativen Forschung hingegen ist die Forscherin oft selber das "Instrument", z.B. wenn sie ein semi-strukturiertes Interview gestaltet und durch Gesprächstechniken den Gesprächsduktus in jedem Interview individuell für eine möglichst dichte Datengenerierung steuert. Solche Datenerhebungen sind aufgrund der einmaligen Durchführung an einem bestimmten Ort und zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht reproduzierbar. Deshalb sind die Kriterien der Objektivität und der Reliabilität nicht angemessen. Daher gibt es bereits eine längere Tradition zur Entwicklung eigenständiger Qualitätskriterien für die qualitative Forschung. Oft zitiert werden die Kriterien von Lincoln und Guba (Lincoln & Guba 1985, S. 219), die unter dem Schirmbegriff "Vertrauenswürdigkeit" (trustworthiness) vier Gütekriterien auflisten:

- a) Glaubwürdigkeit (credibility) soll vor allem durch lange Anwesenheit im Feld oder Beschäftigung mit dem Thema ermöglicht werden. Zudem zeigen die Triangulation und die Berücksichtigung von Negativ- oder Kontrastfällen auf, dass Forschende die gesamte Breite ihres Themas beleuchten (Steinke 1999).
- b) Übertragbarkeit (transferability) wird im Wesentlichen den LeserInnen übertragen, denen durch detaillierte Beschreibungen und Diskussionen die Ergebnisse nachvollziehbar präsentiert werden, damit sie Erkenntnisse in ihre eigene Forschung oder Praxis übertragen können. In der deutschsprachigen Literatur wird dieses Kriterium manchmal auch Generalisierbarkeit genannt und steht im Kontrast zum Begriff Repräsentativität aus der Terminologie der quantitativen Forschung (Merkens 2000).
- c) Für die Kriterien Zuverlässigkeit (dependability) und d) Bestätigung (confirmability) dienen vorwiegend Audits oder eine Art "Rechnungsprüfung" (Steinke, 1999, S. 48) während laufenden Forschungsprojekten.

Zudem wurde auch im deutschsprachigen Raum ein Katalog mit sieben Kernkriterien als Vorschlag zur Bewertung qualitativer Forschung formuliert (Steinke 1999, S. 205ff)¹³⁴. Diese dienen zum einen

¹³⁴ Diese sind: Intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Indikation des Forschungsprozesses und der Bewertungskriterien, Empirische Verankerung der Theoriebildung und -prüfung, Limitation, Reflektierte Subjektivität, Kohärenz und Relevanz.

als Orientierungsmassstab während des Forschungsprozesses, zum andern zur Reflexion der Forschungsschritte und damit zur Einschränkung deren Beliebigkeit, und schliesslich zur Kommunizierbarkeit von Forschungsarbeiten gegen aussen.

5.1.2.3 Partizipation von Forschungsteilnehmenden

Partizipation ist für die sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung deshalb bedeutsam, weil dieser Forschungsansatz mit Menschen zu tun hat. Die Methoden und Theorien werden nicht von Computern, sondern von Menschen produziert – und dies meistens nicht im Labor, sondern in der realen Welt, in der verschiedenste soziale, kulturelle, ökonomische und politische Einflussfaktoren auf das Forschungsprojekt einwirken (Lamnek 1995b). In der Gesundheitswissenschaft wurde in den vergangenen Jahrzehnten international zunehmend erkannt, dass vor allem die relevanten Fragestellungen und die entsprechende Methodenwahl gemeinsam mit den fokussierten Gemeinschaften erarbeitet werden sollten, d.h. den AdressatInnen von Forschungsprojekten kommt eine Schlüsselrolle zu (Rifkin 2002). Dadurch sollen die Studienergebnisse und insbesondere die Entwicklung von Gesundheitsprogrammen vorangetrieben werden (Minkler, Wallerstein et al. 2002)¹³⁵. Partizipation gilt in diesem von Menschen geprägten Kontext insbesondere in der Interventionsforschung als Schlüsselkonzept zum Erfolg (Rifkin 2002).

Allerdings birgt die konsequent ermöglichte Partizipation für den Forschungsprozess auch besondere Herausforderungen. So sind vor allem Zeit- und Kostenprobleme zu lösen, weil die Teilnahme von Seiten der teilnehmenden Personen oder Gemeinschaften mitunter mit dem Wunsch nach raschem Gewinn und Nutzen einhergeht. Zudem ist die Frage zu klären, wem in einem partizipativ angelegten Vorhaben die Forschungsergebnisse gehören, oder welche Ergebnisse wem zu welchem Ansehen verhelfen. Falls dazu keine Einigung erzielt werden kann, führen partizipativ orientierte Vorhaben manchmal auch zur Segregation anstatt zur Partizipation (Rifkin 2002). In einem solchen negativen Forschungsverlauf im Rahmen von Aktions- oder Handlungsforschung stellt sich zudem die ethisch relevante Frage, wer wann mit welchen Konsequenzen aus einem Projekt aussteigen kann.

In partizipativ orientierten Projekten ist zudem zu fragen, welche Motivation Teilnehmende haben, wenn individuelle oder gesellschaftliche Probleme bearbeitet werden. Dies trifft insbesondere für Forschungsfragen mit gesundheitsschädigendem Verhalten oder psychischer Belastung zu. Beide Themenfelder sind bei den Studienteilnehmenden oft mit sehr persönlichen Fragen zu ihrem

¹³⁵ Im selben Zeitraum wurde die Partizipation der Menschen an Geschehnissen in ihrer unmittelbaren Umwelt auch als zentrale Idee in dem von der Weltgesundheitsorganisation 1977 verabschiedeten Programm "Gesundheit für alle" festgeschrieben (World Health Organization 1977). Und Partizipation gilt als grundlegendes Konzept in der 1986 von der WHO verabschiedeten Ottawa Charta (World Health Organization 1986).

Privatleben verbunden, und daher sind die Forschenden zu Beginn eines Projektes nicht selten mit Widerstand seitens der Teilnehmenden konfrontiert (Fantuzzo, McWayne et al. 2006). Um in diesem Kontext den Zugang zu den betroffenen Menschen zu erreichen und die Datenerhebung durchführen zu können, sind die Partizipationsmöglichkeiten und die Beziehungsgestaltung besonders wichtig. Dazu bieten sich gerade in der qualitativen Forschung verschiedene Methoden an, die durch die Präsenz im Feld und die diskursiven Elemente zum Ziel haben, die Mitwirkung und Eigeninitiative zu fördern. Zentral dabei ist, dass die Forschungsteilnehmenden ihre Sicht der Probleme erläutern können, etwa in gesprächsartig angelegten Interviewformen.

Die Erforschung von sozialen Prozessen entlang von Gesundheit und Krankheit – ganz besonders bei Infektionskrankheiten – bedeutet oft auch die Partizipation und Kooperation mit Menschen in Entwicklungsländern oder MigrantInnen aus diesen Weltregionen. Um die Forschungspartnerschaft Nord-Süd oder Süd-Süd zu stärken, wurden in der Schweiz elf Prinzipien der guten Zusammenarbeit entwickelt, die jedoch auch für andere Forschungskontexte sehr relevant sind (Kommission für Forschungspartnerschaften mit Entwicklungsländern 1998). Im Wesentlichen geht es um drei Prozesse:

- a) Zum einen sollen die Forschungsfragen und –ziele gemeinsam mit den Forschungsbeteiligten erarbeitet werden, um die Suche nach Lösungen möglichst breit abzustützen.
- b) Zum andern soll das gewonnene Wissen sowohl bei Forschenden als auch in der Praxis verbreitet und in Folgeprojekten umgesetzt werden. Um solche Prozesse zu initiieren, sind aus dem Datenmaterial erarbeitete Publikationen oder Präsentationen erforderlich, die in Methodik und Sprache den jeweiligen Zielgruppen angemessen sind.
- c) Und schliesslich sollen die so gestalteten Forschungsvorhaben die Forschungskompetenz der Beteiligten verbessern. Dazu sind Lernmöglichkeiten entlang des Studienprozesses bis hin zur Evaluation einzubauen, die durch geeignete Methoden- und Kommunikationswahl die einzelnen Forschungsschritte fördern.

Die partizipativ-orientierte Gesundheitsforschung erfordert vor allem von den Studienleitenden verschiedene Koordinations- und Kommunikationskompetenzen während des gesamten Forschungsprozesses, vor allem mit Teilnehmenden aber auch mit Teammitgliedern sowie mit Geldgebern und Praxispartnern. Dies gilt es innerhalb von Projektstrukturen wie auch mittels Fort- und Weiterbildung von Forschenden entsprechend zu fördern.

5.1.2.4 Forschungsethik

Der Bedarf an Forschungsethik im Gesundheitsbereich wird unter anderem aufgrund von drei oft zitierten, äusserst problematischen und unethischen Studienprojekten und –programmen im 20. Jahrhundert herausgestrichen (Shamoo & Resnik 2003).

- a) Zum einen sind dies medizinische Forschungsprojekte während der Nazizeit, als Häftlinge in Konzentrationslagern zu Tausenden und während Jahren für medizinische Forschungszwecke missbraucht wurden.
- b) Zum andern wird auch das Tuskegee Syphilis Forschungsprojekt oft genannt, bei dem während 40 Jahren (1932-1972) nahezu 400 an tertiärer Syphilis erkrankte Afro-Amerikaner trotz Behandlungsmöglichkeiten nicht nach den neusten Erkenntnissen der Wissenschaft therapiert wurden und dadurch eine ausgeprägte Krankheitssymptomatik entwickelten, die erforscht werden sollte (Thomas & Quinn 1991).
- c) Zudem hat Stanley Milgram mit seinem Experiment zur Untersuchung von Gehorsam gegenüber Autoritäten eine forschungsethisch sehr kontroverse Debatte ausgelöst (Milgram 1974).

Vor dem Hintergrund solcher Forschungsprojekte im Tätigkeitsgebiet der Medizin und Psychologie wurden seit den 1960er Jahren zunehmend Kriterien für Forschungsethik gefordert und auch erstellt, um den umfassenden Schutz vor solchen Missbräuchen und Übergriffen auf die menschliche Integrität zu gewährleisten. Dazu gehören insbesondere die freiwillige und informierte Teilnahme, das Nicht-Schaden durch die Forschungsteilnahme sowie der Datenschutz.

Zur Freiwilligkeit gehört die umfassende Information zur Teilnahme, insbesondere über Nutzen und Gefahren bei Interventions- oder Experimentalstudien sowie einer Bedenkfrist bis zum Entscheid. Inhaltlich geht es vor allem um die Art, Dauer und den Verlauf des Projektes sowie die Rechte der Teilnehmenden. Je nach Komplexität des Forschungsvorhabens müssen die angefragten Personen aktiv zu einer informierten Zustimmung befähigt werden. Dazu gehört, dass die Aufklärung in Form und Sprache der Situation während der Anfrage angemessen sind. Ebenso muss den angefragten Personen, besonders wenn sie als PatientInnen in einem Behandlungsprozess stehen, zugesichert werden, dass im Falle einer Ablehnung – die auch unbegründet erfolgen kann – keine negativen Konsequenzen und keine Qualitätseinbusse in der Therapie und Pflege entstehen. Auch muss der Rückzug aus der Studie während oder nach der Datenerhebung möglich sein. Eine spezielle Situation für den allfälligen Rückzug ergibt sich dann, wenn aus methodischen Gesichtspunkten eine Vorabinformation nicht sinnvoll ist, weil dies die Ergebnisse unverhältnismässig verzerren würde. In einer solchen Situation müssen die Teilnehmenden möglichst rasch nach der kurzfristigen Täuschung über die Studie und deren Zweck informiert werden, damit sie die erhobenen Daten einsehen und allenfalls zurückziehen können (Hopf 2000). Das bedeutet demnach, dass die informierte

Einwilligung kein einmaliger Akt ist, sondern dass das moralische Handeln gemäss ethischen Prinzipien innerhalb einer Studie mit Menschen immer wieder neu ausgehandelt werden muss (Miller & Bell 2002). In der Regel wird die Einwilligung nach der Aufklärung schriftlich verlangt. Allerdings ist zu überlegen, wie auch mündige Menschen ohne Schreibkenntnisse für Projekte berücksichtigt werden können, um dem angesprochenen Diskriminierungsverbot in Art. 4 des vorgeschlagenen neuen eidgenössischen Gesetzestextes nachzukommen. Besonders heikel ist die Anfrage und Integration von unmündigen oder urteilsunfähigen Menschen, Personen in Unfreiheit, im Militär oder in Notfallsituationen. Hier gilt es zu gewährleisten, dass die subsidiär oder allenfalls unter institutionellem Druck vorgenommene Einwilligung dem Willen der betroffenen Menschen entspricht. Zudem gilt es abzuwägen, ob im Falle eines möglichen Nutzens der Gesundheitsverbesserung die mit der Teilnahme einher gehenden Risiken angemessen sind. Für solche Abwägungen sind Forschende nötig, die sich mit ethischen Entscheidungsprozessen eingehend beschäftigt haben, und denen die Prinzipien der Bioethik und Fürsorgeethik vertraut sind.

Datenschutz beinhaltet im Wesentlichen den vertraulichen Umgang mit Personen und Personendaten, was sowohl für die Aufbewahrung und den Versand von Unterlagen in jeglicher Form gilt (elektronisch, digital, gedruckt etc.). Die Teilnehmenden haben zudem das Recht, in alle von ihnen erhobenen Daten Einsicht zu nehmen. Auch Ethikkommissionen sollen in Personendaten Einsicht nehmen können, wenn sich dies zur Überprüfung der Studiendurchführung aufdrängt. In der Schweiz gilt im Übrigen das Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz (Schweizerische Eidgenossenschaft 1992). Die Anonymisierung von qualitativen Daten ist in der Regel mit erheblichem Zeit- und Arbeitsaufwand verbunden, beispielsweise um in Transkripten den Rückschluss auf die Person oder Organisation, bzw. die Region zu verunmöglichen. Die Gratwanderung besteht darin, dass die Daten nicht bis zur Unkenntlichkeit verändert werden müssen und dennoch die volle Anonymität im Transkript gewährleistet ist. Diese Fragen der Anonymisierung dürften sich besonders dann noch verstärkt stellen, wenn qualitative Daten – analog zur quantitativen Forschung – für die zentrale Archivierung und damit für den Zugriff für Sekundäranalysen zusammen geführt werden sollen (Hopf 2000; Bergman & Eberle 2005). Solche hier skizzierten Überlegungen, dürften in der Schweiz zunehmend von Professionen diskutiert werden, die nicht-pharmazeutische klinische Studien durchführen, z. B. in der Pflegewissenschaft oder der klinischen Psychologie. Zum Schutz der Teilnehmenden ist auch für solche Studien abzuklären, inwiefern eine Haftpflichtversicherung nötig ist, und wer diese im Bedarfsfall zu welchen Konditionen abschliesst. Schliesslich muss sichergestellt werden, dass ein möglicher Nutzen durch die Studie nicht mit einer Entgeltung für die Teilnahme verbunden ist, und umgekehrt darf die Notlage eines Menschen keinen Anreiz zur Teilnahme bieten. Für Studien ohne direkten Nutzen darf hingegen ein Entgelt bezahlt werden.

In der Schweiz gibt es zwar eine Reihe von Gesetzeswerken, die sich mit Anteilen der Forschungsethik beim Menschen beschäftigen, etwa zu klinischen und experimentellen Versuchen oder zum Datenschutz, bzw. zur Einschränkung der Weiterverwendung persönlicher Patientendaten für die Forschung. Allerdings fehlte bislang eine einheitliche, umfassende und abschliessende Bundeslösung für Forschung im Gesundheitsbereich, die ethische Fragen von Forschung am Menschen regelt. Um diese Lücke zu schliessen, wird zurzeit ein Bundesverfassungsartikel vorbereitet, in dem Vorschriften für die Forschung am Menschen im Gesundheitsbereich, d. h. mit Menschen, als auch mit menschlichem Material festgelegt sind (Eidgenössisches Departement des Innern 2006a, 2006b). Vorgeschlagen werden unter anderem zwei Neuerungen:

- a) Zum einen sollen nicht mehr nur medizinische Projekte – traditionell sind dies vorwiegend pharmazeutische Studienvorhaben – sondern auch Forschungsprojekte etwa aus der Pflegewissenschaft, der klinischen Psychologie oder der Humanbiologie einer Ethikkommission zur Beurteilung und Genehmigung vorgelegt werden.
- b) Zudem wurde die Idee einer Leitkommission entwickelt, die für multizentrisch angelegte Studien – in der qualitativen Forschung wird auch von "multilokaler" Forschung gesprochen (Clarke 2002, S. 76) – vor ihrer Entscheidung mit den anderen Ethikkommissionen die Qualität der Forschenden und der Räumlichkeiten vor Ort abklärt und danach eine Genehmigung erteilt, die keine weiteren Anträge bei anderen Ethikkommissionen nötig macht. Dieses Vorgehen ersetzt das derzeit unübersichtliche Verfahren, bei dem die Anerkennung der Entscheide der 12 kantonalen, bzw. regionalen Ethikkommissionen untereinander nicht geklärt und unterschiedlich gehandhabt wird¹³⁶. Diese Idee der Leitkommission könnte auch für die qualitative Gesundheitsforschung eine grosse Erleichterung sein, denn aufgrund der Rekrutierung bei nicht-klinischen Vorhaben ist zum voraus oft nicht bekannt, wo die interessierten Personen leben. Zu klären ist allerdings, ob zum voraus ein Einzugsgebiet für die Rekrutierung festgelegt werden muss, was für die qualitative Forschung eine erhebliche Einschränkung bedeuten würde und mit den üblichen offenen Rekrutierungsverfahren schwierig zu vereinbaren wäre.

5.1.3 Studienaufbau

Um die Kohärenz eines Forschungsvorhabens aufzuzeigen, ist ein Studienplan mit verschiedenen aufeinander abgestimmten Sequenzen zu entwerfen (Silverman 2004).

¹³⁶ Auf der Webseite der Schweizerischen Heilmittelbehörde (swissmedic) sind die Ethikkommissionen aufgelistet (siehe http://www.swissmedic.ch/files/pdf/Liste_Ethikkommission.doc, Zugriff am 23. Juli 2007).

5.1.3.1 Einführung

In einer Einführung wird der thematische Rahmen abgesteckt, und in der *vertieften Literaturbearbeitung* folgt die Beschreibung des aktuellen Forschungsstandes, einschliesslich der Beiträge der Forschenden selber. Aus diesen beiden Abschnitten sollten die Signifikanz der aktuellen Fragestellung sowie die zu füllenden Wissenslücken deutlich erkennbar sein. Analog zur Einführung und Literaturbearbeitung dienen auch *Grob- und Feinziele* dazu, dem Forschungsprojekt ein Profil zu geben. Im Rahmen von Grobzielen werden breit angelegte Fragen von individuellem, wissenschaftlichem und theoretischem Interesse dargestellt, beispielsweise die Ergründung von Handlungsmustern von Menschen mit bestimmten Krankheiten. Ebenso können hier Ideen für die Umsetzung von Forschungsergebnissen angedacht werden. Bei den Feinzielen stehen detaillierte Ziele des Forschungsprojektes zum Inhalt, zu den Gründen, und zur Durchführung im Zentrum. Anhand dieser Feinziele kann die Durchführbarkeit der Studie im individuellen Kontext beurteilt werden. Aus all diesen Punkten ergibt sich die Originalität des Forschungsprojektes. In diesem auch als "theoretischer Rahmen" bezeichneten Teil wird "cristal clarity" (Silverman 2004, S. 141) gefordert, um die Bedeutung des Forschungsprojektes klar aufzuzeigen.

5.1.3.2 Zahl der Teilnehmenden

Dies ist für die qualitative Forschung eine wiederkehrende Schwierigkeit, denn zum einen ist die Grundgesamtheit der zu erforschenden Personen oft nicht bekannt (Merkens 2000). Ziel ist es deshalb, dass die Auswahl der Teilnehmenden oder die zu beobachtenden Situationen möglichst facettenreich sind, um die Grundgesamtheit möglichst gut abzubilden, beispielsweise durch typische, extreme oder kritische Fälle. Bei einer Fallstudie ist dies beispielsweise mit einem einzigen Fall möglich, in dem aufgrund verschiedener Methoden (Interviews, Beobachtungen, Dokumentenanalyse etc.) reichhaltige Erkenntnisse aus unterschiedlicher Perspektive generiert werden¹³⁷.

Allerdings ist die Darstellung der Vielfalt in einer zunehmend pluralistischen Gesellschaft mit sehr kleinen Fallzahlen immer schwieriger. Daher werden Fallzahlen, bzw. Interviews mit 40 bis 60 Personen auch bei kleineren qualitativen Projekten empfohlen (Lüders 2000). Zum andern steht für qualitative Forschung die Datensättigung im Vordergrund. Diese ist dann erreicht, wenn bei weiteren Interviews keine neuen Erkenntnisse mehr gewonnen werden (Strauss 1987). Dieser Punkt kann durch eine Reihe von Samplingtechniken so beeinflusst werden, dass gezielt nach gewünschten Teilnehmenden gesucht wird. Zum einen kann zu Beginn ein Kriterienraster erstellt wird, nach dem bestimmte Teilnehmende gesucht werden, beispielsweise Alter, berufliche Tätigkeit, geographische Herkunft, Versorgungssetting oder Ausprägung einer Krankheit. Sofern Kriterien für verschiedene

¹³⁷ Ein gutes Beispiel dafür ist die ethnographische Studie eines einzelnen Pflegeheims (Koch-Straube 1997).

Personengruppen gebildet werden, spricht man auch von geschichteten Stichproben (Merkens 2000). Eine andere Samplingtechnik ist die Suche von Teilnehmenden aufgrund der kontinuierlichen Analyse und Interpretation, wie dies durch das theoretische Sampling geschieht (Strauss & Corbin 1990). Dabei wird zwischen Inspektion und Exploration unterschieden (Merkens 2000). Die Inspektion setzt voraus, dass gewisse Kenntnisse des Falls bekannt sind, um die Konstruktion der Gesamtheit überhaupt vornehmen zu können. Exploration andererseits bedeutet, dass sich die Konturen des Falls erst im Verlauf der Analyse und Interpretation ergeben, d. h. die Datenerhebung beginnt mit ein paar wenigen Interviews oder Beobachtungen, die gründlich analysiert werden. Aufgrund eines Zwischenstandes in der Analyse werden ergänzende Kriterien für die weitere Datenerhebung festgelegt und weitere Teilnehmende gesucht. Aus all diesen genannten Gründen kann in der Planungsphase von qualitativen Studien die Zahl für die Teilnahme lediglich annähernd festgelegt werden.

5.1.3.3 Rekrutierungsstrategie

Im weiteren Prozess des Studienplans wird die Strategie des Zugangs zu den potenziellen Teilnehmenden entwickelt. Unter dem Stichwort der Partizipation wurden einige Fragen zum Zugang ins Feld bereits angesprochen. Sie werden hier nochmals aufgegriffen und grundlegend ausgeführt. Grundsätzlich gibt es keine Patentrezepte für das Suchen und Finden der Studienteilnehmenden. Vielmehr wird empfohlen, dass bereits der Zugang zum Feld wichtige Einblicke in Strukturen und Abläufe für das zu erforschende Thema gibt (Wolff 2000). In diesem Sinne ist die Rekrutierung durch "Anläufe, Umwege oder Holzwege" (Wolff 2000, S. 336) nicht nur ein notwendiges Übel oder ein Zeitverlust, um an Datenmaterial heran zu kommen, sondern vielmehr ein integrierter Bestandteil. Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass sich für die Teilnahme angefragte Menschen mitunter wundern, weshalb sie für eine spezifische Fragestellung – in der Gesundheitsforschung sind es oft sensible Themenbereiche – „herausgegriffen“ werden. Solche Wahrnehmungen verstärken sich, wenn die Anfrage von einer institutionell oder sozial höheren Hierarchie kommt. Daher ist darauf zu achten, dass die Zugangsstrategie den Einschluss und nicht den Ausschluss fördert.

5.1.3.4 Methodenwahl

Ein guter Studienplan zeichnet sich dadurch aus, dass die Methoden schlüssig auf die Fragestellung angepasst und zu deren Beantwortung geeignet sind. Dies mag banal klingen, ist jedoch aufgrund der zur Verfügung stehenden Methodenvielfalt ein wichtiges Gütekriterium. Es gilt, sowohl die methodologische Gesamtstrategie sowie das detaillierte methodische Vorgehen zu planen und be-

schreiben. Zunächst bietet sich ein Abschnitt zum epistemologischen Hintergrund an, um die gewählten Denktraditionen aufzuzeigen. In die Methodensequenz fällt danach die Wahl oder der Ausschluss vorgängig bestehender Instrumente wie etwa ein Leitfaden oder ein Beobachtungsprotokoll (Miles & Huberman 1994). Bestehende Instrumente, die oft in umfassenden Forschungsberichten im Anhang beigefügt sind, können für die eigene Fragestellung durchaus als Grundlage hilfreich sein. Allerdings zielen qualitative Forschungsvorhaben nur sehr bedingt auf Replizierbarkeit ab, daher ist genau zu überprüfen, ob bestehende Instrumente dem eigenen originären Zweck dienen (Silverman 2004). Die Wahl der Forschungsinstrumente bietet die Möglichkeit zur Strukturierung des methodischen Vorgehens. Sollte sich im Verlauf der Datenerhebung erweisen, dass die gewählten Methoden oder Instrumente nicht (oder nicht auf Anhieb) dienlich sind, so ist eine Überprüfung durchaus möglich. Beispielsweise werden Forschende in Experteninterviews von den zu befragenden Personen gelegentlich als nicht-wissend und daher als nicht-qualifiziert für die Erforschung eines bestimmten Themas bezeichnet (Siering, Staender et al. 2002). In solchen Fällen sollte man sich durch die spürbaren "Feindseligkeiten" (S. 296) und auch die oft geäußerten zeitlichen Restriktionen nicht irritieren lassen, denn die Atmosphäre kann sich im Laufe des Gesprächs durchaus verbessern.

5.1.3.5 Analysestrategie

Beim *Analyseverfahren* von qualitativen Projekten geht es darum, die erhobenen Daten einer kritischen Reflexion und einer möglichst nachvollziehbaren Analyse zu unterziehen. Dies geschieht, indem der analytische Rahmen transparent gemacht wird, unter anderem durch die Dokumentation von Kodierungen und Datenmustern oder mittels Validierungsverfahren wie beispielsweise den Einbezug von kontrastierenden Fällen (Kvale 1995) oder der kommunikativen Validierung (Kvale 1995; Mayring 1996, S. 121). Letztere meint, dass erste Analyseergebnisse den Teilnehmenden vorgelegt und mit ihnen diskutiert werden. Ziel ist es, dass sich die Teilnehmenden in der Analyse wieder erkennen, beispielsweise durch Aussagen wie "Ja, genau, das sehe ich auch so" oder "Das habe ich mir noch gar nicht überlegt, aber jetzt wo wir darüber reden ...". Dieses Verfahren zeigt unter anderem auf, ob die Nähe der Analyse zum Datenmaterial erkennbar ist.

5.1.3.6 Verbreitung der Resultate

Schliesslich sollte im Studienplan aufgezeigt werden, wer in welcher Form an der Erarbeitung und Verbreitung der Studienergebnisse beteiligt ist, und bei welchen Zielgruppen Resultate in welcher Form präsentiert werden. Ersteres betrifft hauptsächlich die Autorenschaft in Publikationen. Vor dem Hintergrund, dass der Anzahl Publikationen in der Wissenschaft eine immer grössere Bedeutung zukommt, hat das Internationale Komitee der Herausgeberschaft medizinischer Zeitschriften 1997

eine erste Fassung von Richtlinien für das Verfassen von Manuskripten erarbeitet (Rennie, Yank et al. 1997) und seither mehrmals aktualisiert (International Committee of Medical Journal Editors 2006, ICMJE). Da dieses Dokument auch für sozialwissenschaftliche Körperschaften als Richtschnur gelten kann, wird an dieser Stelle auf die Handhabung der Autorenschaft des ICMJE verwiesen:

"Authorship credit should be based on 1) substantial contributions to conception and design, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data; 2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and 3) final approval of the version to be published. Authors should meet conditions 1, 2, and 3. (...) Acquisition of funding, collection of data, or general supervision of the research group, alone, does not justify authorship." (International Committee of Medical Journal Editors 2006, S. 5)

In der weiteren Auseinandersetzung mit diesem vorgeschlagenen Standard wird auch diskutiert, dass eine Autorin oder eine kleine Autorengruppe die Verantwortung für die Integrität des gesamten Forschungsprojektes übernehmen sollten (Hoey 2000). Dies erstreckt sich explizit nicht nur über eine Publikation, sondern über das gesamte Forschungsprojekt. Für die LeserInnen würde dadurch deutlich, wer welchen konkreten Beitrag zum Manuskript und zum Forschungsprojekt geleistet hat, und sie könnten dies in Beziehung setzen zum aktuellen professionellen Hintergrund der Erstautorin und deren MitautorInnen. Diese Praxis der Autorenschaft hat nicht nur praktische Konsequenzen für die Entwicklung von Manuskripten, sondern vor allem auch für die Entwicklung von Forschungskarrieren, in der die Anzahl wissenschaftlicher Publikationen zu einem entscheidenden Faktor für die Stellenbesetzung geworden ist.

Im Zuge dieses seit Jahrzehnten bekannten und zunehmenden Drucks von "publish or perish" wird die Autorenschaft auch mit wissenschaftlichem Fehlverhalten in Verbindung gebracht (Shamoo & Resnik 2003). Unter anderem wegen dieser Gefahr möchte der Schweizerische Nationalfonds in einer Stellungnahme zu Fragen des wissenschaftlichen Fehlverhaltens sensibilisieren und "ruft zu einer selbstkritischen Haltung bezüglich der Einhaltung guter wissenschaftlicher Praxis auf" (Schweizerischer Nationalfonds 2005).

Zur Dissemination von Studienergebnissen gehört auch der Entscheid für die Präsentationsform. In der Forschungsgemeinschaft gelten Zeitschriftenartikel, Bücher und Buchkapitel sowie wissenschaftliche Konferenzen als Standard. Um die Verankerung in der Praxis zu fördern, sollten auch beteiligte Praxispartner zur Mitarbeit in der Ergebnispräsentation, einschliesslich Publikationen vorgesehen, bzw. eingeladen werden. Für die Präsentation von angewandten Projekten und ein dafür breit interessiertes Publikum eignen sich zudem Broschüren, Workshops oder Internetseiten. In der

Schweiz ist in diesem Zusammenhang auch die 1998 gegründete Stiftung "Science et Cité" zu nennen¹³⁸, die den Dialog zwischen Wissenschaft und Gesellschaft durch verschiedene Projekte fördert. Forschende sind zunehmend auch gefordert, in den Medien und mit Medienschaffenden einen guten Austausch zu pflegen und von ihren Forschungsvorhaben und -resultaten ausserhalb der Forschungsgemeinschaft zu berichten¹³⁹.

5.1.3.7 Implementation der Ergebnisse

Im Zuge des "going public" mit den Forschungsergebnissen taucht von Praxis und auch MedienvertreterInnen regelmässig die Frage nach der Umsetzung und dem Nutzen der Studienergebnisse für bestimmte Gruppen oder die Gesamtgesellschaft auf. Deshalb und auch wegen der oft beklagten Kluft zwischen Forschung und Praxis sollten zu Beginn der Studienplanung auch Fragen der Implementation in den Zeitplan aufgenommen werden (von Elm & Egger 2005). Zusätzlich zur Ergebnispräsentation gilt es hier vor allem den nachhaltigen Nutzen des Forschungsprojektes heraus zu streichen, beispielsweise die Produktion von Informationsbroschüren oder einer Schulungssequenz, die für die Patientenversorgung genutzt werden kann.

5.1.3.8 Zeit- und Budgetplan

Oft dauern Forschungsprojekte zwei bis drei Jahre. Aus Forschungssicht ist dies angesichts der Anforderungen an die Studienplanung nicht üppig bemessen, aber für Auftraggeber ist dies je nach Fragestellung, bzw. Problemdruck den es zu meistern gilt, bereits eine kaum akzeptable Dauer (Lüders 2000). Deshalb gibt es bei den üblicherweise sehr zeitaufwändigen qualitativen Projekten auch Abkürzungsvorschläge zu den maximalen Standards der Genauigkeit und Vollständigkeit. Im Rahmen einer "begründeten Abweichung" (Flick 2000b, S. 263) können beispielsweise in Leitfadengestützten Interviews zu Beginn nur diejenigen Abschnitte transkribiert werden, die zur Beantwortung der Fragestellung tatsächlich nötig sind. Die nicht-transkribierten Teile können zusammenfassend dokumentiert und in gebündelter Form in Publikationen einfliessen oder bei späterem Bedarf transkribiert und für eine intensive Interpretation genutzt werden. Dieses Verfahren wird auch damit begründet, dass durch das offene Kodieren reichhaltige Informationen generiert werden, denen aber mittels dem heute verfügbaren vereinfachten Datenmanagement mit Computerprogrammen mit einer Priorisierung der Datenauswahl begegnet werden sollte.

¹³⁸ Siehe dazu: [www.science-et-cite](http://www.science-et-cite.ch) (Zugriff am 5. Mai 2006)

¹³⁹ Dazu bietet beispielsweise der Schweizerische Nationalfonds mehrmals jährlich ein zweitägiges Medientraining an, damit Forschende mit den Spielregeln im Umgang mit JournalistInnen vertraut(er) werden und ihre Botschaften für die Medien formulieren lernen.

Für den Budgetplan sind neben dem grössten Aufwand für Personal- und Raumkosten auch Reisekosten für die Feldarbeit einzuberechnen. Zudem sind je nach Anzahl Mitarbeitender technische Ausrüstungen für die Datenerhebung erforderlich sowie Lizenzen der Datenanalyse-Software. Genügend personelle und finanzielle Ressourcen sollten auch für die Vorbereitung, Produktion und Verbreitung der Ergebnispräsentation budgetiert werden. Schliesslich ist für die methodische Qualitätssicherung zu überlegen, ob ein wissenschaftlicher Beirat, Methodenworkshops oder Forschungswerkstätten geplant werden sollten, um die Datenqualität in kollegialer Zusammenarbeit abzusichern. Ebenso ist die Kongressteilnahme zu planen, zum einen mit eigenen Präsentationen, aber auch für Fortbildungs- und Netzwerkzwecke.

5.1.4 Forschungsmanagement für die Studiendurchführung

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Grundsätze sowie des Studienplanes ergeben sich vor und während der konkreten Studiendurchführung verschiedene Herausforderungen, die zur Qualität des Forschungsprojektes sowie zum optimalen Schutz der Beteiligten – sowohl Teilnehmenden als auch Forschenden – in der realen Forschungswelt beitragen sollen. Forschende müssen sich hier auf einem Kontinuum der einerseits "reinen" und andererseits stark angewandten Forschung bewegen (Robson 2002, S. 12). Dieses Kontinuum besteht heute darin, dass:

- a) eher Probleme zu lösen sind als nur Wissen zu gewinnen,
- b) Forschung zunehmend in einem komplexen politischen, gesetzlichen und institutionellen Kontext stattfindet, dessen Management hohe Sozial-, Methoden- und Fachkompetenzen erfordern,
- c) die Skepsis gegenüber Forschung in der Gesellschaft eher zu- als abnimmt, und
- d) Forschung zunehmend unter hohem Zeit- und Finanzdruck stattfindet.

Solche Charakteristika verlangen nach vertieftem Wissen und breiter Erfahrung im *Forschungsmanagement*, um den vielschichtigen Anforderungen auf professionellem Niveau standhalten zu können. Für dieses Anforderungsprofil wurden jedoch die meisten WissenschaftlerInnen nicht oder nur marginal ausgebildet. Um dieses Defizit anzugehen, wurde in der Schweiz im Jahr 1999 die "Swiss Association of Research Managers and Administrators"¹⁴⁰ gegründet. Diese Vereinigung bietet ein Netzwerk von Forschenden, das sich für die professionelle Führung von Studienvorhaben stark macht. Zudem werden Fortbildungen und entsprechende Strukturen angeboten, um die fehlenden Kompetenzen heranzubilden. Laut Ausschreibung des Forschungsmanagementseminars 2006 werden die folgenden fünf Bereiche abgedeckt¹⁴¹: Institutsführung, Führung und Kommunikation, Projektmanagement, Öffentlichkeitsarbeit sowie Finanzführung. Viele der zu erwerbenden

¹⁴⁰ Siehe dazu www.sarma.ch (Zugriff am 3. Mai 2006)

¹⁴¹ Details siehe www.empa.ch/plugin/template/empa*/43649/---/l=1 (Zugriff am 2. Mai 2006)

Kompetenzen innerhalb dieser Themenblöcke sind für die Forschung in sämtlichen Disziplinen relevant, etwa das Verhandlungsgeschick mit Geldgebern, die Nachwuchsförderung oder die Kontaktpflege mit Wissenschafts-KollegInnen, PolitikerInnen, Fachverbänden sowie am Projekt beteiligten Gruppen auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene. Auch sind gewisse Anreize wichtig, beispielsweise die Mitarbeit an Publikationen oder Kongresspräsentationen, um in einem dynamischen und auf relativ kurzfristige Mitarbeit angelegten Forschungsumfeld die Mitarbeitenden – vor allem die Nachwuchsforschenden – an ein Projekt binden zu können. Dazu gehören auch Arbeits- oder Werkverträge einschliesslich Sozialversicherungen sowie Arbeitszertifikate für die Mitarbeit in Forschungsprojekten. Ferner sind in sämtlichen Forschungsprojekten Überlegungen zu klaren Entscheidungswegen sowie Möglichkeiten zur Förderung des kritischen Denkens nötig, gerade auch im Hinblick auf die Vorbeugung von Krisensituationen. Schliesslich wird von Geldgebern zunehmend ein ausgewiesenes Qualitätsmanagement entlang von Forschungsprojekten gefordert, nicht zuletzt deshalb, weil das bereits angesprochene wissenschaftliche Fehlverhalten, für das der SNF sensibilisieren möchte, für die Glaubwürdigkeit der gesamten Forschungsgemeinschaft äusserst wichtig ist. Ein Blick dazu über die Landesgrenzen zeigt, dass beispielsweise die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) nach einem internationalen Vorfall Empfehlungen zur Selbstkontrolle erstellt hat (Deutsche Forschungsgemeinschaft 1998). Darin integriert wurde auch eine Ombudsstelle der DFG geschaffen, die unabhängig von einer DFG-Projektbeteiligung für Information und Unterstützung in Fragen guter wissenschaftlicher Praxis zur Verfügung steht. Der Ombudsmann versteht sich als Beratungs- und Vermittlungseinrichtung. Dies betrifft insbesondere auch die Beratung von Personen, die wissenschaftliches Fehlverhalten gegenüber Ermittlungsgremien zur Kenntnis gebracht haben und dadurch Sanktionen anderer Einrichtungen ausgesetzt sind¹⁴².

Besondere Aufmerksamkeit sollte in der sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung der transdisziplinären Kommunikation geschenkt werden, denn traditionell sind Forschende in mehr oder weniger monodisziplinären Studiengängen ausgebildet worden und daher für den disziplinenübergreifenden Diskurs und das entsprechende Zusammenwirken wenig geübt. Aber gerade die Gesundheitswissenschaften – so zeigt die Durchsicht von Kapiteln in einschlägigen Lehr- und Fachbüchern – zeichnen sich durch eine ausgeprägte Transdisziplinarität aus (Schaeffer, Moers et al. 1994a; Schwartz, Badura et al. 1997; Hurrelmann, Laaser et al. 2003).

Im Bereich des Personalmanagements kommt schliesslich ein weiterer spezifischer Aspekt für die sozialwissenschaftliche Forschung hinzu. Nicht selten bewegen sich Forschende im Rahmen ihrer Feldforschung auf prekärem oder gar gefährlichem Terrain (Lee 1995). Daher sind allfälligen ge-

¹⁴²Details siehe www1.uni-hamburg.de/dfg_ombud/ (Zugriff am 5. Mai 2006)

sundheitlichen und kriegerischen Gefahren oder auch sexuellen Übergriffen während der Feldforschung hohe Bedeutung zuzumessen und entsprechende Präventionsmassnahmen zuzuordnen¹⁴³.

5.1.5 Ausblick

Motiviert durch die Auseinandersetzung mit der guten Praxis in der sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung, dem Aufruf des SNF sowie den Erfahrungen der Peer Mentoring Teilnehmerinnen in ihren eigenen Dissertationsprojekten, soll dieser Artikel dazu beitragen, dass zukünftig Good Practice Richtlinien für die Gesundheitsforschung geschaffen werden, an denen sich sozialwissenschaftlich Forschende und Forschungsgruppen orientieren können, und für die sie eine gemeinsame Basis für den Austausch ihrer Arbeitsweise haben. Deshalb soll dieses Diskussionspapier der Startschuss für einen Konsensprozess sein, der mit AkteurInnen in der sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung, insbesondere mit qualitativem Methodenhintergrund, in den kommenden Monaten geführt wird. Ziel ist es, ein Richtlinien-Papier vorlegen zu können, das danach durch den Gebrauch in der Praxis erprobt und weiter entwickelt werden kann.

¹⁴³ Die Aktualität solcher und weiterer Themen rund um das Forschungsmanagement zeigt sich im deutschsprachigen Raum unter anderem daran, dass seit Januar 2006 eine neue Zeitschrift mit dem Titel "Forschungsmanagement" heraus gegeben wird. Dieses Heft versteht sich als Diskussionsplattform für Förder- und Forschungseinrichtungen, Akademien der Wissenschaft und unmittelbar Forschenden (Verlagsnummer: ISSN 1860-3076).

5.2 Zugang gewinnen - Rekrutierungsphase als Herausforderung (Paper 4)

Iren Bischofberger, dipl. Pflegefachfrau, MNS, MSc,
WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Aarau
WE'G Hochschule Gesundheit, Aarau

Brigit Obrist van Eeuwijk, PD, Dr. phil.,
Ethnologisches Seminar der Universität Basel, Schweizerisches Tropeninstitut Basel

Dank

Unser Dank geht an Dr. med. et MPH Claudia Kessler Bodiang und Prof. Dr. Marcel Tanner, Schweizerisches Tropeninstitut in Basel, für die kritische Durchsicht des Manuskriptes.

Artikel erschienen in "Pfleger – Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, 2005, 18, 219 – 225

Abstract

Seit einigen Jahren und vermehrt in jüngster Zeit findet in der Schweiz aufgrund der angestiegenen HIV-Inzidenz eine rege Diskussion zur HIV/Aids-Problematik bei afrikanischen MigrantInnen statt. Flankierend zu einem Pilot-Interventionsprojekt zur HIV/Aids-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen eruierten wir mittels vertiefenden Interviews, was afrikanische Menschen in der Schweiz zu HIV/Aids denken, sagen und tun. Ziel ist es, Hinweise für die HIV/Aids-Prävention aus der Sichtweise der Zielgruppen einzufangen und Erkenntnisse für eine wirksame HIV-Prävention herauszuarbeiten. Wichtig zu erwähnen ist, dass wir HIV-Prävention in diesem Forschungsprojekt nicht nur als Primär-, sondern auch als Sekundär- und Tertiärprävention verstehen, denn gerade wegen der Diskussion um die HIV-Inzidenz bei dieser Bevölkerungsgruppe wollten wir auch bereits HIV-positive afrikanische Menschen zur Sprache kommen lassen. In diesem Artikel steht nun die Frage im Vordergrund, wie wir den Zugang zu diesen InterviewpartnerInnen gestaltet und gefunden haben, und welche Herausforderungen in diesem Teil des Forschungsprozesses zu meistern waren.

Due to the increased HIV-incidence, there has been recently a lively discussion in Switzerland about the issue of HIV/AIDS and Sub-Saharan migration. In addition to a pilot intervention project about HIV/AIDS prevention among Sub-Saharan migrants in Switzerland, in-depth interviews aimed at revealing insight from the migrants' perspectives and providing information for effective HIV prevention. It is important to mention that HIV prevention in this research project is also understood as secondary and tertiary prevention. HIV positive persons from this population group should be given the opportunity to express their concerns, since discussion has recently focused on the increased HIV prevalence amongst migrants from Sub-Saharan Africa. This article will address the question of how we accessed interviewees from this target group, and we will describe the many challenges met and overcome in this part of the research process.

5.2.1 Brisanter Projekthintergrund

HIV-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen ist epidemiologisch und migrationspolitisch brisant. Epidemiologisch deshalb, weil die in der Schweiz unlängst angestiegene und mittlerweile abgeflachte HIV-Inzidenz unter anderem auf die Zunahme von HIV-positiven Testergebnissen bei Menschen aus Hochprävalenzländern zurückgeführt wird (Bundesamt für Gesundheit, 2004). Globale Zahlen zeigen, dass die durchschnittliche HIV-Prävalenzrate in Ländern südlich der Sahara bei rund 10 Prozent liegt, wobei Raten in verschiedenen Ländern zwischen weniger als 1 und nahezu 40 Prozent genannt werden (Joint United Nations Program on HIV/AIDS 2004). Menschen aus diesen Ländern sind, wenn sie in die Schweiz einreisen, aufgrund ihrer Migrationsbiographie und –motivation eher jung (Kessler Bodiang 2003).

Migrationspolitische Brisanz zeigte sich besonders deutlich zwischen Herbst 2003 und Frühling 2004, als von einer Parteifraktion im Bundesparlament die Frage lanciert wurde, ob sich AsylbewerberInnen bei der Einreise in die Schweiz obligatorisch einem HIV-Antikörpertest unterziehen müssen. Diese Frage wurde sowohl auf politischem Parkett als auch in den Medien kontrovers diskutiert (exemplarisch siehe Baer 2004). Mittlerweile steht fest, dass weiterhin keine Zwangstests durchgeführt werden. Einerseits widerspricht dies der hiesigen HIV-Präventionspolitik. Der international akzeptierte Standard der freiwilligen Beratung und Testung (Voluntary Counselling and Testing, VCT) soll weiterhin gelten. Zweitens ist das Testen einer ausgewählten Gruppe nicht sinnvoll, weil der Nutzen für die öffentliche Gesundheit nicht erwiesen und die Stigmatisierungsgefahr gross ist. Ebenso sind die Kosten nur schwer absehbar. Drittens weiss ein grosser Teil der hiesigen Bevölkerung aufgrund jahrelanger Präventionsbotschaften, welche Methoden der HIV-Prävention wirksam sind (Dubois-Arber, Jeannin et al. 2003). Mit anderen Worten: Wir brauchen uns vor einer HIV-Übertragung durch Sub-Sahara MigrantInnen nicht zu fürchten, weil wir wissen, wie wir uns schützen können.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ist sich dieser epidemiologischen und migrationspolitischen Brisanz bereits seit mehreren Jahren bewusst und gab deshalb im Jahr 2000 ein Rapid Assessment¹⁴⁴ für einen Interventionsplan „HIV/Aids-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen“ in Auftrag (Zuppinger, Kopp et. al 2000). Basierend auf 46 qualitativen Interviews sowie zwei Fokusgruppen mit Schlüsselpersonen¹⁴⁵ wurden zahlreiche Interventionsempfehlungen erarbeitet. In diesem Assess-

¹⁴⁴Dabei handelt es sich um eine Methode, bei der primär die Sichtweise der betroffenen Personen erhoben wird. Besonderes Gewicht legen die ForscherInnen auf die Rekrutierung von Schlüsselpersonen sowie auf die Vernetzung zwischen diesen Personen (Manderson & Aaby 1992).

¹⁴⁵Diese Personen stammten aus folgenden Bereichen: a) VertreterInnen von afrikanischen Organisationen in der Schweiz, b) VertreterInnen aus Institutionen, die mit Sub-Sahara MigrantInnen im Kontakt stehen und/oder in der HIV-Prävention bei MigrantInnen tätig sind, und c) ForscherInnen im Bereich Migration und HIV.

ment, das innerhalb von viereinhalb Monaten durchgeführt wurde, musste jedoch sowohl auf die Befragung von MigrantInnen ohne spezifische Funktionen und Kenntnisse zu HIV/Aids sowie auf Interviews mit HIV-positiven Sub-Sahara MigrantInnen verzichtet werden, denn die Rekrutierung dieser Personen hätte zeitlich mehr Ressourcen erfordert. Wegen der Dringlichkeit des Themas wurde dennoch basierend auf den Interventionsempfehlungen ein Anschlussprojekt gestartet, das heute den Namen AFRIMEDIA trägt. Rund 15 Personen, die aus dem Sub-Sahara Raum stammen und meist seit längerer Zeit in der Schweiz leben, wurden zu HIV/Aids-MediatorInnen geschult, damit sie in ihren afrikanischen Gemeinschaften im Rahmen einer Pilotphase in drei Schweizer Kantonen die HIV-Prävention vorantreiben können¹⁴⁶. Die MediatorInnen berücksichtigen in ihrer Präventions-tätigkeit afrikanische MigrantInnen im Allgemeinen, aber auch spezifische Zielgruppen, wie beispielsweise AsylbewerberInnen oder Frauen im Sexgewerbe.

Flankierend zum AFRIMEDIA Projekt und ergänzend zum Interventionsplan aus dem Jahr 2000 wollen wir in unserem Forschungsprojekt mittels vertiefenden Interviews eruieren, was afrikanische Menschen in der Schweiz bezüglich HIV/Aids denken, sagen und tun. In diesem Projekt geht es primär darum, Hinweise für die HIV/Aids-Prävention aus der genuinen Sicht der Sub-Sahara MigrantInnen herauszuarbeiten. Wichtig ist, dass HIV-Prävention für dieses Forschungsprojekt nicht nur als Primär-, sondern auch als Sekundär- und Tertiärprävention verstanden wird, denn gerade wegen der Diskussion um die HIV-Prävalenz in dieser Bevölkerungsgruppe sollten auch bereits HIV-infizierte afrikanische Menschen zur Sprache kommen und über ihre Lebensqualität berichten können. Aus all diesen Gründen wurden qualitative Interviews mit drei Gruppen geführt:

- a) mit den HIV/Aids-MediatorInnen des AFRIMEDIA Projektes, die alle aus dem Sub-Sahara Raum stammen und meist über längere Zeit in der Schweiz wohnten (10 Personen),
- b) Sub-Sahara MigrantInnen, die sich noch kaum mit der HIV-Thematik auseinandergesetzt haben und deren HIV-Serostatus nicht bekannt ist (20 Personen), und
- c) HIV-positive oder an Aids erkrankte Sub-Sahara MigrantInnen (10 Personen). Wir legten folgende Rekrutierungskriterien fest: i) afrikanische Herkunft und seit kürzerem oder längerem in der Schweiz wohnhaft, ii) freiwillige Teilnahme, iii) Mindestalter von 18 Jahren, iv) deutsch, französisch oder englisch verstehen und sprechen können, sowie v) die zeitliche Möglichkeit für ein einmaliges Gespräch von ein bis zwei Stunden Dauer.

Mit dieser breiten Rekrutierungsstrategie wurde auch eine Empfehlung einer britischen Forschergruppe aufgegriffen, wonach zurzeit ein Bedarf besteht an vertieften Kenntnissen zu HIV/Aids

¹⁴⁶ Diese MediatorInnen wurden aus den Kantonen Zürich, Waadt und Genf ausgewählt, weil in diesen Regionen am meisten Sub-Sahara MigrantInnen leben und daher durch die Zielgruppenspezifische Prävention anzahlmässig am meisten Personen erreicht werden können.

mit afrikanische MigrantInnen, die sich aus vielfältigen demographischen und sozialen Hintergründen zusammensetzen (Kesby, Fenton et al. 2003).

Dieser Artikel zeigt auf, wie wir die Rekrutierung für unser Forschungsprojekt planten und durchführten. Die Prämisse war, dass bereits der Zugang zum Feld wichtige Einblicke in Strukturen und Abläufe für das zu erforschende Thema gibt (Wolff 2000). In diesem Sinne ist die Rekrutierung nicht nur ein „notwendiges Übel“, um an Datenmaterial heran zu kommen, sondern vielmehr ein integrierter Bestandteil, der bereits erste Hinweise für die Analyse gibt. Deshalb wurden die meisten Interviews von der Erstautorin geführt, damit die Rekrutierung und das Interviewsetting aus erster Hand nachvollzogen werden konnten. Einige Interviews führte ein zweisprachiger Soziologe (deutsch-französisch), der Erfahrung hatte in Gesprächen mit MigrantInnen. Beide protokollierten die Gespräche und hielten dabei erste analytische Gedanken fest.

5.2.2 Herausforderungen für den Zugang zu InterviewpartnerInnen

5.2.2.1 Ungewollte Stigmatisierung

Die erste Herausforderung bestand darin, dass sich Menschen aus gesellschaftlichen Randgruppen mitunter stigmatisiert fühlen, wenn sie für eine spezifische Fragestellung „herausgegriffen“ werden (Kelty, Hoffmann et al. 2000). Das Forschungsthema HIV/Aids ist ohnehin mit einem Stigma behaftet. Und wird man dazu speziell befragt, verstärkt sich dieses Gefühl noch zusätzlich. So war denn auch in diesem Projekt mehrfach von den InterviewpartnerInnen zu hören: „Warum stellen Sie Ihre Fragen nur uns AfrikanerInnen?“. Diese kritische Frage konnte in allen Fällen zufrieden stellend beantwortet werden. Wir erklärten ihnen, dass die Zahl der Sub-Sahara AfrikanerInnen in der Schweiz innerhalb von zehn Jahren kontinuierlich auf das Doppelte zugenommen hat, und dass wir ihnen die Gelegenheit geben möchten, den Umgang mit HIV/Aids aus *ihrer Sicht* erläutern zu können. Dies sei der Vorteil von qualitativen Interviews, die eher wie ein Gespräch ablaufen und nicht als „Abfragen“ gestaltet sind.

5.2.2.2 Ethikkommissionen

Eine weitere Herausforderung stellen Ethikkommissionen dar, wenn sie mit ihren Bedingungen die Rekrutierung bestimmter Gruppen behindern, z. B. indem sie nur eine schriftliche Einwilligungserklärung akzeptieren (Daunt 2003)¹⁴⁷. Dies kann sich bei Menschen, die der schriftlichen Sprache nicht mächtig sind, als Ausschlusskriterium erweisen. In unserem Projekt diskutierten wir diesen Punkt vor der Eingabe an die zuständige Ethikkommission mit dem juristischen Vertreter, da auch AnalphabetInnen ausdrücklich die Möglichkeit zur Forschungsteilnahme erhalten sollten. Ergebnis

¹⁴⁷ Siehe auch Anhang A: Informierte Einverständniserklärung

der Diskussion war, dass in Ausnahmefällen auch eine *mündliche* Einwilligung ausreichend ist. Jedoch muss in einem solchen Fall eine weitere Person anwesend sein, die die Einwilligung bestätigen kann. Diese Möglichkeit wurde aber von keiner befragten Person ergriffen. Hingegen erwies sich ein weiterer Punkt, der ebenfalls vor dem Einreichen mit dem Rechtsvertreter der Ethikkommission diskutiert wurde, als besonders wichtig: Die Einwilligungserklärung konnte ohne Angabe des Namens, sondern nur mit einer Unterschrift, die unleserlich sein durfte, unterzeichnet werden. Diese Möglichkeit wurde von mehreren AsylbewerberInnen genutzt, die aufgrund ihres Aufenthaltsstatus möglichst anonym bleiben wollten.

Die grösste Herausforderung stellten jedoch nicht die inhaltlichen Kriterien der Ethikkommissionen dar, sondern deren föderalistische Struktur. Die rund ein Dutzend Kommissionen decken jeweils ein bestimmtes geographisches Gebiet ab, und für die gebietsüberschreitende Rekrutierung muss jeweils bei der örtlich zuständigen Ethikkommission ein neuer Antrag gestellt werden. Dieser erneute Antrag ist deshalb nötig, weil die lokalen Ethikkommissionen ihre Entscheide untereinander sehr unterschiedlich anerkennen. Bei manchen genügt es, wenn der Kommissionspräsident telefonisch über die Erstbeurteilung informiert wird und das Einwilligungsformular sowie eine Zusammenfassung des Forschungsprotokolls auf elektronischem Weg erhält. Die kostenlose Freigabe per E-mail erfolgt nach kurzer Unterredung mit einem Kollegen. Andere Kommissionen wiederum kennen dieses verkürzte Verfahren basierend auf der Erstbeurteilung nicht und verlangen eine vollständige Dokumentation, deren Beurteilung für Studentenprojekte rund 500 Franken kostet und mehrere Wochen Zeit beansprucht.

5.2.2.3 Sprache

Die dritte Herausforderung betrifft die sprachliche Verständigung mit den Befragten. Sprache ist nicht einfach ein Code, um Gedanken und Tatsachen auszudrücken. Das heisst folglich, dass nicht jede Sprache beliebig mit einer anderen Sprache austauschbar ist (Stuker 2001). Es muss mit einem gewissen Bedeutungsverlust gerechnet werden, wenn die InterviewpartnerInnen nicht dieselbe Muttersprache sprechen. Allerdings ist die Sprache nicht allein ausschlaggebend für die Interviewqualität. Ebenso wichtig sind die kulturelle Sensibilität der Forschenden und die Anerkennung der Befragten als PartnerInnen im Forschungsprozess (Papadopoulos & Lees 2002). In unserem Forschungsprojekt stand auch nicht die Beherrschung der perfekten formalen Sprachkenntnisse im Vordergrund, sondern vielmehr die Nutzung der kommunikativen Funktion zwischen beiden GesprächspartnerInnen (Eberding 1995). Neben Schweizer- und Hochdeutsch nutzten wir vor allem die Kolonialsprachen Englisch und Französisch für die Kommunikation. Den Entscheid für diese Interviewsprachen fällten wir deshalb, weil wir bei der Rekrutierung die Nationalitäten oder Ethnien nur

am Rande berücksichtigten. Als gemeinsamer Nenner galt vielmehr der Migrationshintergrund, und deshalb wurde auch auf das Dolmetschen von regionalen oder nationalen afrikanischen Sprachen ins Deutsche verzichtet. Zunächst waren nur Interviews auf Deutsch und Englisch geplant, da die Erstautorin diese beiden Sprachen fließend spricht. Aufgrund der erheblichen Zahl von Migrantinnen aus dem frankophonen Afrika fällten wir jedoch die Entscheidung, die Rekrutierung auf französischsprachige InterviewpartnerInnen auszudehnen. Nachdem die Erstautorin ein Probeinterview auf Französisch durchgeführt hatte und die Ergebnisse gut waren, übernahm sie vorwiegend die Gespräche mit HIV-positiven InterviewpartnerInnen, für den Fall, dass sich im Laufe des Interviews Fragen zur Pflege und Behandlung ergeben sollten. Zur Absicherung der Sprachqualität auf Französisch zogen wir noch einen Soziologiekollegen bei, der zweisprachig französisch und deutsch aufgewachsen ist. Er führte eine Anzahl der französischen Interviews mit der ersten Gruppe, d. h. mit den HIV/Aids-MediatorInnen sowie mit der zweiten Gruppe, d. h. den MigrantInnen ohne Vorkenntnissen zu HIV/Aids durch. Zudem erstellte er nach jedem Interview ein Protokoll und transkribierte die Interviews. So war die Rekrutierung für die Erstautorin gut nachvollziehbar¹⁴⁸.

Sprachlich stellte allerdings – sowohl auf Englisch, Französisch und Deutsch – nicht so sehr das Vokabular eine Herausforderung dar, sondern vor allem die zuweilen sehr fremden Akzente der InterviewpartnerInnen. Hinzu kam, dass englisch oder französisch manchmal auch nicht die Muttersprache der MigrantInnen war. So kam es gelegentlich vor, dass man sich in der Interviewsituation gegenseitig Wörter oder Bedeutungen erklären musste. Dies war jedoch für den Fluss des Gespräches keineswegs ein Nachteil, sondern förderte den gegenseitigen Respekt und machte beidseits den Klärungsbedarf für ein besseres sprachliches und transkulturelles Verständnis deutlich.

5.2.2.4 Zugang zu interessierten Personen

Die Rekrutierung von TeilnehmerInnen für sozialwissenschaftliche Forschungsprojekte im Aidsbereich findet oft über HIV/Aids-Organisationen oder Institutionen (Schaeffer 2004), über Ausschreibungen in den Medien (Schweizerischer Nationalfonds 2003) oder über Anfragen in einschlägigen Treffpunkten der Zielgruppe (Edubio & Sabanadesan 2001) statt. Die Rekrutierung über solche institutionellen Kanäle ist zwar nahe liegend, um auf direktem Weg an eine grössere Anzahl potentieller ForschungsteilnehmerInnen zu gelangen. Dies erweist sich besonders bei einschlägigen HIV/Aids-Organisationen und Institutionen jedoch nicht immer als hilfreich, denn manchmal macht sich bei ihnen eine gewisse Vermittlungsmüdigkeit bemerkbar. Verständlicher-

¹⁴⁸Siehe Anhang B: Formular zur Einwilligung der Geheimhaltung für Projektmitarbeitende (Textvorgabe der Ethikkommission beider Basel)

weise möchten sie auch Personen in ihren Organisationen vor zu vielen Anfragen schützen. Aus der Sicht der Forschenden erscheinen Vermittlungspersonen daher manchmal als eine Art „Forschungsverhinderer“ (Wolff, 2000, S. 339), auch wenn dies nicht wirklich zutrifft. Im Forschungsplan unseres Projektes sahen wir zwar vor, dass die Rekrutierung auch über diese Kanäle erfolgen kann, jedoch erst wenn alle anderen Möglichkeiten nicht zum Erfolg führen. Die Erstautorin verfügte selber kaum über Kontakte zu Sub-Sahara MigrantInnen. So wählte sie zuerst den Zugang über ihre privaten Kontakte, d. h. sie schrieb ein Sammelmil und fügte eine Zusammenfassung des Forschungsprojektes sowie das Informationsblatt für interessierte Personen an¹⁴⁹. Wir gingen davon aus, dass eine Zusage für ein Interview durch dieses Vorgehen am ehesten zustande kommt, wenn die erste Anfrage an potentielle TeilnehmerInnen durch einen ihnen vertrauten Menschen geschieht. Diese Vermittlungsperson aus dem privaten Bekanntenkreis konnte dann über das Forschungsprojekt und vor allem über die Forscherin und deren beruflichen Hintergrund Auskunft geben¹⁵⁰.

Einen weiteren Zugang wählten wir durch das Schneeballsystem, d. h. am Schluss der Interviews wurden die TeilnehmerInnen gefragt, ob sie weitere interessierte Personen kennen. Falls dies zutraf, hinterliessen wir Informationsblätter mit einem Antwortalon, und wir fragten, ob die interviewte Person den ersten Kontakt herstellen konnte. Der Soziologiekollege entwickelte aufgrund seiner eigenen persönlichen Kontakte eine ähnliche Rekrutierungsstrategie und konnte so weitere InterviewpartnerInnen gewinnen.

Der Zugang zur ersten Gruppe, d. h. zu den HIV/Aids-MediatorInnen wurde dadurch erleichtert, dass die Erstautorin Mitglied der Begleitgruppe im AFRIMEDIA Projekt ist. So konnte sie das Forschungsprojekt im September 2003 den 15 HIV/Aids-MediatorInnen persönlich präsentieren. Die MediatorInnen erhielten danach auf elektronischem Weg vom AFRIMEDIA-Koordinator ein Informationsblatt. Mit dem darin enthaltenen Antwortalon konnten sie sich schriftlich melden, falls sie sich für ein Interview interessierten. Die Anfrage wurde bewusst durch den Koordinator geplant, damit sich niemand durch die direkte Anfrage zu einer Teilnahme gedrängt fühlte. Bei zwei Personen fragte die Erstautorin dennoch persönlich nach, da diese MediatorInnen einen speziellen persönlichen Hintergrund hatten, der für die Kontrastierung der Fälle sinnvoll erschien.

Das Schneeballsystem wurde auch über die HIV/Aids-MediatorInnen weitergeführt. Eine besondere Hilfe stellte dabei ein Asylbewerber dar, der Kontakt zu anderen AsylbewerberInnen verschaffen konnte. Hilfreich war diese Vermittlung deshalb, weil das Vertrauen zu Asylsuchenden nur durch

¹⁴⁹ Siehe Anhänge C, D und E

¹⁵⁰ Als „privater“ Kontakt zählte auch, wenn eine Anfrage an BerufskollegInnen gemacht wurde, mit denen die Erstautorin vor längerer Zeit zusammen gearbeitet hatte, und mit denen über mehrere Jahre kein beruflicher Kontakt mehr gepflegt wurde.

längere Präsenz im Feld – wenn überhaupt – hätte erreicht werden können. Diese Vermittlungsarbeit für die Rekrutierung der AsylbewerberInnen war aber auch herausfordernd, weil mit dem Vermittler mehrmals Rücksprache genommen werden musste, um zu diskutieren, wie er die InteressentInnen informieren und rekrutieren sollte. Unter anderem musste er seine Kontaktpersonen darauf hinweisen, dass die Teilnahme am Interview keinerlei Einfluss – weder positiv noch negativ – auf das Asylverfahren haben werde. Nach Abschluss dieser Vermittlungsarbeit führte die Erstautorin mit ihm ein Evaluationsgespräch, das ebenfalls aufgezeichnet wurde, um zu klären, wie er die Vermittlung erlebt und wie die Teilnehmenden auf seine Anfrage reagiert hatten. Da das Schneeballsystem über verschiedenste Personen und Kanäle initiiert wurde, konnte das Risiko einer allzu stark „geklumpten Stichprobe“ (Merkens 2000, S. 293) eingeschränkt werden. In der Tat zeigt die Durchsicht der durchgeführten Interviews, dass die Durchmischung der Geschlechter, der Nationen, der Religionszugehörigkeit und dem Alter sehr gut ist und im Wesentlichen das demographische Muster der afrikanischen Gemeinschaft in der Schweiz reflektiert.

5.2.2.5 Interviewvorbereitung

Eine weitere Herausforderung während des Rekrutierungsprozesses bestand darin, wichtige Details wie Vereinbarungen von Zeit und Ort sowie die Aufnahmetechnik mit den interessierten Personen zu klären. Insbesondere letzteres kann bei InterviewpartnerInnen zu Beginn des Gesprächs irritierend sein, vor allem wenn grössere Geräte verwendet werden (Lamnek 1995a). Aus diesem Grund benützten wir ein kleines MP3-Gerät mit guter Mikrofonqualität¹⁵¹. Zwei Personen erlaubten nicht, dass das Gespräch aufgenommen wurde. Dennoch wollten beide das Gespräch führen, und sie berichteten bereits am Telefon sehr differenziert über ihre Situation. So wurden während der Gespräche ausführlich Notizen gemacht. Einen Tag vor dem Interviewtermin wurden die Teilnehmenden nochmals angerufen, um die Zeit und den Ort zu bestätigen sowie allfällige Fragen zu diskutieren. Auch wenn es dann beim ersten Mal trotzdem nicht klappte, kamen alle Gespräche bei einem zweiten Anlauf für die Terminvereinbarung zustande. Diese Terminplanung stand unter der Prämisse, dass zeitliche Flexibilität für Interviews in der qualitativen Forschung vor allem bei marginalisierten Gruppen hohe Priorität haben muss (Leonard, Lester et al. 2003). Die insgesamt sehr gut verlaufenden zeitlichen und örtlichen Vereinbarungen sind nicht selbstverständlich, ist doch die Rekrutierung und vor allem auch das konkrete Zustandekommen der Interviews eine der grössten Herausforderungen für solche Forschungsprojekte (Edubio & Sabanadesan 2001). Der Ort für das Gespräch wurde in erster Linie von den InterviewpartnerInnen bestimmt. Zur Auswahl

¹⁵¹ Die Daten konnten via den eingebauten Memory-Stick direkt nach dem Gespräch auf den Laptop geladen und für die Transkription in das wav-Format konvertiert werden. Die Verschriftlichung erfolgte mit Unterstützung einer Transkriptionssoftware sowie einem Fusspedal und Kopfhörer ebenfalls am Laptop.

standen die Wohnung der TeilnehmerInnen sowie zwei privat organisierte, neutrale Gesprächsorte. Nicht selten stellte sich erst vor Ort heraus, dass der vereinbarte Raum zu laut oder zu wenig vor ZuhörerInnen geschützt war, obwohl dieser Punkt zum Voraus telefonisch abgeklärt worden war. So kam es vor, dass nicht das vereinbarte Restaurant sondern ein nahe gelegenes Büro benutzt werden musste. Einige Interviews fanden in Asylunterkünften statt. Dies erforderte eine Absprache mit der Zentrumsleitung, dass das Gespräch im Einzelzimmer als Privatsache verstanden wird. Ein Gemeinschaftsraum konnte jedoch nicht reserviert oder benützt werden, weil das die bereits sehr engen Raumverhältnisse der anderen AsylbewerberInnen noch mehr beeinträchtigt hätte. Im Ausnahmefall stellte in solchen Situationen die Wohnung der Erstautorin eine Ausweichmöglichkeit dar. Bei einem solchen Ortswechsel kann das Gespräch nicht im gewohnten Umfeld stattfinden, und dies beeinträchtigt möglicherweise die Qualität des Interviews (Merkens 2000). Allerdings kann auch die Gesprächssituation am Wohnort der Interviewten ein Nachteil sein, insbesondere wenn sehr persönliche Gedanken in Anwesenheit von anderen Familienmitgliedern geäußert werden. Auch die Ethikkommission wies auf diesen Punkt hin und empfahl, dass die Anwesenheit von Kindern kritisch zu bedenken sei, weil es bei HIV/Aids um sensible thematische Aspekte gehen könnte. Wir klärten deshalb zum Voraus ab, ob Kinder über vier Jahre zuhause sind, bzw. ob eine Kinderbetreuung während des Gesprächs organisiert werden könnte oder müsste.

Schliesslich zeigte sich, dass ein weiteres Detail nicht unerheblich war. Das Informationsblatt auf Deutsch, Französisch und Englisch enthielt einige konkrete Fragebeispiele, z.B. „Wenn Sie das Wort HIV/Aids hören, was geht Ihnen durch den Kopf?“. So konnten sich die InterviewkandidatInnen zum Voraus ein erstes Bild davon machen, wie das Interview geplant war. Das Blatt stimmte sie zudem darauf ein, dass nicht ihre persönliche Situation als MigrantInnen im Zentrum stand, sondern ihre Meinung zu HIV/Aids in der Schweiz.

5.2.3 Bisherige Erkenntnisse

Dank dieser verschiedenen Strategien und Überlegungen konnten von Mitte Februar bis Juni 2004 sowie im Herbst 2004 die 40 geplanten Interviews durchgeführt werden. Diese zweifellos herausfordernde, aber auch erfreulich verlaufende Periode des Forschungsprojektes lässt folgende Erkenntnisse zu.

5.2.3.1 Interesse für die Meinung der TeilnehmerInnen

Einer der Vorteile qualitativer Forschung, nämlich die Sichtweisen der Zielgruppen einzufangen, hat sich im Zuge der Rekrutierungsphase deutlich gezeigt. Im Vorfeld waren wir uns nicht sicher, ob sich überhaupt afrikanische MigrantInnen zum sensiblen Thema HIV/Aids äussern würden. Die Erfahrung zeigte jedoch, dass ein Gespräch über dieses Thema durchaus auf Interesse stiess. Nachdem die

Frage „Warum wir?“ jeweils geklärt war, ergab sich schnell eine unerwartete Offenheit für ein Gespräch. Denkbar ist, dass diese Gesprächsbereitschaft auf eine mittlerweile erhöhte Problemwahrnehmung in den Herkunftsländern zurückzuführen ist. Nicht wenige InterviewpartnerInnen erzählten von Präventionskampagnen, die sie früher oder bei Besuchen in den Heimatländern mitbekommen haben. Es schien sogar so, als ob das Forschungsthema eher offene Türen einrennt und mitunter gar eine gewisse Ermüdung – „schon wieder Aids“ – hörbar wird. Zudem dürfte die Sensibilisierung und Gesprächsbereitschaft durch die Mediendiskussion rund um die obligatorischen HIV-Tests bei AsylbewerberInnen weiter erhöht worden sein. Entgegen unseren Erwartungen stellte die schriftliche Einwilligung kaum ein Problem dar. Grund für diese Erwartung war, dass das Verständnis für Einwilligungserklärungen im afrikanischen Setting durch konzeptuelle, sprachliche und hierarchische Barrieren geprägt sein kann (Molyneux, Peshu et al. 2004).

Unterschiede beim Zugang zu den InterviewpartnerInnen der drei Gruppen gab es insofern, als vor allem die HIV-positiven InterviewpartnerInnen – sobald ein Kontakt hergestellt war¹⁵² – sehr gerne von ihrer Situation berichteten. Ihre soziale Isolation ist zum Teil sehr gross, und so nahmen sie die Gelegenheit wahr, von ihrem Leben erzählen zu können. Bei einem Interview war die Situation sehr eindrücklich. Am Schluss des Gesprächs rief die befragte Person per Mobiltelefon zwei KollegInnen an, die ebenfalls HIV-positiv sind und fragte sie, ob sie an einem Interview interessiert seien. Beide sagten spontan am Telefon zu, und diese Interviews kamen später auch tatsächlich zustande.

5.2.3.2 Rekrutierung über private Kontakte

Solche Erlebnisse zeigen, dass die Rekrutierung über private Kontakte und das Schneeballsystem sehr erfolgreich sein kann. Selbst die befragten Sub-Sahara MigrantInnen fragten manchmal zu Beginn des Gesprächs: „Wie finden Sie diese Leute?“ und „Wie schaffen Sie es, dass sie mitmachen?“. Sobald ihnen die Rekrutierungsstrategie über vorwiegend private Kanäle erläutert wurde, bestätigten sie, dass dies in der Tat für ihre eigene Zusage eine wesentliche Rolle gespielt hatte. Den Anfragen von Organisationen und Institutionen stehen manche von ihnen eher skeptisch gegenüber. Natürlich stellt sich aus Forschungssicht bei dieser Strategie immer wieder die Frage, ob die Zusage jemandem „zu liebe“ gemacht wird. Allerdings wäre dies kein verwerfliches Kriterium, denn Altruismus ist durchaus ein Motiv für die Forschungsteilnahme (Leonard, Lester et al. 2003).

Hätte die hier vorgestellte Strategie nicht zum gewünschten Erfolg geführt, wäre ein Inserat oder ein Bericht in einschlägigen Zeitungen und Zeitschriften in Erwägung gezogen worden (Merkens, 2000).

¹⁵² Zum Vorgehen beim telefonischen Erstkontakt siehe Anhang F

Damit hätten allerdings neue Herausforderungen gemeistert werden müssen, z.B. wäre die Zahl der InteressentInnen sehr schwierig zu steuern gewesen.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass die Rekrutierung für einige HIV-positive AfrikanerInnen bei klinischen Zentren versucht wurde - allerdings mit wenig Erfolg. In einer HIV-Ambulanz kam ein Gespräch zustande. In einem anderen Krankenhaus wäre der Zugang zwar möglich gewesen, jedoch sagte das Team wegen einem personellen Engpass ab. Für eine andere Klinik hätte das gesamte Proposal von der lokalen Ethikkommission erneut geprüft werden müssen. Darauf wurde angesichts zeitlich und finanziell beschränkter Ressourcen verzichtet. Als sich dann abzeichnete, dass nur noch sehr wenige Interviews fehlten, musste abgeschätzt werden, ob sich die Einbindung des interessierten Teams für lediglich zwei bis drei InterviewinteressentInnen noch rechtfertigte. Wir entschieden uns, auf die Rekrutierung in der klinischen Institution zu verzichten.

5.2.3.3 Arbeitsweise von Ethikkommissionen in der Schweiz

Im Laufe des Forschungsprojektes führten wir verschiedene Diskussionen darüber, weshalb die Beurteilung durch eine Ethikkommission erforderlich ist. Dabei standen folgende drei Positionen zur Debatte:

- 1) Bei sozialwissenschaftlichen Projekten ist keine Einwilligung nötig, weil keine invasiven Therapien am Menschen erforscht werden und damit ethische Bedenken wegfallen.
- 2) ForscherInnen können sich selber auf international gültige Standards berufen und ihre Forschungspläne danach ausrichten.
- 3) Das Antragsformular verschiedener Ethikkommission trägt den Titel „Antrag auf Begutachtung eines biomedizinischen Forschungsprojektes“. Daraus kann man schliessen, dass sozialwissenschaftliche Projekte nicht zur Beurteilung vorgesehen sind.

Zu diesen drei Positionen ist folgendes zu bedenken: Erstens hat auch nicht invasive Forschung Konsequenzen für die Teilnehmenden, z.B. wenden sie persönliche Zeit auf, oder sie setzen sich mit einem Thema auseinander, über das zu sprechen möglicherweise unangenehm ist. Solche Beeinträchtigungen müssen möglichst verträglich sein für die Teilnehmenden, und sie sind aus ethischer Sicht zu bewerten (International Council of Nurses 2002). Zur zweiten Position ist zu sagen, dass immer mehr wissenschaftliche Zeitschriften den Nachweis fordern, dass die Einwilligung einer Ethikkommission vorliegt¹⁵³. Hier schliesst gleich die Antwort zur dritten Position an: Will man dieser Anforderung von Fachzeitschriften gerecht werden, ist man in der Schweiz mit suboptimalen

¹⁵³ Beispielsweise verlangt die Zeitschrift „Journal of Advanced Nursing“ eine Genehmigung der Ethikkommission, (www.journalofadvancednursing.com, Zugriff am 22. Dezember 2004), und die Zeitschrift „Qualitative Health Research“ beachtet im Review-Prozess explizit die „adherence to ethical standards“ (www.ualberta.ca/~qhr/, Zugriff am 22. Dezember 2004).

Bedingungen für qualitative Forschungsprojekte konfrontiert. Zum einen sind die Antragsformulare ausgesprochen medizinisch-pharmazeutisch ausgerichtet und für qualitativ Forschende im sozialwissenschaftlichen Bereich wenig nutzerfreundlich¹⁵⁴. Damit kann man sich zwar arrangieren, jedoch fällt viel mehr ins Gewicht, dass die Erfahrungen mit qualitativen Erhebungs- und Analysemethoden in den meisten Ethikkommissionen erst in jüngerer Zeit angelaufen sind. Bislang fehlt auch ein Beurteilungssystem für gesamtschweizerische und qualitative Projekte. Dies hat zur Folge, dass es keine generelle Anerkennung derjenigen Ethikkommission gibt, die zuerst die Freigabe erteilt hat. Dies ist vor allem für qualitative Projekte gravierend, weil bei der oft angewendeten Rekrutierungsstrategie des Schneeballsystems oder des theoretischen Samplings (Strauss & Corbin 1990) erst im Verlaufe der Feldarbeit ersichtlich wird, wo die Forschungsteilnehmenden leben. Dies führt mitunter zur absurden Situation, dass für eine einzige interessierte Person, die im angrenzenden „Hoheitsgebiet“ einer Ethikkommission lebt, ein Antrag gestellt werden müsste. Ist dies zwingend erforderlich, so bedeutet das für die Rekrutierung eine grosse Hürde, denn aus zeitlichen und finanziellen Gründen kann kaum bei allen Ethikkommissionen ein Antrag gestellt werden.

5.2.3.4 Liebe zum Detail

Als letzte Erkenntnis verweisen wir nochmals auf die sehr wichtigen „Details“ der Rekrutierung. Dazu zählen wir den partnerschaftlichen und empathischen Kontakt zu den Interviewteilnehmenden. Dieser zeigt sich in der sorgfältigen Abklärung für eine Teilnahme, die Erreichbarkeit, die Flexibilität für Ort und Zeit der Interviews sowie im Angebot für Interviews in verschiedenen Sprachen. Alle Punkte zusammen genommen haben sich als erfolgreich und befriedigend für beide Seiten, also für Forschende wie auch für ForschungsteilnehmerInnen erwiesen. Diese der Rekrutierung zugrunde liegenden Punkte tragen auch dazu bei, dass ein erneuter Kontakt zu den InterviewpartnerInnen möglich ist, sollte sich dies während des weiteren Forschungsverlaufes als erforderlich erweisen. In diesem Sinne steht das folgende Zitat am Schluss, das prägnant aufzeigt, worauf es bei der Feldforschung besonders ankommt:

„Will man Früchte ernten, so gilt es, den Boden dafür auch vor- und nachzubereiten. Das heisst (...) jeder Forscher muss nach seiner eigenen Feldarbeit den Boden so zurücklassen, dass er weiterhin zu Studienzwecken zur Verfügung stehen und auch zukünftig fruchtbare Ernten erbringen kann.“ (Weidner 1995, S. 19).

¹⁵⁴ Das Formular kann unter anderem auf der Webseite der Ethikkommission beider Basel eingesehen werden (www.ekbb.ch, Zugriff am 12. September 2004).

5.3 Interviewing Sub-Saharan migrants in Switzerland about HIV/AIDS: Critical reflections on the interview process (Paper 5)

Iren Bischofberger, RN, MScOH, MNS,
WE'G University of Applied Sciences
WE'G Center for Advanced Studies in Health Care, Aarau

Lilo Roost Vischer, PhD, Seminar of Anthropology, University of Basel

Acknowledgments

We thank Baptiste Planche and Alioune Dieng for assisting in interviews with French-speaking participants, and in transcribing. In addition, we are grateful to Dr. Brigit Obrist van Eeuwijk and Professor Marcel Tanner for their critical review of an earlier version of this article.

Manuscript submitted to the Journal of Transcultural Nursing

Abstract

Although research underpinnings for the interview process are often discussed in the scholarly community, reports of explicit experiences about this step are mostly lacking in research publications. Therefore, the authors highlight the challenges they encountered in conducting qualitative interviews in a multilingual, transcultural setting with Sub-Saharan migrants on the sensitive topic of HIV/AIDS. Primary insights resulted from reflecting on the process of developing the interview guidelines, dealing with sensitive topics, and conducting the interviews in various languages and venues. These reflections are fruitful for researchers conducting transcultural studies, policy makers who commission research projects, and migrants who gain understanding in participating in a qualitative research project.

Keywords

Sub-Sahara, migration, interviewing, HIV/AIDS

5.3.1 Introduction

During the last 5 years, researchers have reported a significant increase of HIV prevalence among Sub-Saharan migrants in Europe (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS 2003; Hamers & Downs, 2004), underscoring the growing public concern about the rising incidence of the disease. This development calls for an in-depth understanding of the urgent epidemiological process occurring in transcultural settings. After reviewing selected HIV/AIDS research publications with Sub-Saharan migrants using qualitative, semistructured or action research methods (Erwin & Peters 1999; Bungener, Marchand-Gonod et al. 2000; Edubio & Sabanadesan 2001; Fenton, Chinouya et al. 2002; Weatherburn, Ssanyu-Sseruma et al. 2003; Anderson & Doyal 2004; Doyal & Anderson 2005; Doyal, Anderson et al. 2005), we realized that there was a lack of in-depth methodological underpinnings and consideration of the practical challenges of the interview process. Therefore, our aim is to contribute our experience to this gap and to critically reflect on crucial interview phases with regard to the transcultural setting and the sensitivity of the research topic.

5.3.2 Study background

This article is part of a study which intends to improve the knowledge base about HIV prevention and care in Switzerland from the perspective of Sub-Saharan migrants. In order to capture a wide range of opinions, three different groups of individuals from African origin were interviewed: (a) recently trained HIV peer educators ($n=10$); (b) migrants without specific affiliation to HIV/AIDS ($n=20$); and (c) HIV-infected migrants ($n=10$). Access to participants was mainly sought through Sub-Sahara HIV peer educators, private contacts of the research team, and in some cases, through contacts at clinical institutions. Clearance was received from the local ethics committee. More in-depth analysis of the recruitment process, including the informed consent procedure, is presented elsewhere (Bischofberger & Obrist van Eeuwijk 2005). The majority of individual face-to-face interviews were conducted between January and May 2004; others were held in fall 2004. A focus group discussion with three HIV peer educators in spring 2005 aimed at discussing the preliminary data and validating the analysis. The final sample was 40 participants (18 men and 22 women) from 20 African countries, with a mean age of 38 years (range: 20-58 years). The participants were living in both the French and German speaking areas in Switzerland between 1 month and 25 years. The duration of interviews ranged from 30 to 130 minutes, with a total of 42 hours.

5.3.3 Critical Reflections of interview phases

5.3.3.1 Developing the interview guideline

With regard to the sensitive topic of our study, we adopted a consultative process for the development of the interview guideline by inviting people from public policy, research, and clinical fields, as

well as representatives from the Sub-Sahara community to comment on our first draft. One of the remarks was in accordance with Lipson & Meleis (1990), who recommended asking the least threatening questions first. Therefore, biographical and demographic questions were put only at the end of the guideline, until enough time could pass for establishing rapport¹⁵⁵. In addition, participants were made explicitly aware that their personal health or migration situation was not part of the study, but rather their views about HIV/AIDS prevention and care (Edubio & Sabanadesan 2001). If the interviewee felt comfortable to tell narratives from his or her biography or current legal, social or health situation, this would certainly be welcomed, but not focused on by the interviewer. The following question was decided upon as a good starting point: "What were your first thoughts when you were approached by XY to participate in this interview?". This question allowed the participants some degree of influence by letting them shape the flow of the interview. Similar to Bowes & Domokos (1996), we purposefully intended to restrict the control of the researcher, and allow for a more reciprocal relationship in the interview. Therefore, the interview guideline was not considered to be a strict list of questions that dominated the interview, but rather a road map that allowed various routes for collecting data through the interview.

We particularly focused on setting the stage for listening and speaking within an interview relationship which is sensitive to power and domination (Gustafson 2005). This meant that it was important to be careful about private, stressful or intimidating questions about deviant behavior or political affiliations (Lee 1993). The third point is particularly noteworthy, since raising questions about HIV/AIDS to this population often implies a risk of double discrimination: ethnic/color differences and a stigmatizing illness increase the odds of experiencing discrimination within the host society (Del Amo, Bröring et al. 2004). In our case, this issue was particularly challenging because, following the publication of data by the Swiss Federal Office of Public Health (SFOPH) in spring 2003 on the increasing HIV prevalence among Sub-Sahara Africans (Bundesamt für Gesundheit 2003b), a media debate was launched by a political party a few months afterwards, at the beginning of our data collection. In their view, asylum seekers, particularly from Sub-Sahara Africa, are considered a health risk in Swiss society and therefore, they need compulsory HIV testing. However, prior to this debate and up to the present time, the SFOPH regards voluntary counselling and testing (VCT) as the appropriate strategy for all population groups. This debate influenced our data collection procedure insofar as the topic HIV/AIDS was "in the air," and thus, we had to consider this climate in the process of developing guidelines.

¹⁵⁵ Interviewleitfäden mit den drei Interviewgruppen siehe Anhänge G, H, I

5.3.3.2 Selecting interview language

We decided to use English, French and German as interview languages. Translation for regional African languages such as Swahili or Arabic was not provided for several reasons. First of all, German is the prevalent language in the region where the majority of interviews were conducted. African migrants have lived in this area for many years and speak German more or less fluently. English and French were chosen because these two formerly colonial languages, which are the lingua franca today, are widespread in Africa. Apart from all the social problems derived from colonialism, English and French language skills could be considered an advantage, since bilingual abilities allow migrants to participate in activities such as research studies. In fact, we even found that some participants took pride in their English or French language skills. The second reason was that perfect linguistic competence was not expected from either the participants' or from the researchers' part. Both researchers are Swiss German natives, and French is our first foreign language. We learned English in high school and in our professional careers. Based on this background, we could not assume that we shared specific vocabulary terms with the participants. Thirdly, the Sub-Sahara population in Switzerland is very heterogeneous in terms of language. If we had intended to provide translation for local or regional languages, we would probably be more exclusive than inclusive, because it is literally impossible to provide a high quality translation for dozens of languages. In two cases, the spouses of participants offered to be present during the interview and help with language difficulties if necessary. This offer was welcomed, although we were aware that the presence of a close relative might also inhibit the openness of talking about a sensitive issue. It turned out, however, that this proved to be supportive rather than inhibitory. In addition, similar to Sawyer and colleagues (Sawyer, Regev et al. 1995), we were confronted with barriers that derived not from the language itself but rather from the form of narration and style of discourse. Therefore, if certain expressions were not understood to the interviewer or interviewee, explanations needed to be prompted on both sides. In addition, a bilingual German-French sociologist, who had some experience in interviewing migrants, participated during the recruitment and data collection process, and he could also provide perfect translation of written material in French. He was carefully introduced to the data collection work by providing all necessary background information on the study. He was accompanied by the first author to his first interview, and any issues that arose were discussed afterwards. In a special meeting, we reflected on the strengths and weaknesses of the interviews and how obstacles in teamwork could be overcome (Erickson & Stull 1997). Thus, he was constantly involved in the relevant phases of the research. In sum, we paid particular attention that language comprehension was accompanied by reciprocal inquiring within the research team, but particularly between interviewees and interviewers, and thus contributing to constant improvement of data quality.

5.3.3.3 Selection of interviewers

There are controversial views on whether ethnicity and color of interviewer and participant should match. Some researchers assume that in matching ethnicity, color, and language, cultural codes are easily shared, and a given phenomenon among the group may be better analyzed and understood (Porter & Villarruel 1993; Edubio & Sabanadesan 2001). However, matching of participants and researchers is very complex; several criteria are relevant, such as gender, age, language, social class, or geographical origin (Sawyer, Regev et al. 1995), yet, it seems impossible to operationalize a complete match. Ethnic or color matching might even lead to a false sense of security, or even an alibi, if it was the only criteria. Therefore, we argue that the focal point is not necessarily on ethnic and color matching, but rather on being a reflective researcher who is sensitive—in our case—to racist and stigmatizing experiences of the participants. Finally, our argument against ethnic or color matching for conducting the interviews is supported by experience from HIV/AIDS researchers, who consider ethnic matching as a risk for inferior data quality due to fear of gossip or misuse of knowledge within African communities (Erwin & Peters 1999; Anderson & Doyal 2004). In our research project, we support this point of view since, particularly in the interviews with HIV-infected participants, we felt that the interviewees were relieved that they could talk to an interviewer who is not a representative from the Sub-Saharan communities. Nevertheless, collaboration between Swiss and African expertise was considered for the development of the interview guideline – as mentioned above – as well as for interpreting data.

5.3.3.4 Creating a reciprocal interview relationship

We first reflected on the longstanding HIV/AIDS nursing background of the first researcher. The methodological problem of "being deeply and naively native" (Pollner & Emerson 2001, p. 121) could result in a lack of reflection and in blind spots. However, we found the nursing background to be helpful and even an advantage, because talking about concerns that derive directly from experiencing the illness trajectory was possible. Interviewees seemed to acknowledge this background, for instance when they talked about adherence to antiretroviral medicine, or asked about symptoms. Some HIV-infected participants even showed how they store their medicine or what the physician's prescription plan looks like. This behavior could be interpreted as reciprocal, since the researcher did not only collect data, but was also considered knowledgeable and thus a helpful resource (Lipson & Meleis 1990). This reciprocity (Lipson & Meleis 1990, p. 108) or exchange (Lee 1993, p. 137) is particularly highlighted in migrant settings, when participants make requests for help in exchange for participating without payment. It might even be considered an honor to be asked for help, because it symbolizes trust, similar to asking a favor in the extended family (Lipson & Meleis 1990). The reciprocity for participants in our study was shown in various ways. Some interviewees received informa-

tion about accessing HIV/AIDS information because they were interested in details from their country of origin. They were informed about the United Nations AIDS Programme and its website (UNAIDS, www.unaids.org). Usually, participants had access to a personal computer of their own or at a university campus. Some participants were interested in contacting local AIDS associations. All participants were informed, from our side, to look for the "ok" quality label on condoms, which was introduced in Switzerland in the 1980s, indicating that a federal laboratory had approved the criteria for quality. These approved condoms can be bought inexpensively in supermarkets. This information was particularly provided because, through the interviews, we realized that most people buy condoms for a much higher price in pharmacies, although the quality is not any better. Another benefit was that one participant asked for translation of a series of recommendation letters for continuing her education. And finally, one participant called the researcher a few days after the interview had taken place and wanted to know more details about HIV transmission. On our side, the main benefit was learning about the relevance and meaning of HIV prevention and AIDS care; and of course, the hospitality given to the researchers was much acknowledged.

5.3.3.5 Interview venues

With regard to interview venues, there is little reflection on this topic in transcultural handbooks or articles, although working in a particular venue involves physically stepping into an environment, which in our case, was often unfamiliar. In contrast to ethnographic studies with extended stays in the field, we experienced the phases of interviews on a continuum between "getting in" and "chilling out" (Kauffman 1994, p. 180) in a very concentrated way. This meant that we needed to quickly assess the details for the interviews, for instance, arranging comfortable sitting places for at least two people, noticing details in the physical location, and putting the tape recorder in the right place. Dealing with various interview venues within a short period of time requires a high degree of awareness, creativity and improvisation skills in order to get along in the interview situation (Krause 2003). In the interviews conducted at the participants' residences, we physically entered their lives, for instance, asylum seekers' homes, the office of a physiotherapist, or private apartments. In some places, participants were living in a single room, or a very small apartment. This provided a feeling of intimacy for the interview, but also intrusiveness, because many details about the participants' private lives were visible at a glance. Talking about HIV/AIDS in this sudden closeness might not be easy at times. The effect on the first researcher was, however, manageable due to her longstanding experience in voluntary HIV counseling and testing as well as home care nursing. Therefore, she was familiar with talking about a sensitive topic with people whom she has never met and in places she has not visited before. Finding the interview venue was sometimes difficult, since some participants were

living in cities that were not familiar to the researchers, and some asylum seekers' homes were not easily found. We were therefore eager to make detailed agreements in advance by telephone. Fortunately, participants could be reached by telephone, which is far easier nowadays than a decade ago, with the advent of cell phones. In our study, although we travelled alone to unknown places to meet people we had talked with only on the telephone, we never felt that we were placing ourselves at risk in fieldwork situations (Lee 1995; Lee-Treweek 2000). It was rather the opposite; we usually felt welcomed in the life of the participants, for instance, in an asylum seeker's home, a participant was doing her colleague's hair on the floor while the interview was conducted. When someone entered the room, they were told by the interviewee in a low voice to leave the room because of the tape-recording. These incidents show a high degree of cooperation and respect for the research and the researchers.

5.3.4 Steps of conducting the interview

Since we did not include participant observation in our study, establishing rapport was fully dependent on the time period of the interview. Therefore, we chose the framework of responsive interviewing (Rubin & Rubin 2005), which includes the feelings and biographical backgrounds of both the interviewee and the interviewer as part of the conversation. It requires an active stance and genuine interest of the participants' views. As the first author happened to be pregnant during the main data collection period, this was experienced as a good "ice breaker." Participants were helpful with offering comfortable chairs and refreshments. Stories about family life emerged quickly, which is an important aspect of African culture. These experiences elicit the power balance of the relationships established during the interviews, and this process should be carefully recorded (Lipson & Meleis 1990). As a consequence, the "official" start of the interview was ambiguous in about half of the interviews. However, this real life experience was indicative of our research position: We wanted to build a collaborative, friendly, and reciprocal relationship with the participants, and we presented ourselves as learners rather than primarily as academics (Fontana & Frey 2000). We also let the interviewees ask all sorts of questions about the research study or general questions about HIV/AIDS first, so that the "right moment" to start the taping had to be negotiated at a certain point in time. In some interviews, we also took a risk by discussing the informed consent afterwards, because we assumed that by building trust, it would be easier for the participant to decide whether to give consent or not. In the other half of the interviews, participants expressed concern that they did not know anything about AIDS, and they were not sure that they were the suitable person for the study. We explained that we were not evaluating their knowledge, and that there was no "right" or "wrong" answer. This explanation and the starting question were usually sufficient to begin a dialogue. At some moments during the interviews, we needed techniques which allowed participants to

"save the face" (Lipson & Meleis 1990, p. 107), because discussing HIV/AIDS implies that socially deviant behaviors such as prostitution or homosexuality are touched upon. Therefore, indirect questions were sometimes used to minimize stress as much as possible; for example, "If you knew someone who has AIDS, how would people talk about that person?" In such a way, it seemed that the topic of HIV/AIDS was not a taboo. Rather, the individual situation, which is different in every interview, revealed individual "taboo zones." Based on these considerations, we needed to maintain a balance between focusing on the topics set out in the interview guidelines and letting go of the narrative sequences. This was particularly evident in two kinds of interviews. Some participants stressed the need of "less study and more action" (Kalipeni, Craddock et al. 2004, p. 215) for their countries or the African continent in general; they began with a long introduction about this concern before the first question could be asked. Thus, they framed the interview situation and gained publicity for their political and social concerns (Rubin & Rubin 2005). In other interviews with HIV-infected migrants, sadness and hopelessness were overwhelmingly visible when they spoke about their social lives, which were sometimes extremely isolated, due to the stigma attached to AIDS within and outside African communities. Their long narratives revealed situations which made apparent their social and physical vulnerability. In these two interview settings, we needed to be aware of this issue and ensure that the interview process did not develop the character of a counseling session. However, the emotional involvement required sufficient health assessment skills on the researcher's part, in order to identify whether the participants' feelings could be overcome and stabilized after awhile, or if recommendations for referral should be considered. We were aware of still having control as researchers and of being responsible for the well-being of the participants (Krause 2003). As we regarded ourselves as "travellers," who accompany the interviewees on a short journey (Kvale 1996), there was also an end to this trip. The place and time of terminating the interview depended on several aspects. In some interviews, the participant determined the end, because responsibilities of social life intervened, such as returning to work, or picking up children from school. In other cases, interviewees felt tired. Usually, terminating the interview was signaled by the interviewers feeling, that "everything" was said and no new ideas were being brought forth.

5.3.5 Conclusion

We mainly gained insight into how the voices of stereotyped and stigmatized groups can be represented in research projects about sensitive topics. This is particularly relevant in developing the interview guidelines, in managing language and ethnic/color differences, and in approaching individual interview venues. We are aware that the reputation as researchers is often transported through social networks and gossip in African communities, and that these evaluations can "make or break" the study (Lipson & Meleis, 1990, p. 111). We believe that our critical reflection on this topic can be help-

ful to other researchers, because they probably face similar obstacles in transcultural settings, with sensitive topics, and with marginalized groups. The issues raised in this article can also be useful for policy makers, since such officials are often in a position to commission research projects, and thus are required to evaluate the appropriateness of research approaches for specific target groups. Based on our experience, we hope to support decision-making processes for commissioning research work. And finally, by making explicit our approach in the interview process, we have intended to shed some light behind "the stage" of research and thus explain to Sub-Saharan migrants and migrants of other regions, what it can mean to participate in qualitative research.

5.4 Datenbearbeitung und -analyse

In diesem Abschnitt steht nun im Vordergrund, wie die Interviewdaten nach der Erhebung bearbeitet und analysiert wurden. Zunächst folgen Erläuterungen zur technischen Handhabung der aufgenommenen Interviews, zur Protokollierung und zur Transkription sowie zur Validierung der Daten. Danach wird der Prozess der Datenanalyse dargelegt. Dabei geht es zuerst um das theoretische Vorverständnis in der qualitativen Forschung, und anschliessend um Details des Analyseverfahrens. Zwar handelt es sich bei diesem Forschungsprojekt nicht um eine Grounded Theory Studie im klassischen Sinne, dennoch lehnt sich die Datenanalyse – wie noch zu zeigen sein wird – an die Tradition der induktiven und theoriegenerierenden Forschungstradition an.

5.4.1 Datenaufbereitung und –qualität

5.4.1.1 Technik und Datenschutz

Die qualitativen Interviews wurden nach Einwilligung der teilnehmenden Person auf einen MP3 Player mit integriertem Mikrofon aufgenommen und sobald als möglich mittels USB Schnittstelle auf den Laptop geladen. Für die Transkription wurden die Interviews vom MP3-Format in das wav-Format konvertiert, damit die Software für die Niederschrift direkt am Computer verwendet werden konnte. Dies sowie das dazu verwendete Fusspedal und der Kopfhörer erleichterten das Transkribieren enorm.

Aus Datensicherungsgründen wurden die elektronischen Gesprächsdokumente zusätzlich auf eine CD-Rom gebrannt. Danach wurde das Interview vom Aufnahmemedium gelöscht. Aus Gründen des Datenschutzes wurde das Laptop mit einem Zugangscode versehen, und die CD-Rom's wurden in einem abschliessbaren Schrank zuhause bei der Forscherin gelagert. Ebenso wurden die Interviews nicht per Post verschickt, sondern persönlich an drei Personen weiter gegeben, die an der Transkription beteiligt waren. Alle diese Personen unterschrieben ein Formular zur Geheimhaltungspflicht, das von der Ethikkommission beider Basel verwendet wird¹⁵⁶. In anonymisierter Form wurden die Transkriptionen danach vom Word-Format in ein Rich-Text-Format umgewandelt, damit sie mit dem MAXQDA¹⁵⁷ Software Programm weiter bearbeitet werden konnten.

¹⁵⁶ Siehe dazu www.ekbb.ch/fileadmin/ekbb/_doc/einwilligung.pdf (Zugriff am 12. Juli 2006)

¹⁵⁷ Siehe dazu www.maxqda.de (Zugriff am 12. Juli 2006)

5.4.1.2 Dokumentation

Empfohlen wird, dass Details zur Gesprächssituation sowie erste Reflexionen im Feld möglichst rasch nach der Datenerhebung dokumentiert werden:

"Spätestens bei den Feldnotizen beginnt die Herstellung der Wirklichkeit im Text." (Flick 2002b, S. 248).

Deshalb wurden nach Beendigung der Interviews Überlegungen zur Gesprächssituation, zur Situation der Teilnehmenden sowie einprägsame Sequenzen zeitnah – meistens auf der Rückreise im Zug – am Laptop protokollarisch festgehalten. Dazu diente einerseits eine standardisierte Struktur für alle Protokolle, um so die Durchsicht während der Analysephase zu erleichtern, und um der weiteren Person, die für einige Interviews beauftragt wurde, eine Vorgabe für die Protokollierung zur Verfügung stellen zu können¹⁵⁸. Andererseits führte die Forscherin ein Forschungstagebuch, in dem Gedankenblitze, analytische Überlegungen sowie spontan erhaltene Informationen notiert wurden. Die Protokolle erwiesen sich besonders bei der ersten Grobskizze der Kurzportraits als sehr hilfreich, denn die einzelnen Geschichten und deren Schwerpunkte liessen sich rasch entwickeln. Die Tagebuchnotizen erfüllten ihren Zweck vor allem bei der Analyse und Interpretation der erhobenen Daten sowie für die verschiedenen Diskussionspunkte in den Kapiteln 7 und 8.

5.4.1.3 Transkription

Die nachfolgende Transkription führte die Forscherin bei zehn Interviews selber durch, denn sie versteht Transkribieren nicht nur als theorieneutralen Prozess, sondern bei der Niederschrift entsteht auch ein gedanklich kreativer Prozess, der für die Analyse sehr hilfreich ist. Deshalb hörte sie auch die restlichen 30 in Auftrag gegebenen Transkriptionen punktuell durch, um sowohl die Transkriptionsqualität abzusichern, als auch weitere analytische Gedanken zu generieren, die durch das Abhören entstehen. Dieses Verfahren war zwar äusserst zeitintensiv, zahlte sich jedoch zeitlich bei der rasch voranschreitenden Analyse, bzw. beim Kodieren wieder aus, weil die Vertrautheit mit dem Text durch die vorangegangenen Schritte erhöht werden konnte.

Für den Präzisionsgrad der Transkription wurde entschieden, dass aufgrund der gewählten Forschungsstrategie und Analysemethode keine parasprachlichen Details wie 'hm', 'äh' und ähnliches dokumentiert werden. Dies wäre beispielsweise in einem psychoanalytisch oder phänomenologisch orientierten Analyseverfahren angemessen (Kowal & O'Connell 2000). Transkribiert wurden deshalb

¹⁵⁸ Protokollraster siehe Anhang L

lediglich Sprachpausen von 5 Sekunden, und ebenso wurde nichtsprachliches Verhalten wie Weinen oder Lachen festgehalten¹⁵⁹. Helvetismen wurden in den Transkripten weitgehend belassen.

Da die Wiedergabequalität nicht in allen Interviews optimal ist, denn die Gespräche wurden im natürlichen Umfeld der Teilnehmenden durchgeführt, kam es in drei Gesprächen zu Beeinträchtigungen der Wiedergabequalität. In einem Interview weinte eine Teilnehmerin mehrmals während des Gesprächs. In einem anderen musste der Teilnehmer den Raum wegen medikamentös bedingter Übelkeit mehrmals verlassen, was zu einem erschwerten Wiedereinstieg ins Gespräch führte. Und in einem dritten Interview sprach die Teilnehmerin sehr leise, weil sie sich für ihr schlechtes Englisch schämte. Trotz diesen erschwerenden Umständen konnte noch während den drei Interviews durch Nachfragen der Informationsgehalt für die Transkription hinreichend dokumentiert werden.

Aus Datenschutzgründen wurden die Transkriptionen anonymisiert. Allerdings bringt dies manchmal Nachteile für den Lesefluss der Transkripte mit sich, denn nicht nur Namen, sondern auch Orte und andere Charakteristika, die einen Rückschluss auf die befragten Personen ermöglichen können, wurden verändert. Um dennoch die realen Details und Zusammenhänge bei 40 Interviews in der Analyse präsent zu halten, wurden vor der Kodierung der Interviews nochmals die Interviewprotokolle durchgelesen.

5.4.2 Methodik der Datenanalyse und -interpretation

Die Datenanalyse und damit das Verfahren zur Bildung von theoretischen Konzepten ist ein zentraler Schritt in jedem theoriegenerierenden Forschungsprojekt. In der qualitativen Forschung herrscht dazu ein gewisser Stoizismus zwischen rivalisierenden Ansätzen. Die Konklusion daraus scheint einfach:

"Ein Monopol auf irgendeine Zaubermethode besitzt in der Forschung letztlich niemand." (Métraux 2000, S. 651).

Diese prägnante Aussage ist gleichsam ein Aufruf, die selber gewählte methodische Strategie plausibel darzulegen. In diesem Abschnitt wird deshalb zunächst die Frage des theoretischen Vorverständnisses und den einer Datenanalyse vorausgehenden Annahmen geklärt, danach die Grundlagen der Methodenwahl erläutert und schliesslich die vorgenommene Kodierung beschrieben.

¹⁵⁹ Zu unterscheiden ist die Deskription, bei der Gesprächsverhalten dokumentiert wird, z. B. längeres Einatmen. Dieses würde mit "hhhhh" transkribiert, jedoch in der Deskription als "EINATMEN" niedergeschrieben (Kowal & O'Connell 2000).

5.4.2.1 Bedeutung von Vor-Verständnis

In diesem Forschungsprojekt standen die Perspektiven von drei vorab ausgewählten Gruppen im Zentrum des Interessens. Das heisst, dass bereits Vorannahmen getroffen wurden, um diese drei Sichtweisen zu erheben und darzustellen¹⁶⁰. Vorannahmen über theoretisches Wissen zum Forschungsinhalt werden in der qualitativen Forschung kontrovers diskutiert. Einerseits sollen neue Erkenntnisse aus dem Datenmaterial möglichst wenig mit theoretischen Konzepten der Forschenden überlagert werden. Diese offene Herangehensweise ist insbesondere in der von Glaser und Strauss entwickelten Methode der Grounded Theory eine zentrale Prämisse (Glaser & Strauss 1967). Andererseits ist es nicht möglich, als Forscherin ohne Vor-Verständnis die Interviews oder die Analyse durchzuführen,

"... denn der Forschungsprozess beginnt nicht bei der Tabula Rasa" (Flick 2002b, S. 73).

Forschende sind immer auch als Subjekte von ihrer eigenen Denkwelt geprägt, vor allem auch durch die oft jahrelange Beschäftigung mit einem bestimmten Themenkreis. Dieses Wissen lässt sich nicht wie eine zweite Haut ablegen. Jedoch gilt es, dieses theoretische Vor-Verständnis als vorläufig zu betrachten und aufgrund der gewonnenen Ergebnisse zu überdenken und zu reformulieren. Dazu wiederum ist das Vorwissen unabdingbar. Jedoch braucht es den Zwischenschritt, in dem Vorwissen gewissermassen überwunden wird, so dass neue Erkenntnisse zutage treten können. Die so gestaltete Analyse bewegt sich demnach im Spannungsfeld zwischen deduktiver, d. h. theoriegeleiteter und induktiver, d. h. theoriegenerierender Vorgehensweise.

Dieses Spannungsfeld zeigt sich auch in diesem Dissertationsprojekt. Zwar leitete sich die Auswahl der drei Gruppen aus dem im Kapitel 3 graphisch dargestellten konzeptionellen Rahmen ab. Aus der Public Health Perspektive ist vor allem die Sichtweise der HIV-MediatorInnen interessant. Und für das Erkenntnisinteresse zur Gesundheitsversorgung der Migrationsbevölkerung soll die Meinung der HIV-infizierten Sub-Sahara MigrantInnen eingeholt werden. Nach dieser theoretisch hergeleiteten Gruppenauswahl wurde jedoch die Datenanalyse durch eine sehr offene Fragestellung an das Datenmaterial durchgeführt, damit die zentralen Kategorien aus den Daten der befragten Personen hergeleitet werden konnten.

5.4.2.1 Perspektiventriangulation verschiedener Gruppen

Im Kontext von HIV/Aids und Sub-Sahara Migration wird die Darstellung verschiedener Personen und Gruppen aus den Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften besonders empfohlen, um den

¹⁶⁰ Dieser Entscheid zu vorab ausgewählten Gruppen widerspricht dem klassischen Vorgehen des *"theoretischen Samplings"* (Strauss 1994, S. 43) bei dem aufgrund von Analyseerkenntnissen weitere Ereignisse oder Personen gesucht werden, um zu vergleichenden oder kontrastierenden Schlüssen zu kommen.

Lebenskontext von einzelnen Teilnehmenden und deren Bezugsnetz zu erkennen und die Entscheidungswege für bestimmte Denk- und Handlungsweisen besser verstehen zu können (Kesby, Fenton et al. 2003). Aus methodischer Sicht ermöglicht die Wahl verschiedener zu vergleichender Gruppen

"... die soziale Verteilung von Perspektiven auf ein Phänomen oder einen Prozess. Es wird die Annahme zugrunde gelegt, dass in unterschiedlichen sozialen Welten, bzw. sozialen Gruppen differierende Sichtweisen anzutreffen sind" (Flick 2002b, S. 271).

In einem ersten Schritt werden bei diesem von Strauss abgeleiteten vergleichenden Verfahren der thematischen Kodierung alle einzelnen "Fälle", d. h. die erzählten Texte der Studienteilnehmenden analysiert und in Kurzbeschreibungen dargestellt. Dies ergibt ein erstes Gesamtbild, in dem Denk- und Handlungsmuster abgebildet werden. Dieses wird in einem zweiten Schritt für die weitere Analyse und Interpretation genutzt und dient vor allem der Generierung einer thematischen Struktur für den Fall- und Gruppenvergleich. Anhand der vertiefenden Analyse werden die zentralen Kategorien überprüft.

Während dieser methodischen Schritte im Dissertationsprojekt hat sich rasch gezeigt, dass die Perspektiven zur HIV-Prävention und HIV/Aids-Versorgung der drei Gruppen keinesfalls scharf voneinander getrennt sind, sondern dass es erhebliche Überlappungstendenzen gibt. Diese Erkenntnis wird im zweiten Kapitel der Datenpräsentation deutlich (siehe Kapitel 6.2), wo aus den drei vorab ausgewählten Interviewgruppen, bzw. den 40 Teilnehmenden acht Gruppentypen herausgearbeitet wurden. Die Interpretation der Daten zeigte demnach neue Mehrdeutigkeiten und das Mischen von vorgängig Getrenntem (Bude 2000).

5.4.2.2 Vorgehen bei der Textanalyse

Die Kodierung ist ein zentraler Schritt zur Kondensierung der in Transkriptform vorliegenden Rohdaten. Dabei wird Kodieren verstanden als die Vergabe von Wörtern, die für eine Gruppe von ähnlichen Ideen oder Phänomenen von der Forscherin vergeben werden (Schensul & LeCompte 1999). Ziel ist es, den Text aufzubrechen und die verbalen Daten zu erschliessen. Leitend für das Kodieren sind dabei einerseits der konzeptuelle Rahmen des Forschungsprojektes, der auch als top-down Vorgehen verstanden wird. Dieser Rahmen bildet sozusagen den roten Faden, der einen durch die Kodierung leitet:

„You may never have the time to condense and order, much less to analyze and write up, unless you have a few years ahead of you. That's why we think conceptual frameworks and research questions are the best defense against overload.“ (Miles & Huberman 1994, S. 55)

Andererseits spielt das Sich-Einlassen auf die einzelnen Textdokumente, z. B. im Rahmen einer line-by-line Analyse eine grosse Rolle und bildet damit die induktive Strategie. Dieser Prozess entsteht auch durch die kontinuierliche Beschäftigung mit den Daten während den Phasen der Protokollierung, der Transkription und dann am intensivsten in der Kodierung:

„Although seemingly mysterious, the emergence of patterns actually occurs because the researcher is engaged in a systematic inductive thought process that clumps together individual items at a specific level into more abstract statements about the general characteristics of those items as a group.“ (Schensul & LeCompte 1999, S. 68)

Im Wesentlichen geht es bei dieser Vorgehensweise also darum, nach Stellen zu suchen, die einem beim Lesen "zum Stutzen" bringen, und die man für spätere Analyseschritte hervorheben möchte und dazu mit einem Wort kennzeichnet. Auch wenn dieses Forschungsprojekt nicht primär der Methode der Grounded Theory folgte, so waren doch die dazu entwickelten Analysetechniken hilfreich und relevant. Dazu gehört zum einen die sogenannte "theoretical sensitivity" (Strauss & Corbin 1990, S. 42). Sie bezeichnet eine Qualität von Forschenden, in dem die Daten nicht losgelöst von wissenschaftlichen, beruflichen oder persönlichen Erfahrungen analysiert und interpretiert werden, sondern in ein zirkuläres Denken integriert werden, in das die theoretischen Wissens- und Erfahrungsquellen einfließen. Zudem dient das von Strauss vorgeschlagene "Kodierparadigma" dazu, die Relevanz von Textstellen nach bestimmten Kriterien heraus zu arbeiten (Strauss 1994, S. 56)¹⁶¹. Aufgrund ihrer langjährigen Studienerfahrungen bei Anselm Strauss nennt Kesselring¹⁶² eine Reihe von weiteren Techniken, die sich zu dieser Erkundung eines Textes eignen. Diese Techniken sind in der folgenden Tabelle mit Beispielen aus diesem Dissertationsprojekt erläutert.

Analysetechnik	Beispiele aus dem Dissertationsprojekt
Fragen an den Text stellen	Wann ist eine geeignete Tageszeit, um HIV-Prävention im Rotlichtmilieu zu betreiben? Am Ende eines Interviewtranskriptes eignet sich die folgende Frage besonders gut: Was ist die Geschichte dieser Person/dieses Interviews?
Analyse eines bedeutsamen einzelnen Wortes und / oder	Begriff "visible" oder "sichtbar": - Welche Bedeutung haben sichtbare körperliche Zeichen für

¹⁶¹ Zum Kodierparadigma gehören die folgenden vier Kategorien: Bedingungen, Interaktion zwischen den Akteuren, Strategien und Taktiken sowie Konsequenzen. Damit soll ein strukturierter Denkprozess zur Kodierung angeregt werden.

¹⁶² Diese Techniken wurden "live" mit Prof. A. Kesselring und mit dem Datenmaterial der Teilnehmenden eines Workshops praktiziert. Dieser wurde am 12. Februar 2006 im Rahmen des Peer Mentoring Projektes "Zwischen Medizin und Kultur" an der Universität Basel organisiert.

Satzes sowie diesbezügliche Memos verfassen ¹⁶³	den einzelnen Menschen, für die Gesellschaft, für die klinischen Fachleute, für die Wohnnachbarn? - Ist sichtbar am Fernsehen dasselbe wie "mit-den-eigenen-Augen-sehen"? Bzw. was heisst es, Aids am Fernsehen zu sehen und Aids bei anderen afrikanischen Menschen zu sehen? - Schwarze Menschen sind in der Schweiz immer besonders sichtbar, bzw. sie fallen äusserlich aufgrund ihrer wenn auch steigenden, aber immer noch sehr kleinen Anzahl auf. Entsteht dadurch eine besondere Affinität für Sichtbarkeit?
Dimensionalisieren ("far-out dimensions")	Offizielle, semi-offizielle, nicht-offizielle, keine HIV-MediatorInnen
Kontrastierung durch die sogenannte "flip-flop Technik"	Gibt es für die HIV-infizierten Teilnehmenden neben dem Belastenden / Mühsamen auch Erfreuliches / Tröstendes / Entlastendes?
Rote Flagge hissen bei besonders prägnanten Aussagen	Präventionsbotschaft durch Abschreckung: <i>"Und stell dir vor, du bist gekommen, um in der Schweiz zu leben. Und plötzlich bist du krank, weil du einfach nicht aufgepasst hast. Also du bist in die Schweiz gekommen im Flugzeug, lebendig – und du gehst zurück im Sarg. Die Karten sind auf dem Tisch, jetzt kannst du auswählen, was du nehmen willst."</i>

Tabelle 4: Analysetechniken in der Grounded Theory zur Erschliessung qualitativer Daten - Konkrete Beispiele

So wie es keine Tabula Rasa zu Beginn einer qualitativen Forschung gibt, so führt während den weiteren Analyseschritten auch keine Via Regia zum Ziel. Insbesondere das zirkuläre Vorgehen, bzw. das Hin- und Herdenken zwischen Vorannahmen, theoretischen Kenntnissen und dem Datenmaterial führt nicht zu linearen Schlussfolgerungen, wie dies aus der quantitativen, bzw. hypothesen-testenden Analysen bekannt ist, sondern zu zunehmend verdichteten Kategorien. Kvale (1996, S. 192 ff.) nennt dazu fünf verschiedene Zugänge, die in der Datenanalyse dieser Studie genutzt wurden:

Analysestrategie	Erläuterung
1. Condensation	Die Sichtweise der Studienteilnehmenden wird detailliert und differenziert zum Vorschein gebracht. Das bedingt eine Kodierstrategie, die sehr nahe am Datenmaterial liegt und dadurch die Tiefe der Daten, bzw. der Bedeutungszuschreibung sichtbar werden lässt.

¹⁶³ Als "Memo" bezeichnet Strauss analytische Überlegungen, die der Dokumentation verschiedener Gedanken dienen, z.B. verfahrenstechnische Fragen, Erinnerungsnotizen, Geistesblitze, unsortierte Analysegedanken oder auch Skizzen und Grafiken über Kodier-Zusammenhänge (Strauss 1994).

2. Categorization	Kategorien dienen dazu, Muster in den Daten sichtbar zu machen. Dabei werden Hauptdimensionen und Sub-Kategorien aufgezeigt. Durch diese Strategie können Vergleiche erstellt werden, die zudem auch rechnerisch verwendet werden können (Hypothesentestung, inter-rater Reliabilität). Dieses Analyseverfahren ist vor allem bei grossen Datenmengen, d. h. bei gegen 1000 Seiten Transkripten hilfreich.
3. Structuring through narratives	Bei dieser Analysestrategie werden sozusagen die Geschichten aus den Interviews fortgeschrieben, allerdings kondensierter und damit intensiver als im oft weit ausladenden Rohmaterial. Geschichten dienen dazu, Beziehungen zwischen Personen, aber auch zu Zeit und Raum aufzuzeigen. Eine Geschichte hat zudem einen Kernpunkt, der frei gelegt wird.
4. Interpretation	Datenanalyse und -interpretation kann zwar durchaus gleichzeitig geschehen. Allerdings wird Interpretation hier so verstanden, dass ein gewisser Abstand zum Datenmaterial, bzw. zum beschriebenen Kontext erforderlich ist. Dabei ist die Perspektive des gesamten Forschungsprojektes leitend.
5. Ad hoc meaning generation	Schliesslich gibt es die Möglichkeit, innerhalb eines Forschungsprojektes unterschiedliche Strategien anzuwenden. Dabei können sich narrative Sequenzen ablösen mit grafischen Darstellungen, kategorisierten Tabellen etc. Miles und Huberman (Miles & Huberman 1994) geben eine ausführliche Anleitung zur Bandbreite von eher deskriptiv bis zu eher erklärenden, bzw. konkreten und bis hin zu eher abstrakten Analyse- und Darstellungsformen.

Tabelle 5: Analysestrategien und Erläuterungen (Kvale 1996)

Wie im Kapitel 6 ersichtlich ist, wurden für die verschiedenen Abschnitte zwar unterschiedliche Analyse- und Präsentationsformen gewählt. Die erzählende Form dient im Kapitel 6.1.2 dazu, den Teilnehmenden ein Gesicht zu geben, indem ihre Lebenssituationen skizziert und ihre Denk- und Handlungsmuster dargelegt werden. Im Paper 6 (siehe Kapitel 6.2) wird eine Kategorisierungsstrategie angewendet, um die aufsuchende Arbeit von HIV-MediatorInnen und daraus erwachsenden Konsequenzen darzulegen. Das nachfolgende Paper 7 (siehe Kapitel 6.3) folgt eher einer Kondensation, indem aufgezeigt wird, wie sich die Anamnese-situation inhaltlich aufgrund von Aussagen der Teilnehmenden gestalten lässt.

5.4.2.3 Kontrolle der Datenanalyse

Die Kontrolle über die beschriebenen Analyseschritte kann durch zwei Strategien erfolgen (Kvale 1996):

- a) durch gemeinsames Kodieren, bzw. regelmässige Analysetreffen und
- b) durch die detaillierte Darstellung des Analyseprozesses.

Für dieses Dissertationsprojekt war vornehmlich die Strategie b) relevant. Dadurch, dass die Forscherin während der Dauer der Dissertation beruflich nicht in ein Forschungssetting eingebunden war, entstand die Analyse zu weiten Teilen in Einzelarbeit, und eine zweite Sicht auf die Daten ergab sich kaum, bzw. lediglich nach dem validierenden Fokusgruppengespräch mit einer befreundeten Pflegewissenschaftlerin¹⁶⁴. Solche Gespräche können bestätigend oder divergierend sein. In beiden Fällen jedoch ist der Diskurs eine wichtige Strategie zur Reflexion der Datenanalyse. Aus diesen genannten Gründen und der oben genannten Strategie b) sind deshalb die verschiedenen methodischen Schritte von der Rekrutierung bis zur Analyse in dieser Dissertationsschrift detailliert nachgezeichnet. Dennoch wurde bewusst und gezielt der inhaltliche und methodische Austausch während den vergangenen drei Jahren mit PraktikerInnen und Forschenden gesucht, um dadurch die kontinuierliche Diskussion über den Forschungsprozess aufrecht zu erhalten und vielfältige Perspektiven auf das Datenmaterial zu ermöglichen. Dies geschah zum einen durch Seminare bei PD Dr. B. Obrist und Prof. Dr. M. Weiss, in denen während drei Semestern Vorgehensweisen aus verschiedenen Dissertationsprojekten kritisch diskutiert und gewürdigt wurden. Zudem war die Forscherin während der gesamten Laufzeit des AFRIMEDIA Projektes (2002 – 2006) in die Begleitgruppe eingebunden und hatte dadurch – ähnlich einem Aktionsforschungsprojekt – die Gelegenheit sowohl Erkenntnisse aus der Forschungstätigkeit ins Projekt einzubringen und andererseits Kommentare aufzunehmen und für die Analyse weiter aufzubereiten. Auch im Rahmen dieser Tätigkeit wurden zweimal Informationen zum aktuellen Stand der Arbeiten präsentiert und diskutiert. Ferner war die Mitarbeit in der BAG-Arbeitsgruppe "Migration und Aids", die im Rahmen des Nationalen HIV/Aids Programmes 2004 – 2008 einen Aktionsplan erstellt hat, ein geeignetes Diskussionsgremium. Schliesslich ist die Peer Mentoring Gruppe "Zwischen Medizin und Kultur" an der Universität Basel zu erwähnen, in der während der gesamten Laufzeit des Dissertationsprojektes ein wichtiges Diskussionforum zur Verfügung stand¹⁶⁵.

5.4.2.4 Kommunikative Validierung

Nach den ersten Analyseschritten wurden ein Jahr nach den ersten Interviews die vorläufigen Datenergebnisse mit drei HIV-MediatorInnen aus zwei verschiedenen MediatorInnen-Projekten diskutiert, und im Rahmen einer kommunikativen Validierung der Datenanalyse durchgeführt (Kvale 1995). Dieses Gespräch orientierte sich an Kernsätzen, die ein breites thematisches Feld zwischen

¹⁶⁴ Informationsblatt für das Fokusgruppengespräch siehe Anhang J, Leitsätze zur Diskussion im Fokusgruppengespräch siehe Anhang K

¹⁶⁵ Die Forscherin leitete von Januar 2005 bis Juni 2006 gemeinsam mit Claudia Sauerborn (Schweizerisches Tropeninstitut, Basel) diese Gruppe. Aufgrund der erfolgreichen Tätigkeit und Entwicklung hat das Projekt für eine weitere Phase von Juli 2006 bis Dezember 2007 den Zuschlag erhalten und kann so das Ziel der akademischen Karriereentwicklung von Frauen vorantreiben.

Gesundheitsförderung und erfolgreichem Coping im Leben mit dem Virus abdecken¹⁶⁶. Durch diese Sätze ergab sich eine vertiefte, zweistündige Diskussion zwischen den Teilnehmenden und auch mit der Forscherin, die durch ihre Mitarbeit in der Begleitgruppe des AFRIMEDIA mit der geleisteten Präventionsarbeit vertraut war. Ziel dieses Gesprächs war es einerseits zu erfahren, ob die MediatorInnen in den heraus gearbeiteten Kernsätzen ihre Arbeitsweise wieder erkennen. In diesem Sinn ist das Gespräch auch als Audit zur Qualitätssicherung im Umgang mit qualitativen Daten zu verstehen, wie es von Steinke (1999) vorgeschlagen wird (siehe auch Kapitel 5.1.2.2).

Dieses Validierungsgespräch wurde ebenfalls auf einen Tonträger aufgezeichnet und zusätzlich von einer Pflegewissenschaftlerin detailliert protokolliert, damit bei Sprachüberschneidungen und allfälligen sprachlichen Unklarheiten in der Aufnahme auf die Mitschrift zurückgegriffen werden konnte. Zudem diente das Evaluationsgespräch mit dieser Fachkollegin nach der Validierung dazu, die Analyse weiter zu reflektieren.

5.5 Grenzen des methodischen Vorgehens

Obwohl für diese Forschungsprojekt die Perspektiventriangulation mit drei unterschiedlichen Gruppen von Sub-Sahara MigrantInnen gewährleistet werden konnte, so bleibt die die Perspektive der AkteurInnen im Versorgungssystem unbeleuchtet, insbesondere von Gesundheitsfachleuten an HIV-Sprechstunden, bzw. Medizinischen Polikliniken, wo die meisten HIV-positiven Sub-Sahara MigrantInnen medizinisch betreut werden. Methodisch wurde jedoch bewusst auf die Befragung dieser Gruppe verzichtet, weil dadurch der gemeinsame Nenner der Migration aus afrikanischen Ländern nicht möglich gewesen wäre. Dies war jedoch der Kernpunkt des gesamten Forschungsvorhabens, bzw. zu dieser Bevölkerungsgruppe sollte laut konzeptionellem Rahmen (siehe Kapitel 3) eine Wissenslücke geschlossen werden. Im Kapitel 8.2 wird jedoch aufgrund der Datenanalyse aufgezeigt, dass zur Gruppe der Gesundheitsfachleute durchaus Forschungsbedarf besteht, z.B. wie sie die Betreuung und Behandlung HIV-infizierter und nicht-infizierter Sub-Sahara MigrantInnen erleben und welche Strategien mittel- und langfristig für das Krankheitsmanagement zu entwickeln wären.

Bezüglich der Partizipation von Teilnehmenden kann bemängelt werden, dass die Datenerhebung lediglich in den drei Sprachen Deutsch, Englisch und Französisch durchgeführt wurde, jedoch nicht in afrikanischen Sprache, wie beispielsweise Kiswahili oder Somalisch. Sicherlich hätte dieses Sprachangebot weiteren Kreisen die Möglichkeit zur Teilnahme und zum Erzählen ihrer Geschichten animiert. Allerdings gehören Englisch und Französisch heute zur lingua franca in zahlreichen afri-

¹⁶⁶ Siehe dazu Anhang K

kanischen Ländern, so dass trotz sprachlicher Begrenzung das Interesse an der Teilnahme rasch und ohne erhebliche sprachliche Schwierigkeiten geweckt werden konnte (siehe Kapitel 5.2 und 5.3). Zudem wäre die Auswahl der afrikanischen Sprachen für die Datenerhebung äusserst schwierig gewesen, denn Sub-Sahara MigrantInnen sind ausserordentlich vielsprachig, wie die Tabelle 7 zeigt.

Ferner ist in der Tabelle 6 ersichtlich, dass die Meinung verschiedener spezifischer Personengruppen nicht in die Studie eingeflossen ist. Dazu gehören Personen unter 18 Jahren, deren Eltern für die informierte Einwilligung hätten gefragt werden müssen. Daher bleibt die Meinung von afrikanischen Jugendlichen in der Schweiz unbekannt. Zudem hat sich auch kein Gespräch mit Personen ergeben, die in zweiter Generation in der Schweiz leben oder erwachsenen Kindern von binationalen Eltern. Ebenso konnte trotz verschiedener Rekrutierungskanäle keine Person ohne gültige Aufenthaltsbewilligung (sogenannte "sans papiers") befragt werden. Für diese Gruppe, die Kontakte zu ihnen nicht vertrauten Personen genau abwägen muss, dürfte ein Gespräch zu einem überdies mit Isolations- und Diskriminierungspotenzial behafteten Thema eine besonders hohe Hürde darstellen.

Schliesslich kann als Schwäche bezeichnet werden, dass dieses Forschungsvorhaben zwar nahe am AFRIMEDIA Projekt angesiedelt, jedoch von Projektsteuerungsseite keine explizite Begleit- oder Evaluationsforschung vorgesehen war. Das hatte für dieses Dissertationsprojekt zur Folge, dass die erhobenen Daten einen Querschnitt und keinen Prozess wiedergeben. Das für die Begleitforschung zentrale Monitoring und die Evaluation des Projektverlaufs sowie Rückmeldungen von Ideen und Entwicklungsmöglichkeiten an die Projektleitung (exemplarisch Stockmann 2000) erfolgte daher nur punktuell und auf spezifische Initiative der Forscherin und der Projektleitung. Ebenso kam das für die Aktionsforschung typische spiralförmige Vorgehen, bei dem die Problemidentifikation aus der Praxis hervorgeht und das Problem mit kontinuierlicher Wechselwirkung zwischen Forschung und Praxis zu lösen versucht wird, nur ansatzweise zum Tragen (Hart & Bond 1995). Dass Aktionsforschung derzeit in der britischen HIV-Präventionslandschaft geradezu "en vogue" ist und eindruckliche Ergebnisse hervorbringt, wurde in der Literaturanalyse im Kapitel 4 bereits aufgezeigt.

6 PRÄSENTATION DER ERGEBNISSE

Ein zentrales Ziel dieses Forschungsprojektes ist, die Perspektive der Sub-Sahara MigrantInnen zu Fragen rund um die HIV-Primärprävention und HIV/Aids-Versorgung einzufangen und sichtbar zu machen. Um dieses Ziel zu erreichen, werden zunächst die 40 teilnehmenden Personen in Kurzportraits präsentiert. Analog zu den beiden Diskussionssträngen der HIV-Primärprävention und der HIV/Aids-Versorgung wird in einem ersten Paper das Engagement der befragten Personen, insbesondere der MediatorInnen fokussiert. Dabei werden aufsuchende Strategien für den Zugang zu den afrikanischen Gemeinschaften in der Schweiz sichtbar, und wie die MediatorInnen die Präventionsbotschaften an ihre Zielgruppen heran tragen. In einem weiteren Paper zur Frage der Aids-Versorgung steht die spezifische Thematik der transkulturellen Gesundheits- und Krankheitsanamnese von HIV-infizierten Sub-Sahara MigrantInnen im Zentrum, und welche Fragen klinische Fachpersonen zur Einschätzung der Denk- und Handlungsweisen dieser PatientInnen aufgreifen können. In einem weiteren Paper wird untersucht, welche Diskurse zu HIV/Aids bei den Studienteilnehmenden geführt werden, und welche Bedeutung diese für die deklarierte Lernstrategie in der Schweiz haben. In einem letzten kurzen Diskussionspapier wird die brisante Frage des obligatorischen HIV-Tests anhand eines Beispiels einer Teilnehmerin reflektiert. Damit war intendiert, den Pflegefachpersonen, die selber oft HIV-Tests durchführen, das Primat der Prävention vor dem Zwangstest näher zu bringen.

6.1 Sozio-demographische Hintergründe und Kurzportraits der Studienteilnehmenden

6.2 HIV-Prävention für Sub-Sahara Migranten in der Schweiz – Wie erreichen MediatorInnen ihre Zielgruppen? Ergebnisse einer explorativen Studie (Paper 6)

6.3 Cross-cultural assessment of HIV-infected Sub-Saharan migrants (Paper 7)

6.4 Sub-Saharan migrants in Switzerland: The need for a "solidarity revival" (Paper 8)

6.5 Prävention statt Zwangstest am Beispiel einer HIV-infizierten Sub-Sahara Migrantin (Paper 9)

6.1 Sozio-demographische Hintergründe und Kurzportraits der Studienteilnehmenden

6.1.1 Sozio-demographischer Überblick

Die folgende Tabelle zeigt die vielfältigen sozio-demographischen Hintergründe der 40 Teilnehmenden auf¹⁶⁷. Aus Datenschutzgründen wurden zwei separate Tabellen erstellt, damit Alter, Geschlecht oder Zivilstand nicht mit Herkunftsland, Beruf oder Sprache in Verbindung gebracht werden können.

Code	Geschlecht	Alter	Zivilstand	Kinder	Religion	Aufenthaltsstatus	Dauer in CH bis 2004	Interviewgruppe
1 A	W	32	Ledig	-	Christentum	Touristin	2 Monate	SSM ³⁾
2 B	M	39	Ledig	-	Christentum	C	12 Jahre	SSM
3 C	M	31	Ledig	-	Christentum	Asyl	2 ½ Jahre	Mediator
4 D	W	45	Ledig	-	Keine	Touristin	6 Monate	SSM
5 E	W	44	Ledig	2	Christentum	C	9 Jahre	Mediatorin
6 F	W	k. A.	Verh. ¹⁾	-	Christentum	C	15 Jahre	Mediatorin
7 G	M	20	Ledig	-	Islam	Asyl	2 Jahre	SSM
8 H	M	26	Ledig	-	Christentum	Asyl	2 Jahre	SSM
9 I	W	35	Verh.	2	Christentum	C	12 Jahre	Mediatorin
10 J	W	38	Ledig	2 in Afrika	Christentum	Asyl	1 ½ Jahre	SSM
11 K	M	40	Verh.	-	Christentum	B	2 Jahre	SSM
12 L	W	36	Ledig	1 in Afrika	Christentum	Asyl	2 ½ Jahre	+SSM ⁴⁾
13 M	M (+ W)	28/26	Verh.	-	Islam	B	5 Jahre	SSM / CH
14 N	W	31	Ledig	-	Christentum	Asyl	8 Monate	SSM
15 O	M	58	Verh.	3 in Afrika 2 in CH	Christentum	C	25 Jahre	+SSM
16 P	W	49	Verh.	2	Christentum	Schweizerin	15 Jahre	SSM
17 Q	W	40	Ledig	-	Keine	Asyl	5 Jahre	+SSM
18 R	W	42	Ledig	-	Christentum	B	3 Jahre	SSM
19 S	M	48	Verh.	1	Islam	C	6 Jahre	SSM
20 T	M	24	Ledig	-	Islam	Asyl	4 Jahre	SSM
21 U	M	33	Ledig	-	Christentum	Asyl	7 Monate	SSM
22 V	W	43	Gesch. ²⁾	2	Islam	Schweizerin	22 Jahre	Mediatorin
23 W	W	40	Verh.	2	Christentum	Schweizerin	22 Jahre	Mediatorin
24 X	M	54	Verh.	2 in Afrika	Christentum	Schweizer	15 Jahre	SSM

¹⁶⁷ Raster zur Erhebung der sozio-demographischen und biographischen Daten der drei Interviewgruppen siehe Anhänge N, O und P

Code	Geschlecht	Alter	Zivilstand	Kinder	Religion	Aufenthaltsstatus	Dauer in CH bis 2004	Interviewgruppe
25 Y	M	39	Verh.	-	Christentum	B	3 Jahre	+SSM
26 Z	W (+ M)	37	Verh.	2	Christentum	Schweizerin	6 Jahre	+SSM
27 Aa	W	39	Verh.	3	Christentum	Schweizerin	7 Jahre	+SSM
28 Bb	W	58	Verh.	3	Christentum	Schweizerin	10 Jahre	+SSM
29 Cc	W	37	Getrennt	1 in Afrika	Christentum	Schweizerin	8 Jahre	+SSM
30D	W	35	Ledig	-	Christentum	Asyl	6 Monate	+SSM
31Ee	W	39	Verh.	3	Islam	B	15 Jahre	Mediatorin
32Ff	M	30	Verh.	1	Islam	B	7 Jahre	SSM
33Gg	W	34	Verh.	-	Christentum	B	10 Jahre	SSM
34Hh	M	38	Verwitwet	2 in Afrika	Christentum	Tourist	2 Monate	SSM
35Ii	W	47	Verh.	4	Christentum	B	5 Jahre	Mediatorin
36 Jj	M	26	Ledig	-	Islam	B	2 ½ Jahre	SSM
37 Kk	M	39	Verh.	1	Islam	B	2 Jahre	Mediator
38 Ll	W	44	Verh.	1	Christentum	C	13 Jahre	Mediatorin
39 Mm	M	33	Ledig	-	Keine	B	4 Jahre	Mediator
40 Nn	M	42	Gesch.	2	Islam	C	10 Jahre	SSM
Total	Frauen: 22 Männer: 18	Mean: 38 Jahre Range: 20 – 58 Jahre	Verh. 19, ledig 17, verschiedenes 4	In Afrika: 11 von 6 TN In CH: 33 von 15 TN	Christentum: 28 Islam: 9 Anderes: 3	SchweizerInnen: 8 Niedergelassene: 8 Jahresaufenthalt: 11 Asulsuchende: 10 TouristIn: 3	Mean: 7 Jahre Range: 2 Mte – 25 Jahre	MediatorInnen: 10 gesunde SSM: 20 HIV-infizierte SSM: 10

Tabelle 6: Sozio-demographische Angaben der Studienteilnehmenden

Erläuterungen:

1) Verh. = Verheiratet

2) Gesch. = Geschieden

3) SSM = Sub-Sahara Migrant/in

4) +SSM = HIV-positive/r Sub-Sahara Migrant/in

Herkunftsländer	Sprachkenntnisse	Berufe
Aethiopien, Angola, Benin, Burundi, Gambia, Ghana, Kamerun, Kenia, Kongo/Zentralafrikanische Republik, Liberia, Mali, Niger, Ruanda, Senegal, Simbabwe, Sudan, Tansania, Togo, Uganda	Amharish, Arabic, Bamara, Bamileke, Bassa, Betis, Deutsch, Douala, Englisch, Ewe, Ewondo, Französisch, Fula, Haoussa, Hararisch, Holländisch, Kajoko, Kikongo, Kikonyu, Kinyarwanda, Kirundi,	Buchhalterin (zurzeit 50 % IV, Coiffeuse, Arbeitssuche), Behindertenbetreuerin, Coiffeuse, Handwerker, Händler, Hausfrau, Journalistin, Schriftsteller/Geisteswissenschaftler, Student, Eigentümerin eines eigenen Detailhandelsgeschäftes, ehemalige Raumpflegerin eines Altersheims,

	Kiyombe, Kreol, Lingala, Lubakongo, Mandinga, Mina, Oromo, Peul, Portugiesisch, Rwandais, Sango, Shona, Songhoy, Spanisch, Swahili, Wolof	Sozialarbeiterin, Hilfskoch, Hilfspfleger, Couturier/ Ladeninhaber, Religionswissenschaftlerin, Physiotherapeutin, ehemaliger Angestellter einer Fluggesellschaft, Künstlerin, Pfarrer, Inhaberin Coiffeursalons, Schneiderin, Kauffrau, Sanitärarbeiter, Agronom, Pflegefachfrau
Herkunftsländer: 20	Sprachkenntnisse: 37	Handel / Gewerbe: 9 Dienstleistung: 7 Sozial- und Pflegeberufe: 6 Akademische Berufe / StudentIn: 5 Diverses: 4 Keine Angaben: 9

Tabelle 7: Details zu Nationalität, Sprachkenntnissen und Berufen der Studienteilnehmenden

Die Angaben in den beiden Tabellen 6 und 7 weisen darauf hin, dass an dieser Studie Männer und Frauen mit sehr vielfältigen geographischen, religiösen und beruflichen Hintergründen teilgenommen haben. Die Altersspanne sowie die unterschiedlichen Aufenthaltsstadien sind Ausdruck der verschiedenen in der Schweiz lebenden afrikanischen Migrationsgenerationen. Zudem zeigt die Anzahl der in Afrika lebenden Kinder der Teilnehmenden auf, dass bei sechs Personen interkontinentale familiäre Beziehungen zu nahen Verwandten bestehen. Diese Heterogenität bei den Teilnehmenden war intendiert, um der Vielfalt von afrikanischen Gemeinschaften in der Schweiz soweit als möglich Rechnung zu tragen (siehe Kapitel 4.1.2.2.2). Sie wurde auch durch methodische Strategien (siehe Kapitel 5) entsprechend gefördert.

6.1.2 Kurzportraits der Studienteilnehmenden

Ausgehend von der im Kapitel 3 aufgezeigten Wissenslücke zu Sub-Sahara MigrantInnen als Zielgruppe für Prävention und Versorgung werden nun die 40 teilnehmenden Personen portraitiert. Ziel dieser 40 Einzeldarstellungen ist es, einen Einblick in die vielfältigen Denk- und Handlungsweisen sowie in ihre Sorgen und Ressourcen rund um HIV/Aids zu gewähren. Die Abfolge der 40 Portraits orientiert sich an den drei vorab ausgewählten Gruppen:

Gruppe A: HIV-MediatorInnen,

Gruppe B: HIV-infizierte Personen

Gruppe C: Personen ohne vorab bekannten Bezug zu HIV/Aids

Dem einzelnen Kurzportrait ist jeweils eine Aussage vorangestellt, die die Situation besonders gut charakterisiert.

Gruppe A: HIV-MediatorInnen

Richard (3C)¹⁶⁸: "Ich komme vom selben Ufer."

Richard ist Asylbewerber, stammt aus einem französischsprachigen zentralafrikanischen Land und lebt wegen politischen Wirren in seinem Heimatland seit Herbst 2003 in der Schweiz. Er wurde durch die öffentliche Ausschreibung auf das MediatorInnenprojekt aufmerksam, bewarb sich und erhielt den Zuschlag unter anderem wegen seiner sehr guten Deutschkenntnisse, die er sich während seines Germanistikstudiums in Afrika aneignete. Durch die MediatorInnenarbeit handelte er sich in der Beziehung mit anderen Asylsuchenden auch Probleme ein, denn diesen war suspekt, dass er ohne Entgelt – eine finanzielle Entschädigung war ihm als Asylsuchender verwehrt – an einem durch staatliche Gelder finanzierten Projekt mitarbeitete. Richard erlangte durch sein gewinnendes Wesen und sein grosses Engagement als Mediator jedoch rasch eine tragende Funktion sowohl bei AsylbewerberInnen wie auch innerhalb seiner MediatorInnen-Gruppe. Bei Asylsuchenden, bzw. bei Präventionsveranstaltungen in Durchgangszentren konnte er sich zunehmend durchsetzen, weil er unermüdlich betonte, dass er noch immer vom „*selben Ufer*“ komme und damit ebenfalls täglich mit einem Ausweisungsentscheid rechnen müsse. Richard verwendet aufgrund seiner Affinität für Sprache(n) oft solche Metaphern. Er weist auch darauf hin, dass AfrikanerInnen nicht "*monolithisch*" seien, denn die einen sprechen auf Musiker an, die anderen auf Fussballspieler, die dritten auf Intellektuelle. So ist es ihm ein Anliegen, den Kontakt zu möglichst vielen VertreterInnen solcher Interessengruppen zu finden, damit diese Schlüsselpersonen ihrerseits das Interesse fürs Thema Aids bei Sub-Sahara MigrantInnen wecken können. Allerdings haben auch solche Schlüsselpersonen nur bedingt Einfluss auf die Prioritäten der AsylbewerberInnen, denn das grösste Anliegen während dem Asylprozess ist das Bleiberecht. Daher weist Richard im Gespräch mit diesen Asylsuchenden darauf hin, dass sie für diesen Wunsch ihre Gesundheit nicht aufs Spiel setzen sollten. Denn alle wissen, dass sie nach einem allfälligen Erhalt der Aufenthaltsbewilligung weitere, vor allem finanzielle Verpflichtungen für ihre Familien in Afrika haben. Und dazu müssen sie gesund sein.

Beatrice (5E): "Ich falle nie mit der Tür ins Haus."

Beatrice lebt seit 10 Jahren in der Schweiz und ist mit einem Schweizer liiert. Sie hat zwei Töchter im Teenager Alter. Ihr Engagement für Anliegen der afrikanischen Gemeinschaften im Allgemeinen und der HIV-Prävention im Speziellen ist ausserordentlich hoch. So trifft sie sich für Fragen der Gesundheitsförderung, beispielsweise Ernährung und Kochen, mit Frauenvereinen ihres

¹⁶⁸ Alle Namen sind fiktiv.

Heimatlandes. Zur HIV/Aids-Prävention ist sie als Mediatorin im Auftrag der lokalen Aidshilfe vor allem im Rotlichtmilieu unterwegs. Und sie gibt in den Bars immer auch genügend Broschüren ab, damit die Prostituierten auf ihren Reisen nach Afrika diese Materialien in ihren afrikanischen Destinationen verteilen können. Sie achtet bei ihrer Arbeit darauf, dass sie *"nie mit der Tür ins Haus fällt"*, um die Aufmerksamkeit zu erlangen. So greift sie immer zuerst Themen des Alltags auf, vor allem das Befinden der Familie und an der Arbeit. Sie hat sich durch diese respektvolle Arbeitsweise und durch ihre verschiedenen Tätigkeiten sowie auch – wie sie betont – durch ihre redliche Lebensweise einen sehr guten Ruf sowohl bei AfrikanerInnen als auch bei Schweizer Aids- und Afrikaorganisationen geschaffen. Dies ist für sie unerlässlich, um für Aidsfragen einen vertrauenswürdigen Ruf zu haben. Diese unermüdliche physische und geistige Präsenz bedeutet allerdings auch, dass sie kontinuierlich für weitere Aktivitäten aller Art kontaktiert wird – oft auch auf der Strasse, wo sie von verschiedenen Bekannten angesprochen wird. Diese Bekanntheit und das damit verbundene Engagement können zu Ermüdungserscheinungen führen. So kam sie beispielsweise ziemlich ausgepustet direkt vom Wocheneinkauf und damit verbundenem Verkehrsstau zum Interviewtermin. Aber auf das Angebot, das Gespräch erst nach einer Stunde Ausruhen zu beginnen, meinte sie:

"Zuerst die Arbeit, dann der Rest".

Suzanne (6F): "Ich mache kein cache-cache."

Suzanne stammt aus armen Verhältnissen in einem zentralafrikanischen Land. Heute ist sie Vollzeit tätig als Pflegefachfrau in einem Zentrumsspital. Nach einer Scheidung ist sie seit kurzem wieder verheiratet. Sie hat keine Kinder. Aufgrund ihres Interesses für die Aids-Thematik wurde ihr vor einigen Jahren eine 50% Stelle an der infektiologischen Abteilung ihres Spitals angeboten, damit sie die Brücke schlagen könne zwischen den Anliegen der Sub-Sahara PatientInnen und dem ausschliesslich europäischen Personal. Sie hätte diese Aufgabe gerne angenommen, aber eine Teilzeitstelle hätte ihr finanziell nicht gereicht. Sie ist auf ein höheres Einkommen angewiesen, um die finanzielle Unterstützung ihrer Familie in Afrika und einer durch sie gegründeten Hilfsorganisation aufrechterhalten zu können. Heute ist sie als Mediatorin tätig und würde diese Tätigkeit gerne ausweiten, vor allem im Rahmen eines Treffpunktes. Dort könnte intensiver HIV-Prävention betrieben werden als derzeit in der aufsuchenden Arbeit, bei der nur sehr kurze und wenig kontinuierliche Begegnungen möglich sind. Vor allem möchte sie auch einen Ort haben, wo sie sich selber etwas mehr geschützt fühlt als in den ständig wechselnden Örtlichkeiten der HIV-Prävention. Ihr Ehemann sei manchmal um ihre Sicherheit besorgt, wenn sie immer wieder im Rotlichtmilieu Prävention betreibt. Deshalb hat sie sich entschieden nur zu zweit mit einem Kollegen aus dem MediatorInnen-Team an Orten aufzutreten, wo sie sich unwohl fühlt. Dies kann durchaus geschehen, denn sie

betont, dass sie in den Präventionsgesprächen sowohl mit Männern als auch Frauen konkret über die Prävention rede, und dazu verwendet sie auch einen Holzpenis zur Kondomdemonstration, den sie in der MediatorInnen-Schulung erhalten hat:

"Ich mache kein cache-cache!"

Dabei geht es ihr insbesondere um das Sexverhalten und dabei um den Kondomgebrauch. Und Suzanne spricht Klartext, der jedoch in manchen Veranstaltungen als sehr direkt und für die Zielgruppen gewöhnungsbedürftig ist.

"Ich lege die Karten auf den Tisch, damit die Leute die guten und schlechten Karten selber wählen können."

Neben der MediatorInnen-Arbeit engagiert sich Suzanne für ein Spitalprojekt in ihrem Heimatland. Dazu gehört neben dem Sammeln von Hilfsmitteln auch die Organisation einer jährlichen Ferienreise für Bekannte in ihr Heimatland. Für sie selber sind diese Reisen jedoch keine Ferien, denn sie kümmert sich um zahlreiche Details in der Vorbereitung wie auch vor Ort, was sehr viel Zeitaufwand und oft auch Ärger wegen administrativen Dingen bedeutet.

Marie-Rose (91): "Zu mir kommen alle mit allem."

Marie-Rose lebt seit vielen Jahren in der Schweiz. Ihren ersten Ehemann hat sie verlassen, weil er keinerlei Verständnis hatte für ihre bereits langjährige Tätigkeit als HIV-Mediatorin vorwiegend mit Frauen im Sexgewerbe. Ihr jetziger Ehemann ist sehr verständnisvoll und auch unterstützend. Sie hat sich mittlerweile im Rotlichtmilieu einen verlässlichen Ruf geschaffen, sowohl als Informations-trägerin zu Aids, aber auch als Anlaufstelle für kostenlose Kondome, die sie in ihrem Coiffeursaloon oder bei ihren Besuchen in den Bordellen abgibt. Manchmal zeigt sie den Frauen auch den Gebrauch des Femidoms, wie sie es in der Mediatorinnen-Schulung gelernt hatte. Sie möchte damit den Frauen eine Methode zeigen, wie sie sich noch aktiver im Prostitutionsgewerbe schützen können.

Falls sie selber keine Kondome mehr vorrätig hat, bringt ihr dies manchmal auch Probleme ein, weil sie für den Nachschub verantwortlich gemacht wird. Um ihre Präsenz vor allem auch bei den immer wieder neu ankommenden Prostituierten zu zeigen, spaziert sie oft durch die Quartiere des Rotlichtmilieus, die unweit von ihrem Coiffeursaloon liegen. Dann plaudert sie mit den Frauen, um mit ihnen in Kontakt zu kommen oder den Kontakt zu pflegen. Am Schluss des Gespräches meinte sie, dass ihr das Reden über ihre Arbeit sehr gut getan habe. Diese Möglichkeit hat sie nur sehr selten, denn meistens ist sie mit Arbeit überhäuft, weil alle immer etwas von ihr wollen. So ist ihr Salon oft auch eine Kindertagesstätte, wenn die Mütter am Arbeiten sind. Ihre Arbeit als Mediatorin hat sie

bislang nur mit Frauen im Rotlichtmilieu gemacht. Im neuen MediatorInnen-Projekt spricht sie jedoch auch Männer an. Das ist für sie eine neue Erfahrung, die sie jedoch proaktiv angeht, denn der Umgang mit Männern ist ihr aus dem Rotlichtmilieu grundsätzlich nicht fremd. Allerdings trifft sie dort vor allem Europäer. Als Mediatorin berichtet sie von einer neuen Erfahrung mit moslemischen Männern in einem Asylzentrum:

"Für diese Leute Sex ist wirklich tabu, sowieso nicht mit einer Frau darüber sprechen. Ich habe mich hundertmal entschuldigt, weil wir mit diesem Thema kommen, das nicht angenehm ist für sie. Sie haben mitgemacht. Am Anfang waren sie sehr sehr nervös. Dann, okay. Ich habe gesagt, wir sind Brüder und Schwestern, wenn es ein Problem gibt, können wir das in der Familie lösen. Sie sind geblieben... Am Schluss wollten wir eine Demonstration machen, wie man Präservative anziehen kann. Sie sind plötzlich wieder nervös geworden, ja. Sie haben den Saal verlassen."

Mit einigen zurückgebliebenen Männern hat ihr MediatorInnen-Team die Demonstration trotzdem gemacht. Diese Erfahrungen des Weglaufens aus einer Präventionsveranstaltung sind für Marie-Rose zwar im ersten Moment frustrierend, jedoch auch Ansporn dafür, weiter an ihrer Fähigkeit als Mediatorin zu arbeiten, um dabei zukünftig Menschen mit starkem religiösem Hintergrund noch besser erreichen zu können.

Clara (22V): "Ich bin stolz auf meine Kinder, sie können kompetent über Aids Auskunft geben."

Clara lebt seit mehr als 20 Jahren in der Schweiz. Sie hat hier die Ausbildung zur Sozialarbeiterin gemacht und arbeitet Teilzeit in einem Frauenhaus. Zusätzlich sucht sie zurzeit noch eine Arbeitsstelle. Sie hat zwei Teenager Kinder, die ihre Arbeit als HIV-Mediatorin sehr gut finden. Mit ihnen kann sie offen über das Thema HIV/Aids reden. Clara ist in ihren Interviewaussagen ausserordentlich differenziert. Man spürt, dass sie in der Integrationspolitik und –praxis langjährige Erfahrung hat. Durch die Mitarbeit im MediatorInnen-Projekt verspricht sie sich auch neues Wissen, das ihr für die berufliche Perspektive dienen kann. Zudem möchte sie etwas zur Eindämmung von HIV bei AfrikanerInnen tun können. Ihr ist vor allem der Zusammenhang zwischen HIV-Prävention und Bildung ist sehr wichtig.

"Weniger Gebildete können z. B. die Idee der HIV-Positivität bei einem einmaligen Treffen weniger gut aufnehmen."

Daher nimmt sie den Auftrag der aufsuchenden MediatorInnen-Arbeit an verschiedenen Begegnungsorten wie Restaurants, bei Veranstaltungen oder im privaten Kreis wahr. Da sie explizit

bisher kaum mit Aids zu tun hatte, kostete es sie einigen Mut, um fremde Leute im Restaurant oder an Veranstaltungen zu Aids anzusprechen. Allerdings war sie überrascht, dass auch im Restaurant sehr offene Gespräche über HIV/Aids stattfinden können, einmal sogar mit Personen, die sie von früher flüchtig kannte. Diese anfänglichen Erfolgserlebnisse waren sehr wichtig, um weiterhin in einem Projekt zu arbeiten, das einen grossen Zeitaufwand mit geringem finanziellem Anreiz bedeutete. Mit ihren zwei Kindern spricht Clara offen über ihre Mediatorinnen-Arbeit und HIV/Aids. Aids ist im Laufe der Zeit ein Gespräch für den Küchentisch geworden und hat nichts Verborgenes an sich. Diese Offenheit erreicht zu haben freut Clara ganz besonders, denn die Gesundheit ihrer Kinder liegt ihr sehr am Herzen. Sie ist stolz, dass sie – trotz ihrer eigenen rigiden Sexualerziehung – dieses Gesprächsklima über Aids mit ihren Kindern erreicht hat. Sie weiss von ihren Kindern, dass in den Familien von SchulkameradInnen Aids kaum je angesprochen wird. Und so werden ihre Kinder immer wieder über dieses Thema befragt und können kompetent Auskunft geben.

Bernadette (23 W): "Das Rotlichtmilieu war für mich neu – ich kann nun meine Aids-Patientinnen besser verstehen."

Bernadette lebt seit mehr als 20 Jahren in der Schweiz. Ihr Ehemann ist Schweizer, mit dem sie zwei schulpflichtige Kinder hat. Sie arbeitet zu 60 % als Pflegefachfrau im HIV- und Reisemedizinbereich. Dadurch arbeitet sie an der Schnittstelle zwischen ihrer Funktion als Mediatorin und der eigenen Berufstätigkeit. Das sei vorteilhaft, weil sie in den Präventionsveranstaltungen oft gefragt werde, ob sie HIV-positive Menschen kenne und dann von ihrer klinischen Arbeit berichten könne. Ihre Auskünfte sind für die Teilnehmenden wichtig, weil die meisten noch nie HIV-positive Menschen gesehen haben und weil in afrikanischen Kreisen kaum offen mit angesteckten Personen gesprochen werde. Zu ihrem grossen Erstaunen wurde Bernadette in einer Veranstaltung gefragt, wie die Ansteckung bei Fellatio funktioniere. Dies sei für einen Afrikaner eine sehr aussergewöhnliche Frage in der Öffentlichkeit. Die übliche "*porte d'entrée*" bei Präventionsveranstaltungen sind eher Gedanken und Informationen zu Schwangerschaft und Kinderwunsch. Nach einem solchen Einstieg, der stark am Lebenswunsch der Zielgruppen orientiert ist und damit vertrauenserweckend wirkt, folgen dann üblicherweise Fragen zu technischen Abläufen zum HIV-Test oder zum Kondom- und Gleitmittelgebrauch. Die Frage nach Kindern und Familiengründung stellt sich auch in Bernadette's beruflicher Arbeit als Pflegefachfrau, wenn bei einer jungen Person die HIV-Diagnose gestellt wird:

"Quand on trouve chez une personne jeune, il se dit alors j'aurais plus d'enfant. C'est la première question souvent. Je m'en suis étonnée mais c'est vraiment: Je voulais avoir des enfants, dans mes projets c'est d'avoir un jour une famille, avoir des enfants. Donc c'est exclu. C'est quelque chose qui revient souvent et on a senti même ici au

travail, que c'est une question qu'on doit répondre. Pour la communauté africaine c'est encore plus important."

Neu war für Bernadette an ihrer Arbeit als Mediatorin vor allem, dass sie nun für Präventionsveranstaltungen im Rotlichtmilieu ein- und ausgeht. Dies ist für sie eine vollkommen unbekannte Welt. Insgesamt sind ihre Erfahrungen jedoch gut, vor allem auch schätzt sie die Bemerkung von Prostituierten, dass eine schwarze Frau zu ihnen kommt, die Fachwissen hat und selber nicht von der Prostitution lebt. Durch solche und weitere Begegnungen hat Bernadette während ihrer MediatorInnen-Arbeit auch die Welt ihrer PatientInnen – nicht nur der Prostituierten – von neuen Seiten kennen gelernt, denn in der Klinikwelt bleiben ihr die sozialen Hintergründe oft verschlossen.

Sandrine (35li): "Aids hat es geschafft, die afrikanische Solidarität zu zerbrechen."

Sandrine lebt mit ihrem Mann und den vier Kindern seit fünf Jahren in einer grösseren Schweizer Stadt. Über eine journalistische Tätigkeit im Aidsbereich fand sie den Weg zum MediatorInnen-Projekt. Sie ist durch ihre Verbindungen zu kirchlichen Institutionen eine wichtige Schlüsselperson, um den Kontakt zu Kirchengemeinden herzustellen und dadurch die HIV-Prävention bei KirchenvertreterInnen und KirchgängerInnen voranzutreiben. Allerdings ist die Kontaktaufnahme auch für sie sehr harzig, was jedoch ihren Ehrgeiz und ihre Hartnäckigkeit eher anstachelt als lähmt. Als Journalistin hat sie die Möglichkeit, andere zu informieren. Als Mediatorin reicht diese Strategie jedoch nicht, um eine Wirkung zu erzielen:

"Mais je crois que ici c'est un travail d'engagement personnel. Tu t'engages et c'est différent. C'est différent de ce qu'on fait dans le journalisme. C'est plus qu'informer. Mais c'est s'engager pour faire changer les choses. Que ce soit les mentalités ou bien pour aider dans un domaine ou un autre. Voilà."

Dieses Engagement ist unerlässlich, denn aufgrund ihrer langjährigen Erfahrungen reagieren AfrikanerInnen im Allgemeinen und KirchenvertreterInnen im Speziellen sehr sensibel, wenn sie mit Aids in Verbindung gebracht und wenn kulturelle Besonderheiten (zum Beispiel Schamgrenzen) nicht beachtet werden. Sie sagt deshalb entschieden, dass es engagierte AfrikanerInnen braucht, um Präventionsarbeit bei Afrikanern zu machen, denn es gibt viele Feinheiten, die man ohne Kenntnisse der verschiedenen Kulturen nicht kennen kann. Ebenso unmissverständlich erklärt sie, wie stark das Stigma von Aids in afrikanischen Gesellschaften wirkt. Da sie in der Familie ihres Mannes die Situation eines Aidskranken Menschen kennt, ist sie besonders sensibilisiert. Betroffene sind schlimm dran. Obwohl bei anderen Krankheiten die "afrikanische Solidarität" sehr stark ist, "hat es Aids geschafft, diese Solidarität zu zerbrechen".

Yussuf (37Kk): "Viele AfrikanerInnen sind zwar gebildet, aber nicht ausgebildet."

Yussuf lebt mit seiner Schweizer Frau und dem gemeinsamen kleinen Kind in einer grösseren Stadt. Er hat im angelsächsischen Raum in afroamerikanischer Literatur promoviert. Neben der MediatorInnen-Arbeit ist er heute als Schriftsteller tätig. Für ihn stehen in seiner Arbeit als Mediator die einzelnen Personen und deren Integrität immer im Vordergrund. Deshalb versucht er ihnen bezüglich Wertvorstellungen und sensiblen Themen nicht zu nahe zu treten, auch wenn er die Meinung vertritt, dass Aids alle Menschen betrifft und sich daher alle verantwortlich fühlen sollten. Er ist sehr konsequent mit der Informationsverbreitung sowohl in der Schweiz als auch in Afrika. So trägt er immer Broschüren mit sich, um ad-hoc ein Gespräch beginnen und Informationen abgeben zu können. Aber letztlich liegt die Entscheidung für das Verhalten bei jedem einzelnen Menschen. Am Beispiel des HIV-Tests erläutert er dies so:

"Et pour le teste, enfin beaucoup me disent, demandent, par exemple si je les approche avec cette information, si ils doivent faire un test. C'est très bien que vous me demandez parce que ça c'est vraiment un jugement que vous devez faire. Parce que c'est vous qui connaissez votre vie. C'est vous qui saurais le mieux si vous avez besoin de faire un teste."

Er führt die Fähigkeit des Verantwortung-Tragens auch auf die Bildung zurück. Dazu gehört, dass man die erhaltenen Informationen nicht zu Verschwörungstheorien zusammen baut, sondern die Fakten über Aids zusammen fügen kann. Halbwahrheiten finden nach seiner Auffassung in einer Bildungsschicht Gehör, die *"zwar ausgebildet, aber nicht gebildet ist"*. Sie verknüpfen einzelne Halbwahrheiten zu kausalen Ketten. Sowohl wirklich Gebildete als auch bäuerliche Analphabeten schenken diesen Theorien viel weniger Glauben. Yussuf ist sehr darum bemüht, dass er immer möglichst aktuell informiert ist, damit er kompetent, d.h. aus seiner Sicht mittel wissenschaftlichen Fakten in Diskussionen auftreten kann. Er hält sich über Internetressourcen auf dem Laufenden und tauscht sich mit Leuten aus verschiedenen, auch afrikanischen Ländern via Internet über Neuigkeiten aus. Damit will er auch dem Umstand gerecht werden, dass viele AfrikanerInnen in der Schweiz bereits einiges über Aids wissen, das er aufgreifen und aktualisieren will. Allerdings ist er sich bewusst, dass Aids nicht nur kognitiv wahrgenommen wird nach dem Motto: Was man heute nicht sieht, kann auch Morgen noch kein grosses Problem sein.

Simone (38LI): "Wir sind alle sehr unterschiedlich, auch wenn wir alle schwarze Haut haben."

Simone lebt seit 13 Jahren in der Schweiz, heute gemeinsam mit ihrem Mann und Sohn. Sie arbeitet als Pflegefachfrau und ebenso bei der lokalen Aidshilfe. Sie betont – auch aufgrund ihres eigenen

sozialen Netzes – dass AfrikanerInnen in der Schweiz keine homogene Gruppe sind, denn ihre Herkunft, Dauer der Anwesenheit in der Schweiz, Alter und persönliche Merkmale wie zum Beispiel die Vorliebe für einen bestimmten Musikstil, unterscheiden sich stark. In einem Punkt sind sie sich jedoch sehr ähnlich: sie mögen keine ernsthaften, langweiligen und textlastigen Präventionsmaterialien. Wer mit Bildern und Humor arbeitet und dadurch die Leute zum Lachen bringen kann, hat sie bereits für sich gewonnen. In ihrer MediatorInnenarbeit begegnet sie immer wieder übernatürlichen Vorstellungen, d. h. AfrikanerInnen haben das Gefühl, gegen HIV immun zu sein, und sie sind überzeugt, dass sie sich nicht infizieren können. Dagegen kämpft Simone mit ihrem Wissen zu Aids, das sie in der Schweiz und in der MediatorInnenschulung erworben hat. Allerdings fällt es ihr manchmal schwer, die traditionellen Vorstellungen mit dem westlichen Wissen in Einklang zu bringen. Ad-hoc in Gesprächen und Veranstaltungen versucht sie, beide Traditionen miteinander zu verbinden. Oft hört sie von AfrikanerInnen die Gleichung 'HIV ist gleich Tod'. Das stimmt mit den Erfahrungen vieler AfrikanerInnen in ihren Heimatländern überein. Auch wenn Simone in den letzten Jahren in den Ferien in Afrika weilte, hörte sie oft:

"Der hat es, siehst du? Der stirbt bald".

Um solche eingepprägten Wahrnehmungen in der Schweiz zu entkräften, wäre – so die Einschätzung von Simone – eine HIV-infizierte afrikanische Person in der Schweiz als MediatorIn ideal. Sie könnte von sich sagen:

"Ich habe das HIV, aber es geht mir gut."

Gleichzeitig fragt sich Simone aber, wer dies so mutig sagen könnte. Sie selber würde es kaum wagen aufgrund der vielen Vorurteile in afrikanischen Gemeinschaften.

Jean-Pierre (39Mm):"Ich lebe zwischen zwei Welten und möchte Brücken schlagen dazwischen."

Jean-Pierre lebt seit vier Jahren in der Schweiz. Er ist Student der Politikwissenschaftler und arbeitet vor allem nachts als Betreuer in einer Asylunterkunft. Dadurch besitzt er viel Hintergrundwissen zur sozialen Realität von Asylsuchenden. Seine Erfahrungen haben unter anderem gezeigt, dass Asylsuchende krampfhaft versuchen, Schweizer Freundinnen zu finden, um bis zu einem allfällig abschlägigen Asylantrags verheiratet zu sein. Deshalb sind sie daran interessiert, möglichst alles über Sexualität und Befriedigung von westlichen Frauen zu lernen. Daher ist das Thema Präservative bei Präventionsveranstaltungen sehr beliebt. Jean-Pierre selber ist in einer afrikanischen Welt aufgewachsen, in der Sexualität ein ernstzunehmendes Tabu ist. Es war unvorstellbar, mit den Eltern über Sex und in diesem Zusammenhang über Präservative zu sprechen. Zwischen Alters-

genossen kann aber über Sex gesprochen werden. Insbesondere unter jungen männlichen Afrikanern sind Sexualität, Sexpraktiken etc. ein beliebtes Thema. Er denkt, dass es für Männer einfacher ist, bei Männern Präventionsarbeit zu HIV/Aids zu leisten, aber eine strikte Trennung der Geschlechter in Präventionsveranstaltungen ist nicht nötig.

Als aufgeklärter Moslem bringt Jean-Pierre eine hohe Sensibilität für religiöse Einflüsse auf die HIV-Prävention mit. Er glaubt beispielsweise, dass der muslimische Lebensstil die HIV-Epidemie in seinem Heimatland gebremst hat, weil das Befolgen der Koranregeln ein guter Schutz gegen Aids ist. Folgt man dieser Logik, so bedeutet eine HIV-Infektion jedoch ein religiöses Fehlverhalten und gilt mitunter als Strafe Gottes. Das wiederum stört Jean-Pierre. Er möchte solche Spannungsfelder gerne in den Präventionsveranstaltungen ansprechen, allerdings sind Diskussionen über Sexualität oder die Beziehung zwischen Männern und Frauen bei religiös dogmatisch orientierten Muslimen auch für ihn sehr schwierig zu führen. Seine berufliche und private Zukunft nach dem Studium sieht er eher in Afrika, denn hier wurde er – so seine Begründung – aufgrund der Hautfarbe bereits mehrmals von der Polizei am Bahnhof aufgefordert, seine Papiere vorzuweisen, ohne dass es dazu Anlass gegeben hätte. Das ist für ihn sehr verletzend und diskriminierend. In Afrika hingegen stört ihn das strikte Denken in Ethnien:

"Donc ça crée des frustrations, donc tout est fondé sur l'ethnie. Parce que chaque ethnie pense qu'elle est plus forte que l'autre sur le plan mystique, sur le plan traditionnel. Donc je dis souvent que c'est un peu dangereux. Cette ethnicité."

So hofft er, in der Aidsprävention eine Aufgabe zu finden, die es ihm erlaubt, Brücken zu schlagen zwischen den Kulturen, denn Aids betrifft alle gleichermassen.

Gruppe B: HIV-infizierte Personen

Mary (31Ee): "We are like a family, we have a house, talk, laugh, cry."

Mary lebt seit 1990 in der Schweiz und zurzeit in einer Schweizer Grossstadt. Sie hat drei Kinder und ist seit kurzem wieder verheiratet. Ende der 1990er Jahre beginnt sie aufgrund ihrer HIV-Infektion mit einer antiretroviralen Medikamentenkombination und ist seither regelmässig in ärztlicher Behandlung. Zusätzlich zu ihrer emotionalen und spirituellen Unterstützung ist sie mit einer Pfarrerin im Kontakt. Mary ist Muslimin, aber für die Religionszugehörigkeit spielt für sie keine entscheidende Rolle, wenn die Unterstützung klappt. Ihre stabile gesundheitliche Situation erlaubt Mary ein grosses Engagement für andere HIV-infizierte Afrikanerinnen in ihrer Region. So stehen heute, durch finanzielle Unterstützung des Staates, ein Versammlungsraum und eine Telefonnummer zur Verfügung, wo Aktivitäten koordiniert und durchgeführt werden können. Durch dieses Engagement im

Sinne einer Aktivistin ist Mary im Aidsbereich auch über die lokale geographische Grenze hinaus bekannt geworden. Sie wurde auch mehrmals fürs Radio und von ZeitungsjournalistInnen um ein Interview gebeten. Ihre heutige Position verleiht ihr einen meinungsbildenden Status in den afrikanischen Gemeinschaften, bei denen sehr unterschiedliche Frauen HIV-infiziert sind: Studentinnen, Akademikerinnen, Gattinnen von Diplomaten und Managern, Asylsuchende oder Touristinnen, denen die Heirat mit einem weissen Mann versprochen wurde. In ihrer Funktion arbeitet Mary mit lokalen Spitälern zusammen, damit afrikanische Frauen und Familien Unterstützung während der Spital- und gesamten Krankheitsphase angeboten werden kann. Zudem greift sie im persönlichen Gespräch und auch in der Öffentlichkeit sensible Themen auf, etwa traditionelle Sexualpraktiken wie den "dry sex". Sie erklärt, dass diese Form des Geschlechtsverkehrs dem Sexualpartner höhere Befriedigung bringen soll: *"to please the men"*. Dabei wird die Vagina mit Chemie- oder Kräuter-substanzen gereinigt und trocknet dadurch aus. Dieses Prozedere sei für die Frauen schmerzhaft und führe zu Verletzungen der Schleimhaut.

Ein grosses Anliegen ist Mary auch, die Integrität und Schönheit von HIV-infizierten Frauen heraus zu streichen. Dazu hat sie ein *Nécessaire* entwickelt, in dem allerlei Gegenstände enthalten sind, die Frauen zur physischen und emotionalen Gesundheit sowie zur Schönheitspflege benötigen, etwa einen Spiegel und einen Lippenstift, Tampons oder Präservative. Aufgrund des chronischen Krankheitsverlaufs ist diese Strategie sehr wichtig, denn Frauen leben in der Schweiz – im Gegensatz zu den meisten afrikanischen Ländern – viel länger mit der Infektion. Die gute Gesundheitspflege soll den Frauen auch eine bessere Chance ermöglichen, den Mutterwunsch zu erfüllen und dabei dem Baby bessere Voraussetzungen zu bieten.

Claire (29Cc): "When people get open about it, it's easier to save others."

Claire war bis vor kurzem während sieben Jahren mit einem Schweizer Mann verheiratet. Sie hat einen bald erwachsenen Sohn aus erster Ehe, der in ihrem Heimatland lebt. Sie pendelte mit ihrem Mann oft zwischen der Schweiz und Afrika hin und her, da sie ihre Familie vermisste. Aufgrund ihrer HIV-Erkrankung, die seit 1991 besteht und während der sie immer wieder instabile Phasen hatte, bieten sich ihr auf dem Arbeitsmarkt kaum Chancen. So lebt sie heute von der Sozialhilfe. Zwischen-durch verbrachte sie zwei Jahre im Gefängnis, weil sie sich wegen Geldmangel als Drogenkurierin betätigte. Heute lebt sie seit rund einem Jahr alleine in einer Vorortsgemeinde einer kleineren Stadt, weil sie Ruhe in ihr Leben bringen wollte. Vorher wohnte sie mitten in einer Grossstadt, und aufgrund ihrer Offenheit und Hilfsbereitschaft für die Probleme anderer Menschen hatte sie ständig Besuch zuhause oder war unterwegs auf der Strasse. Seit einigen Jahren spricht sie ihre HIV-Infektion offen an, auch gegenüber afrikanischen Menschen, ohne eine Zurückweisung zu befürchten. Diese hat sie

zuallerst von ihrem Schweizer Hausarzt erlebt, der ihr 1991 empfahl, zurück nach Afrika zu gehen zum Sterben. Heute erzählt sie lachend von diesen ersten Jahren der HIV-Infektion:

"Every day I was waiting to die. So I even did not have time to think. Yes. I have been waiting to die for a long time – until I am tired."

Mittlerweile bezeichnet sie sich als *"Survivor"* in jeglicher Hinsicht. Sie hat bald bemerkt, dass sie nicht immer in der Isolation leben möchten, denn das macht sie emotional krank. Daher begann sie – auch mit Hilfe des lokalen Aidspfarramtes – über ihre Krankheit zu reden. Ihr primäres Ziel ist, durch ihre Offenheit andere vor einer HIV-Ansteckung zu bewahren:

"When people get open about it, it's easier, to save others."

Sie hat durch ihre Offenheit meistens gute Erfahrungen gemacht, auch bei sexuellen Beziehungen, bei denen sie auf dem Kondomgebrauch besteht. Zudem bietet sie auch emotionale Unterstützung für HIV-infizierte Menschen an. So beschreibt sie eine Situation, wie sie eine HIV-infizierte Landsfrau kennen lernte. Sie traf in der Stadt einige schwarze Frauen, mit denen sie auf Englisch ins Gespräch kam. In einem nahe gelegenen Restaurant sprachen diese Frauen zwischendurch in Swahili über eine Kollegin, die im Spital liegt und *"im Kopf etwas komisch ist wegen Aids"*. Nach einer Weile klinkte sich Claire – ebenfalls auf Swahili – ins Gespräch ein und bat die Frauen, die erstaunt waren über Claire's Swahili Kenntnisse, nicht so negativ über diese Frau zu reden, denn alle könnten Aids bekommen. Sie selber sei auch HIV-positiv. Dies erschreckte die Frauen, und sie entschuldigten sich für ihr Gerede. Claire bat sie, der kranken Frau ihre Natelnummer zu geben, damit sie mit ihr reden könne. Dieser Kontakt kam tatsächlich zustande, und Claire half der Frau, über ihre schwierige Zeit hinweg zu kommen¹⁶⁹. Mit all ihrer Erfahrung würde sich Claire sehr gerne in der HIV-Prävention in der Schweiz bei AfrikanerInnen oder auch in ihrem Heimatland betätigen – sie bezeichnet diesen Arbeitswunsch als *"dream job"* – denn ihre Erfahrungen könnten auch anderen dienlich sein. Ihre zentrale Botschaft an HIV-infizierte AfrikanerInnen wäre:

"Especially to Christians who know that faith can move a mountain. It's not a big deal, you know. Just accept it [the virus] and have faith, nothing else. And life goes on. That's how I live."

Allerdings hätte sie bei der Präventionsarbeit in Afrika grösste Probleme, regelmässigen Zugang zu ihren Aids-Medikamenten zu haben. Daher muss sich ihr Wunsch für ein Engagement auf die Schweiz beschränken.

¹⁶⁹ Der gute Kontakt zwischen Claire und dieser Frau führte sogar zu einem Interview in dieser Studie (Yvonne, 12L).

Yvonne (12L): "Ich bin dankbar für Medikamente hier, aber mein Sohn lebt in Afrika."

Yvonne lebt seit zweieinhalb Jahren in der Schweiz. Sie hielt sich zuvor aus geschäftlichen Gründen bereits einmal mehrere Wochen hier auf. Während einer erneuten Geschäftsreise wurde sie akut krank und musste hospitalisiert werden. Dabei wurden sowohl Tuberkulose als auch Aids diagnostiziert und Behandlungen eingeleitet. Yvonne war mehrere Wochen körperlich äusserst geschwächt und erholte sich erst nach einem halben Jahr soweit, dass sie selbstständig ihren Haushalt führen konnte. Sie fühlte sich im Spital sehr gut betreut. Sie hätte auch in einen afrikanisch-stämmigen Arzt Vertrauen gehabt, denn in der Schweiz sei der Datenschutz viel besser als in Afrika. Heute ist ihr körperlicher Zustand recht stabil, so dass sie in einer winzigen Einzimmerwohnung selbstständig leben kann. Aber psychisch entgleitet ihr die Kontrolle immer wieder, so dass sie vom lokalen Aidspfarramt und der Sozialarbeiterin der Gemeinde Unterstützung braucht. Aufgrund der mangelnden Behandlungsmöglichkeiten in ihrer Heimat kann Yvonne vorerst in der Schweiz bleiben, bis sich für sie Therapiemöglichkeiten ergeben. Zurzeit sind die Medikamentenpreise in ihrem Herkunftsland unerschwinglich hoch. Sie würde am liebsten sofort zu ihrem Sohn zurückkehren, denn ihre Familiensituation ist sehr instabil. Der 16jährige Sohn lebt mit Yvonne's Mutter, aber diese weiss nichts von der Aidskrankheit ihrer Tochter. Sie hat Diabetes, und deshalb möchte sie Yvonne nicht auch noch über Aids beunruhigen. Der Vater ihres Sohnes ist nach einer Krankheit vor kurzem gestorben. Dank der Unterstützung des Aidspfarramtes und anderer Dienste konnte ihr Sohn mit einem Touristenvisum für einige Wochen in die Schweiz reisen. Während dieser Zeit fühlte sich Yvonne sehr gut:

"When my son is here, I am complet."

Sie haben auch über ihre Krankheit gesprochen, und sie schärfte ihrem Sohn ein, sich unbedingt vor einer Ansteckung zu schützen. Auch solle er nicht grob mit den Mädchen umgehen, wie sie es selber oft erlebt hat, denn dann nützten auch die Kondome nichts. Aus finanziellen Gründen dürfte eine weitere Reise des Sohnes in die Schweiz vorerst nicht mehr möglich sein. Und nach einer allfälligen Rückkehr in ihre Heimat wäre Yvonne's finanzielle Situation sehr prekär, denn ihr Arbeitgeber hat ihr wegen der langen Abwesenheit die Stelle gekündigt. Yvonne erzählt, dass in ihrem Land private Arbeitgeber ihre Angestellten zunehmend zu einem HIV-Test verpflichten. Fällt dieser positiv aus, folgt sofort die Entlassung, allerdings ohne Zusicherung auf medizinische Hilfe. Generell werden Testmöglichkeiten zu wenig in Anspruch genommen. Man müsse allen Neuankömmlingen in der Schweiz sagen, dass dies hier anders sei, und dass sie hier anders sei, damit sie auch den Mut haben, einen HIV-Test machen lassen. Yvonne betont auch, dass jemand vor einem Test mehrmals eine Gesprächsgelegenheit braucht, damit der Wille zum Test nicht nachlässt,

und auch während der Wartezeit bis zum Testresultat kann die Angst ins Unermessliche steigen, so dass man jemanden zum Reden braucht.

Paul (150): "Allein zu sein ist angenehm, niemand fragt nach meiner Krankheit."

Paul arbeitete während rund 20 Jahren in der Schweiz bei einer Fluggesellschaft und hat *"irgendwann die HIV-Diagnose erhalten"*. Dank guter Gesundheit konnte er jedoch problemlos seiner Arbeit nachgehen. Nach dem Bankrott der Airline fand er allerdings keine neue Stelle mehr. Paul's Familie lebte während seines gesamten Schweizer Aufenthaltes immer in Afrika. Er hat sie als Angestellter der Fluggesellschaft jedoch zu günstigen Konditionen besuchen können. Heute wohnen zwei seiner erwachsenen Kinder in der Schweiz, und er pflegt einen guten Kontakt zu ihnen. Er würde gerne wieder in seinem Herkunftsland leben, aber der Zugang zu Medikamenten ist nicht gewährleistet, oder die Preise sind unerschwinglich. Zudem wartet er auf eine Pensionskassenentschädigung seines früheren Arbeitgebers. In diesem Zusammenhang beklagt sich Paul über die Ungerechtigkeit gegenüber Schwarzen, und auch dass die Weissen Krankheiten wie Siphillys, Gonorrhoe und auch Aids nach Afrika gebracht haben. Nun stehen sie deshalb in der Pflicht, für eine gute und billige Behandlung zu sorgen. Zwar sind die Bemühungen um die HIV-Prävention wichtig, aber zurzeit sind sehr viele Menschen in Afrika HIV-positiv, so dass mindestens gleich hohe Anstrengungen unternommen werden müssten, um die pharmazeutische Behandlung zu ermöglichen. Von der HIV-Prävention mit einem Fokus auf Kondomen verspricht sich Paul nur wenig, weil bei AfrikanerInnen sofort der nicht-erfüllbare Kinderwunsch im Vordergrund steht.

Die Menschen sind generell viel damit beschäftigt, allerlei Krankheiten zu behandeln, so dass für die Prävention kaum Zeit und Wissen vorhanden sind. Und es braucht auch Mut, zu einem HIV-Test zu gehen:

„At the doctor, there is no dance hall, where you have fun.“

Falls jemand jedoch Aids hat, so spricht man kaum mit jemandem darüber, denn diese Person erzählt es gleich weiter, und so erfährt es eine grössere Gruppe. Danach entsteht eine Distanz zwischen den Menschen. Er meint, dass man in Afrika auch beim Arzt selten in einer geschützten Atmosphäre ist, so dass in Arztpraxen oder in Kliniken schnell andere Personen von der eigenen Krankheit erfahren. Generell sind die Ärzte eher *„discouraging“* als *„encouraging“*. Ermutigung ist jedoch für Aidskranke sehr wichtig, allerdings ist dies in der Tat in Afrika sehr schwierig wegen der Armut und der mangelnden Zukunftsperspektive, deshalb kann man sich viel weniger Hoffnung machen als in der Schweiz. Aidskranke leben in der Schweiz zwar isoliert, aber dafür erfährt auch niemand von den eigenen Problemen, und Mut erhält er von seinem behandelnden Arzt. Paul gibt

jedoch zu bedenken, dass man wegen dieser Isolation und der Medikamentenwirkung in der Schweiz die HIV-Infektion kaum bemerkt, und so könnte man meinen, dass es Aids hier nicht gibt.

Anne (17Q): "Ich darf nicht immer an die Krankheit denken."

Anne lebt seit fünf Jahren als Flüchtling in der Schweiz. Bis vor kurzem wohnte sie in einer Grossstadt, fühlte sich dort aber nicht mehr wohl und lebt nun in ihrer eigenen Wohnung in einer kleineren Gemeinde. Ihr Atelier, in dem sie handwerklich tätig ist, besucht sie aber regelmässig in der Stadt. Mit einigen ihrer jetzigen Nachbarn hat sie ein schwieriges Verhältnis, denn Anne erzählt, dass sie von ihrer Aidskrankheit erfahren hätten und nun schlecht über sie reden und sie schikanieren. Von den anderen NachbarInnen jedoch fühlt sie sich unterstützt, z. B. wenn sie im Haushalt etwas ausleihen möchte. Sie befürchtet auch, dass alle in der Gemeindeverwaltung von ihrer Krankheit wissen, weil sie dort ihre Dokumente für die Sozialhilfe deponiert hat und daher Informationen für alle zugänglich seien. Insgesamt lebt Anne sozial sehr isoliert und ist emotional vor allem mit ihrer behandelnden Ärztin, die selber einige Zeit in Afrika gearbeitet hatte, verbunden:

"Parce que je la connais déjà bien parce qu'elle m'a accepté par rapport à la couleur de ma peau et par rapport à ma maladie. Elle n'a pas pris ça comme d'autres personnes ont pris".

Solchen Respekt und jemanden, der ihr Hoffnung gibt, benötigt Anne derzeit sehr stark. Denn aufgrund der bisherigen Diskriminierungserlebnisse hat sie grosse Angst, dass man ihr die HIV-Erkrankung ansieht und sie weiter schikanieren. Durch diese Angst und das ständige Denken an Aids leidet ihre Lebensqualität erheblich. Zudem ist es für sie schwer verständlich, dass die Krankheit im Blut nicht mehr nachweisbar, "im Kopf" aber ständig präsent ist. Dieser Zustand dauert bereits seit dem Jahr 1999, als ihr die HIV-Diagnose mitgeteilt und eine beschränkte Lebenszeit von zwei Jahren prophezeit wurden. Seither lebt sie in ständiger Angst vor dem Sterben. Diese Angst trug dazu bei, dass sie psychisch instabil ist und auch mehrmals in stationärer psychiatrischer Behandlung weilte. Hinzu kommt ein Erlebnis in einem Aids Gottesdienst, an dem sie auf Anfrage der OrganisatorInnen teilnahm und sich bereit erklärte hatte, öffentlich von ihrer Krankheit zu erzählen. Als sie vor der versammelten Gemeinde stand und ein paar Worte sagte, realisierte sie plötzlich, dass sie die einzige Schwarze war. Sie fühlte sich ausgestellt und bedauerte, dass sie für die Teilnahme zugesagt hatte. Sie kehrte nie wieder an diese Veranstaltung zurück. Dank dem sehr guten und bereits mehrjährigen Kontakt zu ihrer jetzigen Ärztin hat sich Anne psychisch jedoch etwas stabilisiert. Zudem hat sie sich seit dem letzten Psychiatrieaufenthalt eine neue Strategie zur Präsenz ihrer Krankheit zurechtgelegt:

"Pour moi, je ne veux pas lui donner de l'importance dans ma tête et je le prend ça comme si je me coupe les doigts et il faut que je le bande et que ça guérisse."

Damit kommt sie zurzeit gut zurecht und gewinnt auch wieder an Lebensperspektive.

Mohossa (25Y): "Ich habe hier Medikamente, möchte aber zurück nach Afrika, wo es keine Medikamente gibt."

Mohossa lebt mit zwei weiteren Männern in einer kleinen Wohnung einer grösseren Stadt. Seine beiden Mitbewohner sind über Mohossa's HIV-Infektion nicht informiert. Er verbringt zurzeit die meisten Tage in seinem Zimmer und hört Musik. Vor kurzem wurde seine Medikamentenkombination verändert, und seither leidet er unter Übelkeit und Erbrechen. Aufgrund dieser unerwünschten Arzneimittelwirkungen fühlt er sich zuhause und in der Nähe eines Badezimmers am sichersten. Dennoch sucht er derzeit eine neue Stelle, da ihm die letzte Anstellung als Küchenhilfe in einem Restaurant gekündigt wurde, nachdem er seinen Vorgesetzten über seine HIV-Infektion unterrichtet hatte. Er glaubte, dass er zur Auskunft verpflichtet sei, obwohl er vor der Medikamentenumstellung voll leistungsfähig gewesen ist. Zurzeit ist die Stellensuche wegen seines Allgemeinzustandes aber sehr schwierig. Mohossa würde gerne in sein Herkunftsland zurückkehren, denn sozial hat er keine Verpflichtungen mehr, nachdem ihn seine Schweizer Frau nach Bekanntwerden der HIV-Infektion verlassen hat und sich scheiden lassen möchte. Da er erst wenige Jahre mit ihr verheiratet ist, fürchtet er nun, seine Aufenthaltsbewilligung zu verlieren. In seinem Heimatland gibt es laut Recherchen seiner Betreuerin bei der lokalen Aidshilfe keine Möglichkeit für eine antiretrovirale Therapie. Deshalb bewegt er sich emotional zwischen pharmazeutisch bestimmtem Leben in der Schweiz und sozial erhofftem Leben in Afrika.

Nach Mohossa's Einschätzen sind afrikanische Männer ziemlich ignorant was die Verwendung von Präservativen angeht, allerdings kann er nicht sagen, mit welchen Überzeugungsstrategien diese Männer in bezug auf die HIV-Prävention angegangen werden sollten. Ebenso ist es schwierig, AfrikanerInnen den Begriff "HIV-positiv" aus medizinischer Sicht zu erläutern, denn ein Virus, das über lange Zeit keine äusseren Krankheitszeichen mit sich bringt, wird kaum als Ursache einer schweren Krankheit verstanden.

Mohossa hat sich auf Anfrage einer Aidshilfemitarbeiterin bereit erklärt, im Rahmen einer Schulung eines MediatorInnen-Projektes von seiner HIV-Infektion zu berichten. Dies war für ihn das erste mal, dass er öffentlich und auch vor AfrikanerInnen von seiner HIV-Ansteckung berichtet. Er machte dabei gute Erfahrungen und stiess auf Wohlwollen und Respekt. Allerdings sagte er für eine weitere Veranstaltung ab, die in der Nähe seines Wohnortes stattfinden sollte, denn er möchte auf der

Strasse nicht als HIV-positiv erkannt werden. Er selber kennt keine HIV-infizierten AfrikanerInnen, wäre aber an einem losen Kontakt interessiert, um gelegentlich telefonieren zu können.

Grace (26Z): "Ich brauche viel Hilfe, und erhalte sie auch."

Grace wohnt seit 1999 mit ihrem Schweizer Ehemann in einer Schweizer Grossstadt. Vorher lebte sie einige Jahre in Paris und kam aufgrund von verwandtschaftlichen Beziehungen in die Schweiz. Sie hat aus erster Ehe zwei fast volljährige Kinder, die nach der Heirat mit dem Schweizer Mann mit ihr in die Schweiz zogen. Bis vor kurzem arbeitete sie im Hausdienst eines Pflegeheims. Allerdings tauchten plötzlich starke Rückenschmerzen auf, die sie mit ihrer körperlichen Arbeit in Verbindung brachte. In einer Arztpraxis wurde sie einige Wochen mit Injektionen behandelt. Als keine entscheidende Besserung eintrat, wurde sie um Erlaubnis gebeten, bei ihr einen HIV-Test durchführen zu können. Dieser fiel positiv aus. Die HIV-Krankheit war noch nicht weit fortgeschritten, so dass Grace physisch kaum etwas bemerkte. Aber der emotionale Schock sass tief, und sie hatte suizidale Absichten. Auch die Rückenbeschwerden hielten an, obwohl noch diverse weitere Abklärungen durchgeführt wurden, jedoch keine Ursache gefunden werden konnte. Zudem führte eine unerklärlich rasche Gewichtsabnahme dazu, dass Grace die Arbeitsstelle schliesslich aufgeben musste. Die eingeleitete antiretrovirale Therapie führte jedoch zu keinen nennenswerten Problemen, weder mit der Medikamenteneinnahme noch mit den unerwünschten Wirkungen. Emotional erholte sich Grace Dank der grossen Unterstützung ihres Ehemannes, der ebenfalls am Gespräch teilnimmt. Sie kann trotz reduziertem Allgemeinzustand zuhause leben und haushalten. Als Gründer und Eigentümer einer kleinen Firma im Sozialbereich kann er seine Arbeit weitgehend selber einteilen und Zeit mit seiner Frau verbringen. Grace wird einmal wöchentlich von einer Psychologin betreut, die ihr viel Mut zum Weiterleben gibt. Auch vom behandelnden Arzt berichtet sie aufmunternde Worte, die ihr geholfen haben.

"La vie ne s'arrête pas là. Ce n'est pas parce que tu as le HIV que tu dois mourir tout de suite. Non ce n'est pas ça. Il faut aussi lutter contre ton corps toi-même et puis vivre comme tu vivais avant en prenant les médicaments."

Zudem findet Grace emotionale Hilfe in einem Gesprächskreis mit Frauen ihres Heimatlandes. So wurde sie während ihres Spitalaufenthaltes von einem Gruppenmitglied besucht. Während des Gesprächs im Spital stellte sich heraus, dass auch dieses Gruppenmitglied HIV-positiv ist, in der Gruppe bislang aber nichts gesagt hatte und niemand etwas bemerkte, weil bei ihr keine äusseren Zeichen sichtbar waren. Nun war der Zeitpunkt für diese Frau jedoch gekommen, gemeinsam mit Grace in der Gruppe von der Krankheit zu berichten. Die Unterstützung der Gesprächsgruppe ist weiterhin

sehr gut. Auch ihre beiden Kinder hat Grace informiert und auf HIV testen lassen. Beide sind HIV-negativ. Deshalb ist sie umso mehr bemüht, vor allem ihren Sohn, der im Teenageralter ist, immer wieder zur Vorsicht zu ermahnen und bittet ihn, ein Kondom bei sich zu tragen. Zudem weiss Grace's Schwester in der Romandie von der Krankheit. Grace möchte diesen informierten Kreis nicht ausweiten, damit sich in den Familienbeziehungen möglichst wenig ändert. Kurz nach der Diagnosemitteilung schlug Grace ihrer Familie vor, dass sie alleine wohnt, um niemanden anzustecken:

"Au départ, j'ai demandé à mon mari qu'avec une telle maladie comme ça, il ne faut plus que j'habite avec vous. Il faut habiter toute seule pour ne pas contaminer. Il m'a dit que c'est pas comme ça que ça se contamine."

Dank der informierten Entscheidung des Ehemannes, sich nicht zu trennen, ist die Familie zusammen geblieben. Aber Grace legt Wert darauf, dass ihre Kinder und ihr Mann gelegentlich wieder einen HIV-Test machen, um sicher zu sein, dass nichts passiert ist. Und mit ihrem Ehemann hat sie vor einigen Jahren die sexuelle Beziehung beendet, da sie zu grosse Angst hat, ihn auch trotz Kondomgebrauch anstecken zu können.

Gentile (27Aa): "In meinem Leben ist fast alles normal."

Gentile lebt mit ihrem Schweizer Ehemann und den drei schulpflichtigen Kindern in einer Schweizer Grossstadt. Ihr Mann ist für eine humanitäre Organisation tätig, und sie selber ist neben der Arbeit als Hausfrau und Mutter gelegentlich als Übersetzerin für AfrikanerInnen im Asylverfahren tätig. Aufgrund der verschiedenen Auslandeinsätze ihres Ehemannes reiste Gentile mit ihm mit, bevor die Kinder schulpflichtig wurden. So gebar sie die ersten beiden Kinder in Afrika, das dritte dann in der Schweiz. Bei allen drei Kindern war sie bereits HIV-positiv – die Diagnose erhielt sie 1989 im Rahmen der ersten Schwangerschaft – und alle drei sind ohne Kaiserschnitt und HIV-negativ zur Welt gekommen. Bei den ersten beiden wusste sie noch kaum, was Aids ist, und so erhielten weder sie noch ihre Kinder irgendwelche medikamentösen Therapien. Beim der dritten Schwangerschaft wurde ihr dringend ein Kaiserschnitt empfohlen, aber sie wünschte eine Spontangeburt. Das Baby erhielt jedoch nach der Geburt eine prophylaktische medikamentöse Therapie. Ausserhalb der engeren Familie und des Behandlungsteams weiss niemand von der HIV-Infektion, und das soll auch so bleiben, denn Gentile möchte weder in der Nachbarschaft noch bei AfrikanerInnen – mit denen sie allerdings wegen Zeitmangels nur wenig Kontakte pflegt – ins Gerede kommen. In der Schweiz – und in Afrika noch verstärkt – hat die HIV-Infektion den Charakter einer "*maladie sale*", die auch mit der Pest in Verbindung gebracht wird und das Selbstwertgefühl einschränkt:

"La personne n'a plus d'estime déjà de soi même, mais aux yeux des autres non plus."

Die HIV-Infektion hat für Gentile allerdings seit einigen Jahren nur noch einen marginalen Stellenwert in ihrem Leben, denn sie nimmt in Absprache mit dem behandelnden Arzt seit vier Jahren keinerlei Medikamente mehr.

"Je vis normalement, je mange de tout, je bois de tout, j'ai une vie normale, je n'ai pas de restrictions sur quoi que ce soit. Même au niveau des médicaments, je peux prendre d'autres médicaments, ce qui n'est pas le cas quand on suit une trithérapie parce qu'il y a des médicaments qui ne correspondent pas. Là je peux prendre n'importe quel antibiotique, n'importe quel médicament comme une personne séro-négative."

Während drei Jahren hatte Gentile zuvor rund 15 Tabletten täglich eingenommen. Ausschlaggebend für das Absetzen der Medikamente war, dass eine Tablette nicht mehr produziert wurde und ihr deshalb die Einnahme eines Sirups verschrieben worden war. Dieser hatte einen schrecklichen Geschmack, und beeinträchtigte das Schlucken. Sie hörte mit der Einnahme auf, während sie zwei Wochen in Afrika im Urlaub weilte. Seit zwei Jahren ist nur noch einmal jährlich eine ärztliche Kontrolle nötig. Insgesamt hatte Gentile immer einen äusserst stabilen Krankheitsverlauf, den sie mit der Stabilität in ihrer Familie sowie mit viel Glück im Leben verbindet.

Michèle (28Bb): "Nach einer schwierigen Vergangenheit geht es mir und meiner Familie nun sehr gut."

Michèle weilte bereits in den 1960er Jahren für eine Ausbildung im Sozialbereich in der Schweiz. Hier lernte sie auch ihren ersten Ehemann kennen, mit dem sie danach in ihr gemeinsames Heimatland zurückkehrte. Im Jahr 1986 erkrankte er schwer, und als höherer Regierungsbeamter hatte er die Möglichkeit, aufgrund der kolonialen Vergangenheit des Landes in eine europäische Hauptstadt zur medizinischen Abklärung zu fliegen. Michèle erkundigte sich telefonisch, ob er Aids hatte – diese Krankheit war ihr damals bereits bekannt. Die Nachricht über seine Aids-Erkrankung war ein grosser Schock. Sofort dachte sie auch an ihre eigene Situation, und für die Abklärungen musste sie ebenfalls nach Europa reisen und die drei kleinen Kinder bei einem Kindermädchen zurück lassen. In Europa erfuhr sie dann von ihrer eigenen HIV-Seropositivität. Nach einigen Monaten kehrte sie mit ihrem Ehemann wieder nach Afrika zurück, wo er wenige Tage später starb. In den darauffolgenden Jahren erlebte sie grosse Unterstützung in einer Selbsthilfegruppe mit anderen HIV-positiven Frauen und einem Mann. Heute sind alle diese rund zehn Personen tot. Nur zu einer Frau, die mittlerweile in Paris lebt, pflegt sie per e-mail noch Kontakt. Mitte der 1990er Jahre musste Michèle vor dem Bürgerkrieg in ihrem Heimatland fliehen. Dank ihren früheren Beziehungen zur Schweiz konnte sie die Kinder bereits vor Kriegsausbruch hierher schicken. Sie selber kam wenig später in der Schweiz

an. Vor fünf Jahren lernte Michèle ihren jetzigen Ehemann kennen, den sie als „*exceptionnellement gentil*“ bezeichnet. Sie erzählte ihm zu Beginn der Beziehung von ihrer Krankheit, und sie wollte, dass er mit zur HIV-Sprechstunde kommt, um sich zu informieren und auch testen zu lassen. Da sein Test HIV-negativ ausfiel und sie selber bei sehr guter Gesundheit ist, sprechen sie kaum über Aids. Den Kindern erzählte sie nach und nach von ihrer Krankheit, obwohl sie kaum je Krankheitszeichen hatte. In Gesprächen mit ihren mittlerweile erwachsenen Kindern, die alle in derselben Stadt wohnen, fördert sie das eigenverantwortliche Verhalten in sexuellen Belangen. Bei ihrem älteren Sohn hat es jahrelang gedauert, bis er zum Test ging. Der zweitälteste liess sich vor der Hochzeit testen, und ihre Tochter hat keine Sexualkontakte, sie raucht und trinkt nicht. Aufgrund dieses Lebenswandels sieht Michèle bei ihr keine Gefahr für eine HIV-Ansteckung. Ende der 1990er Jahre reiste Michèle wieder in ihr Heimatland, um Frieden zu schliessen mit ihrer vom Bürgerkrieg geprägten Vergangenheit. Heute engagiert sich Michèle gelegentlich während ihren Ferien in ihrem Heimatland für die HIV-Prävention, beispielsweise gibt sie ihren Kindern Kondome mit, die sie in den Discos verteilen können:

„*Les enfant doives donner l'exemple*“.

Michèle hat ihr Leben seit der HIV-Diagnose entscheidend verändert. Sie achtet auf ihre Gesundheit, und da ihr Mann Ernährungsberater ist, hilft er ihr mit einer vitaminreichen Nahrung. Seit einigen Monaten trinkt sie täglich Aloé Vera Sirup, ein Mittel das in ihrem Heimatland für eine gute Wundheilung benützt wird, indem man es über die Wunden träufelt. Michèle nimmt zwar seit 1998 die antiretroviralen Medikamente, auch wenn sie sich anfänglich gegen die vielen Tabletten sträubte. Sie ist gespannt, ob sich die Zahl der CD4-Zellen aufgrund der Aloé Vera Therapie verbessert. Ihr Arzt glaubt entgegen Michèle's Überzeugung nicht an einen positiven Effekt. Neben dieser Alternativtherapie gibt Michèle auch ihr Bauprojekt in ihrem Heimatland viel Kraft. Auf dem grossen Gelände ihres verstorbenen Ehemannes will sie einen Komplex bauen lassen mit Zimmern für StudentInnen, ein Rekreationshaus, Platz für Aids-Waisen etc. Sie möchte dann mit ihrem Ehemann im Sommer in der Schweiz und im Winter in Afrika leben.

Auch in ihrem christlichen Glauben findet Michèle Halt. Jeden Montag treffen sich in ihrer Wohnung ein paar Personen zu einer „*cellule de prière*“, und auch ihre Erwerbsarbeit in einer sozialen Institution sieht sie im religiösen Sinn als „*travail pour le ciel*.“ Zudem hat sie zu einer Pflegefachfrau aus ihrem Heimatland, die in der HIV-Sprechstunde arbeitet, Vertrauen gefasst, auch wenn es zu Beginn etwas unangenehm war, mit einer „*compatriote*“ über Aids zu sprechen.

Margret (30Dd): "Mit einer HIV-Infektion kann ich vorläufig bleiben, ohne hätte ich sofort gehen müssen."

Margret wurde bereits als 1A porträtiert. Als ihr Touristenvisum ablief und sie nach Afrika zurückkehren sollte, beantragte sie ohne Wissen der Ordensschwester Asyl an einer Schweizer Aufnahmestelle. Sie erhielt jedoch kurzerhand den Nichteintretensentscheid und fand daraufhin kurzfristig bei einer Asylorganisation ein Dach über dem Kopf. Wenige Tage später tauchten akute gesundheitliche Probleme auf, die eine notärztliche Behandlung erforderten. Es stellte sich heraus, dass Margret HIV-positiv ist. Für Margret war das ein Schock, und sie dachte an einen Suizid, denn sie kannte die Ausgrenzung von Aidskranken in ihrem Heimatland, und sie fürchtete ein ähnliches Schicksal in ihrer Situation in der Schweiz. Durch diese HIV-Diagnose gerieten die Rückkehrpläne durcheinander, weil Margret in ihrem Heimatland keinen Zugang zu der in der Poliklinik eingeleiteten antiretroviralen Aids-Therapie erwarten konnte. Sie erhielt unter anderem auch dank der Unterstützung eines unentgeltlichen Rechtsdienstes für 12 Monate ein Bleiberecht (Ausweis F), bis sich ihre Krankheitssituation stabilisiert hatte. Durch die gute Unterstützung in der Poliklinik, von der Ordensschwester sowie einer Vertreterin einer Asylorganisation verflüchtigten sich die suizidalen Gedanken. Dazu trug auch bei, dass sie durch den Besuch in der Baptistengemeinde ihren Glauben aktiv leben kann. Margret begann auch wieder täglich in der Bibel zu lesen. Erzählen mochte sie jedoch ausser ein paar wenigen Personen niemandem von ihrer Erkrankung – zu gross waren die Scham und die Angst vor Ausstossung. Erstaunlich schnell pendelten sich ihr soziales Leben und die neue Medikation ein. Aufgrund der Zuordnung des Asylwesens wohnt sie nun in einer mittelgrossen Stadt in einem Asylzentrum. Die Wochenenden verbringt Margret weiterhin bei der Ordensschwester. Durch diesen Rhythmus hat sich eine hohe Stabilität in ihrem Alltag ergeben. Allerdings bleibt die Spannung für das Leben "zwischen den Kontinenten" bestehen. Um die medikamentöse Therapie weiter zu stabilisieren, und weil in ihrem Herkunftsland eine geeignete Therapie noch immer nicht zugänglich ist, wird ihr im Winter 2005 erneut ein Bleiberecht für 12 Monate gewährt.

Gruppe C: Personen ohne vorab festgelegten Bezug zu HIV/Aids

Melwe (4D): "Un coup – une capote; une capote – un coup"

Melwe weilt für einige Monate als Austauschünstlerin Malerin und "Comédienne" in einer grösseren Schweizer Stadt. Während ihres Aufenthaltes entsteht der Kontakt zur lokalen Aidshilfe, so dass sie ihr in Afrika einstudiertes Präventions-Puppentheater auch hier aufführen kann. Seit Ende der 1980er Jahre arbeitet sie in ihrem Heimatland, aber auch in Frankreich mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen und gelangte durch die zunehmende Aidsproblematik in ihrem Heimatland zum Engagement in der HIV-Prävention. Vor allem der jugendliche Drang nach Sexualität macht ihr

Sorgen, denn die Neugierde nach Sex lässt sie den Schutz meistens vergessen oder ignorieren. Sie ist überzeugt, dass die Prävention gerade bei Jugendlichen durch den bildlichen Ausdruck deutlich an Attraktivität gewinnt. Dazu gehört, dass zentrale Botschaften wie beispielsweise das Kondom auf dem Penis benannt und gezeigt werden. Im Theater bietet sich ein spielerischer Umgang damit sehr gut an, beispielsweise eine Holzattrappe, die durch ein Loch im Stoff hervorbaumelt, und der durch verschiedene Spiele ein Kondom übergezogen wird. Ihre prägnant formulierte Devise lautet dann

"Un coup – une capote; une capote – un coup."

Diese Botschaft, welche die konsequente und einmalige Verwendung des Kondoms verbreitet, wird während des Theaterstücks wie ein Refrain wiederholt. Solche Inszenierungen sprechen die ZuschauerInnen aufgrund von Malwe's Erfahrung sehr gut an. Sie spricht in ihrem Stück auch den HIV-Test an und lässt dann das Publikum mitdiskutieren, ob ein Test bei einem bestimmten Verhalten einer Theaterfigur angezeigt ist oder nicht. Die lokale Aidshilfe bat Malwe aufgrund dieser Erfahrungen und ihrer in die Schweiz mitgebrachten Utensilien, in zwei Schweizer Städten eine Aufführung zu veranstalten. Ihre Erfahrung dabei:

"Les Suisses sont un peu timide. Ils ne pose pas des questions."

Alice (18R): "Wir brauchen weniger Forschung und mehr Taten."

Alice ist Religionswissenschaftlerin und arbeitet für einige Jahre in der Schweiz bei einer Organisation, die sowohl in Afrika und anderen Kontinenten Entwicklungsarbeit leistet als auch in der Schweiz den Austausch zwischen den Kulturen aktiv fördert und dazu VertreterInnen von Ländern des Südens zur Mitarbeit in der Schweiz einlädt. Sie wurde durch die hohe HIV-Prävalenz in ihrem Heimatland im südlichen Afrika zum Thema HIV/Aids sensibilisiert. Da sie nur für einige Berufsjahre in der Schweiz weilt, liegt ihr die Verbesserung der HIV/Aids-Versorgung in ihrem Heimatland besonders am Herzen, und dazu engagiert sie sich in der Kampagne "Afrika braucht Medikamente – jetzt", die von den beiden kirchlichen Entwicklungshilfeorganisationen HEKS¹⁷⁰ und Bethlehem Mission Immensee¹⁷¹ initiiert wurde. Diese Kampagne hat zum Ziel, dass die Schweizer Regierung, die Pharmaindustrie und die Kirchen finanziell, patentrechtlich und kirchenpolitisch die Situation der Aidskranken in Afrika generell und den Zugang zu Medikamenten im speziellen verbessern. Im Gespräch spürt man die Ungeduld von Alice, dass es viel mehr Aktion brauche und weniger Studien, weshalb sie auch nur zögerlich am Interview teilgenommen hat. Alice wurde im Zuge ihres Engagements von AfrikanerInnen in ihrer Region zu HIV/Aids angesprochen, und so entwickelte sich

¹⁷⁰ HEKS: Hilfswerk der Evangelischen Kirchen Schweiz, www.heks.ch (Zugriff am 3. Mai 2005)

¹⁷¹ www.bethlehem-mission.ch (Zugriff am 3. Mai 2005)

allmählich eine Form der MediatorInnen-Arbeit, die sie im semi-offiziellen Rahmen ausübt. Sie sorgt sich dabei vor allem um das Gespräch zwischen Jugendlichen und deren afrikanischen Eltern, denn hier ist ihr die Kommunikation zu HIV-relevanten Themen durch die langjährige Tabuisierung von Aids und Sexualität besonders wichtig. Durch ihre spontane und kommunikativ starke Umgangsform erreicht Alice, dass das Eis rasch gebrochen ist, und dass ein Gespräch über die Ängste und Bedürfnisse der Eltern stattfinden kann. Dies wiederum bringt ihr einen Erfahrungsschatz für ihr Präventionsengagement nach ihrer Rückkehr in ihr Herkunftsland.

Phil (34li): "Ich beginne einfach über Aids zu reden."

Phil weilt als Tourist für drei Monate in der Schweiz. Er hat in seinem Heimatland SchweizerInnen kennen gelernt, die in einem Entwicklungsprojekt arbeiteten und ihn einluden, sich in der Schweiz nach dem Aids-Tod seiner Ehefrau zu erholen. Er hat sie rund um die Uhr zuhause gepflegt und zusätzlich mit seiner Mutter für die zwei schulpflichtigen Kinder gesorgt. Dafür erntete er in der Nachbarschaft wenig Verständnis, weil die Ausgrenzung von Familien mit Aidskranken die Norm ist. Aber die häusliche Pflege und die Hilfe, die von einer Missionsstation aus geleitet wurde, half ihm, die Aufgabe so gut als möglich zu bewältigen. Die Kinder besuchen die nahe gelegene Missionschule und sind auch jetzt während seines Aufenthaltes in der Schweiz gut versorgt. Nach seiner Rückkehr möchte er möglichst viel Material zu Aids mit nach Hause nehmen, um mit neuer Energie in der Aidsprävention zu arbeiten. Phil ist in einem religiös und politisch liberalen Elternhaus aufgewachsen, und er ist seit Kindheit durch die lokale katholische Missionsstation und –schule mit der westlichen Denkweise vertraut. Der Priester und die Ordensschwestern unterstützten ihn sehr, indem sie sich solidarisch zeigten mit ihm. Auch wurde in der Schule seiner Kinder über Aids gesprochen, denn sie sind längst nicht die einzigen, die von Aids in der Familie betroffen sind. Diese Unterstützung half Phil sehr, so dass er nicht für alle Arbeit alleine aufkommen musste, denn die Pflege seine Frau war bereits anstrengend genug. Es grenzt an ein Wunder, dass Phil selber und seine zwei Kinder nicht HIV-infiziert sind. Zwar hat die Missionsstation entgegen der katholischen Empfehlung Kondome gratis zur Verfügung gestellt, aber Phil sagt ehrlich, dass er all die Jahre nicht immer konsequent war im Kondomgebrauch. So wurde seine jüngere Tochter geboren, als seine Frau bereits die HIV-Diagnose hatte. Dieses Glück ist für ihn heute eine weitere Motivation, sich in der Aidsprävention zu engagieren. Das tut er auch während seines Schweizer Aufenthaltes, in dem er spontan dunkelhäutige Menschen vor allem in Bahnhofftreffpunkten anspricht und über Aids und seine Erfahrungen mit seiner verstorbenen Ehefrau zu reden beginnt. Dabei stösst er mehrheitlich auf positive Reaktionen, denn die angesprochenen Personen hatten offenbar noch kaum je Gelegenheit, so offen und konkret mit jemandem über HIV/Aids zu sprechen.

Cyril (36Jj): "Die jungen Afrikaner sind anders. Sie unterwerfen sich nicht dem Machogehabe."

Cyril studiert politische Wissenschaften in der Schweiz, da eine seiner Schwestern ebenfalls in der Schweiz lebt. Familiär und auch an der Universität fühlt er sich sehr gut integriert. Das Interview hat ihn erneut aufmerksam gemacht, wie aktuell das Thema noch immer ist. Mit ungefähr 10 Jahren hat er durch einen Werbespot erstmals bewusst von Aids/HIV gehört. Das Thema hat ihn sehr interessiert und war mit einer Mischung von Neugierde und Bedrohung verbunden. Danach hat er sich aktiv bei lokalen Organisationen informiert. Später, als er in einer grösseren Stadt wohnte, ist er aus eigener Initiative in Spital gegangen, um zu sehen, wie es erkrankten Menschen geht. Er habe die Leute beobachtet, allerdings ohne sie anzusprechen, da er dies unangebracht fand. Konkrete Berührungspunkte zu HIV/Aids gab es in seinem Leben bislang aber nicht. Deshalb weckte das Interview das frühere Interesse am Thema.

Er kann sich für seine Landsleute in der Schweiz durchaus ein Engagement in der Aidsprävention vorstellen und auch im Zuge des Interviews mit verschiedenen Personen über HIV/Aids zu sprechen begonnen. Er betont, dass dabei heute andere Akzente gesetzt werden müssten als früher, denn die afrikanischen Frauen und Mädchen emanzipieren sich sowohl auf dem afrikanischen Kontinent als auch in der Schweiz zunehmend. Sie überlassen z. B. die Schwangerschaftsverhütung nicht den Männern, da sie wissen, dass dies in ihrem eigenen Interesse liegt. Auch sonst unterwerfen sie sich nicht mehr dem traditionellen "*Machogehabe*" und entscheiden in sexuellen Belangen immer häufiger eigenständig. In Bezug auf die HIV-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz ist es am wichtigsten, dass man mittels direkter zwischenmenschlicher Kontakte an die Leute heran geht. Dies habe zweifelsohne die grösste Wirkung bei Frauen und bei Männern und ganz besonders in gemischten Gruppen. In solchen Treffen kann zwar heute oft schon besser miteinander über sensible Themen gesprochen werden als noch vor zehn Jahren, aber dennoch braucht es eine gute Moderation. Diese Aufgabe könnte er sich aufgrund seiner Erfahrungen und seiner Fähigkeiten gut vorstellen.

Margret (1A): "Das Kondom ist nicht à la mode."

Margret erzählt, dass sie mit einem Touristenvisum einem Schweizer Mann in die Schweiz gefolgt ist. Allerdings erweisen sich seine Versprechungen, bei ihm leben zu können, als Luftblase, so dass sie sich um eine neue Bleibe kümmern muss. Sie gelangt an eine Baptistengemeinde, deren religiöse Ausrichtung sie bereits in ihrem Heimatland kannte und knüpft einige Kontakte. Ebenso gibt ihr jemand eine Visitenkarte einer Schweizer Ordensfrau, die selber viele Reisen in zahlreiche afrikanische Länder unternommen hat, und die sich immer wieder um "gestrandete" AfrikanerInnen

in der Schweiz kümmert. Margret kann während der Visa-Gültigkeitsdauer bei der Ordensfrau bleiben und kümmert sich derweil vor allem um den Haushalt. Es zeichnen sich jedoch keine Möglichkeiten ab, dass Margret in der Schweiz bleiben kann. So hilft die Ordensschwester Margret bei der Beschaffung eines Rückflugtickets. Dabei nimmt sie auch Kontakt mit der zuständigen Botschaft auf, um eine Verlängerung der Papiere von Margret zu ersuchen, bis alles für die Rückkehr geregelt ist. Angesichts dieser turbulenten Zeit ist das Thema HIV/Aids für Margret nicht vordergründig. Nachdem sie das nicht in Erfüllung gegangene Heiratsversprechen des Schweizer Mannes weggesteckt hat, möchte sie dennoch in der Schweiz bleiben und hier heiraten.

"I want a coffee baby – white and black together."

Dass bei einer neuen Partnerschaft ein HIV-Test angezeigt ist, betont sie zwar, aber aus den Worten von Margret wird deutlich, dass dem konsequenten Schutz vor einer HIV-Ansteckung der innige Wunsch nach Bindung und Familie entgegensteht.

Aids hat in der Wahrnehmung von Margret nicht vornehmlich mit Sex zu tun, sondern mit einem Erlebnis in ihrer Familie. Ihr Bruder hatte in ihrer afrikanischen Heimatstadt einen Autounfall und brauchte Blutkonserven. Deshalb wurde den Familienangehörigen empfohlen, ihre Blutgruppen testen zu lassen, damit es bei Blutgruppen-Kompatibilität dem Bruder transfundiert werden konnte. Zuerst wurde das Blut eines anderen Bruders getestet, und weil dies kompatibel war, ging Margret selber nie zum Test. Wenn jemand HIV-infiziert ist, so denkt Margret als erstes daran, dass niemand in der Familie Blut geben wollte. Und das bedeutet für sie eine Familie, die nicht füreinander da ist.

Michel (2B): "Das Kondom ist eine Notbrücke über einen reissenden Fluss."

Michel arbeitet seit 6 Jahren als katholischer Pfarrer in einer kleineren Gemeinde in der Deutschschweiz. Zuvor studierte er Theologie in Fribourg. Er ist weiterhin mit Landsleuten in der Romandie im Kontakt. Zur Information an die gesamte Gruppe seiner Landsleute aus dem frankophonen afrikanischen Land gibt eine kleine Redaktionskommission regelmässig ein Heft heraus, in dem über verschiedene Themen informiert wird. Zufälligerweise war das letzte Heft vor der Interviewdurchführung dem Thema HIV/Aids gewidmet, weil in Michel's Heimatland ein Dokument zu HIV/Aids publiziert wurde, das die Redaktionsgruppe den Landsleuten in der Schweiz näher bringen wollte. Anlass war vor allem die hohe HIV-Prävalenz im Heimatland. Als Redaktionsmitglied hat sich Michel in dieses Dokument und in die Materie HIV/Aids eingelesen. Er schlussfolgert, dass die Aids-Ausbreitung in seinem Heimatland eine Kombination verschiedener wichtiger Faktoren ist: Bildungsmangel, reservierte Haltung der vorwiegend katholischen Bevölkerung zu sexuellen Belangen, Zurückhaltung der katholischen Kirche zur Verwendung des Kondoms, materielle, finanzielle und intellektuelle Armut, die Kriegsvorgänge seines Landes sowie der Widerstand in der Bevölkerung

gegen das Kondom als eine Intervention der Weissen zur Eindämmung der schwarzen Bevölkerung. All diese unterschiedlichen Faktoren führen dazu, dass eine Verhaltensänderung im Alltag nur sehr schleppend vorankommt. Die Situation von Michel's Landsleuten in der Schweiz ist dadurch gekennzeichnet, dass die allermeisten über eine Schulbildung verfügen und er meint, dass sie zu 90 % über Aids Bescheid wissen. Deshalb stellt sich eher die Frage, wie dieses Wissen zu einem sicheren Sexualverhalten bezüglich einer HIV-Ansteckung führt. Michel stellt dazu fest:

"Après que la personne aie fait l'expérience elle-même c'est seulement à ce moment là que la personne peut être à 100% consciente de la réalité du danger de la chose. Donc, comment on peut faire l'expérience si on arrive à attraper le SIDA, c'est déjà trop tard. Si on attrape le SIDA soi-même, c'est trop tard pour en faire l'expérience."

Konkrete Diskussionen zu HIV/Aids bei seinen Landsleuten in der Schweiz kennt Michel allerdings zu wenig, um genauer beurteilen zu können, wie sich diese Erfahrungen in der Schweiz zeigen. Auch kennt er die aktuellen MediatorInnen-Projekte AFRIMEDIA und Multicolore nicht. Das herausgegebene Heft war eher dazu gedacht, die biomedizinischen und epidemiologischen Fakten zusammen zu führen, die dank der entsprechenden Bildung der Leserschaft verstanden werden können. Das Heft trägt laut Michel auch zur Enttabuisierung von HIV/Aids in der Schweiz bei.

Michel äussert sich auch zur Haltung der katholischen Kirche und deren Haltung zu Aids, bzw. zur Aidsprävention. Er meint, dass die katholische Kirche die Liebe wie einen breiten Fluss darstelle, dem man folge, und dem man treu bleibe. Jedoch gebe es Momente im Leben, wo man eine Notbrücke brauche, weil man dem Fluss nicht treu folgen könne. Für solche Situationen sei das Kondom gedacht. Die katholische Kirche schützt das Leben entlang des Flusses der Liebe, das heisst vor allem Unterstützung der Familien, Bekämpfung der Armut und Fördern der Schulbildung, damit die Notbrücke möglichst nicht benützt werden muss. Allerdings ist sich Michel sehr wohl bewusst, dass verschiedenste Lebensumstände diese Brücke erfordern. Mehrmals erwähnt er dazu die Prostitution, die ein ständiger Begleiter ist in Zeiten des Krieges und der Armut. Aufgrund der nicht verfügbaren Kondome in diesen Situationen vermutet er, dass sich seine HIV-infizierten Landsleute vor allem in Afrika und auf den langen Migrationswegen in die Schweiz angesteckt haben. Die andern Landsleute, die sich in der Schweiz mittlerweile etabliert haben, verfügen zwar über genügend Wissen, um sich nicht anzustecken, allerdings fehlt ihnen vermutlich der praktische Umgang mit dem Kondom (Handhabung, Gleitmittel etc.), wenn sie denn die erwähnte Notbrücke besteigen. Michel kennt keine HIV-infizierten AfrikanerInnen in der Schweiz, aber falls er jemandem begegnen würde, so stünde die Art der Ansteckung nicht im Zentrum, sondern die Tatsache, dass dieser Mensch an einer schweren Krankheit leidet und seine Tage gezählt sind. Wie bei jeder

kranken Person würde er – ganz im Einklang mit dem barmherzigen Samariter – den Leidensweg dieser Person begleiten.

Pierre (7G): "Das rosarote Kondom in STOP AIDS ist ein guter Blickfang."

Pierre lebt seit einem Jahr im Asylzentrum, das er als "Endstation" nach einer langen Reise bezeichnet. Das Abwarten und die grosse Langeweile zermürben ihn. Er pflegt wenige Kontakte im Asylzentrum, Abwechslung findet er im Internet, zu dem er in einer nahe gelegenen Universität Zugang hat. Pierre hat sich bislang noch wenig Gedanken zu HIV/Aids gemacht und nur am Fernsehen einige Diskussionen über Aids gesehen und einige Kampagnen im Wohnquartier erlebt. Freunde von ihm haben aktiv an solchen Kampagnen teilgenommen und Broschüren, Video-kassetten und Präservative verteilt. Aber Pierre hat diese Mitarbeit nie interessiert. Dennoch äussert er sich dezidiert zur Ignoranz des Kondoms unter seinen jungen Kolleginnen und Kollegen im Heimatland. Das macht ihn sehr traurig:

"Die Jungen sind die Zukunft, und wenn sie nicht aufpassen, sind wir in Zukunft alle angesteckt."

Zwar sind Kondome in den Städten seines Landes verfügbar, aber sie werden nicht verwendet aus Faulheit, Unlust oder Unfähigkeit des technischen Umgangs. Da die Krankheit vor allem sexuell übertragbar ist, wird eine Ansteckung in der islamischen Religion als schlechter Lebenswandel angesehen, und vorwiegend mit dem Besuch bei einer Prostituierten in Verbindung gebracht. Und deshalb spricht man besser nicht davon. Allerdings sollte die Religion laut Pierre nicht mit Aids verknüpft werden, denn Aids betrifft alle, unabhängig von der Religionszugehörigkeit.

In seiner muslimischen Familie war ein Gespräch über HIV/Aids nie möglich. Pierre weiss denn auch nicht, wie seine Eltern über Aids informiert sind und was sie dazu wissen. In seinem Heimatland gab es zwar Aidskampagnen, aber das war nie ein Thema zuhause. In der Schweiz kann er sich an Plakate der Stop Aids Kampagne in der Stadt erinnern, allerdings nicht an das Sujet, aber an das Wort STOP AIDS, wobei er besonders das rosarote Kondom im 'O' erwähnt, das für ihn ein guter Blickfang war.

Pierre weiss, dass man sich als Asylbewerber nicht auf Aids testen lassen muss, und dass es bislang noch keine Heilung gibt. Vielmehr als Aids beschäftigt ihn aber das weitere Leben in der Schweiz, bzw. die drohende Rückkehr in sein Land.

Raymond (8H): "Ich bin nicht gestorben nach dem HIV-Test."

Raymond ist der Zimmernachbar von Pierre und ebenfalls Asylbewerber. Er spricht recht offen über Aids und erzählt sofort, dass er kein Problem habe, über dieses Thema zu erzählen. Bereits Ende

der 1980er Jahre hat es in seinem Heimatland Aids-Kampagnen gegeben, und heute engagiert sich auch die Präsidenten-Gattin für die Aids-Prävention. Raymond hat in seinem Heimatland auf eigene Initiative einen HIV-Test gemacht, ohne dass er sich krank fühlte. Das hat ihn grosse Überwindung gekostet, und die 3 bis 4 Tage Wartezeit danach waren schlimm, aber er hat es überlebt, und das negative Ergebnis hat ihn sehr erleichtert. Aber meistens machen die Leute den Test erst, wenn sie sich krank fühlen. Er empfiehlt allen einen Test, *"qui en ont besoins."* Er weiss auch um die Möglichkeiten, wenn er hier im Asylzentrum einen Test machen möchte. Dies hat er an einer Aids-Veranstaltung in einem früheren Asylzentrum gelernt. Raymond weiss auch um andere sexuell übertragbaren Krankheiten, allen voran Syphilis, aber der grosse Unterschied besteht für ihn darin, dass Aids nicht heilbar ist. Bei Syphilis geht er davon aus, dass nach einer Therapie von drei bis sechs Monaten alle Krankheitszeichen vorbei sind. Raymond spricht insgesamt sehr offen über Aids mit anderen Asylsuchenden und könnte sich gut vorstellen, in einem MediatorInnen-Projekt, von dem er über einen Kollegen gehört hat, mitzuarbeiten. Er kann sehr offen über das Thema und auch über den Kondomgebrauch sprechen, was ihm sicherlich für diese Arbeit zugute käme. Er betont, dass man nie genug Publizität für Aids und die Aids-Prävention machen kann:

"En faisant la publicité ils se posent eux même la question. Et peut être sur 10 personnes, on prend 2 qui croient que le SIDA existe, on gagne. Ça veut dire qu'avec la publicité, on gagne toujours."

Dies trifft gemäss Raymond besonders für die Kirche zu. Er selber besucht jeden Sonntag die Eglise Française in seiner Stadt, was wäre ein guter Ort äre, denn dort gibt es ein grosses Publikum für die Publicité.

Claudine (10J): "Die HIV-Prävention muss wie eine Missionierung sein. Nie aufgeben!"

Claudine ist Asylbewerberin, ihre beiden Kinder leben in Afrika, so dass sie hier nur für sich selber verantwortlich ist. Jedoch vermisst sie ihre Kinder sehr, die bei ihrer Schwester und deren Familie im afrikanischen Heimatland leben. Claudine erzählt sehr differenziert, wie sie Aids in Afrika und in der Schweiz wahrnimmt. Ihr erster Eindruck im Asylempfangszentrum war, dass man sich sehr gründlich mit der Gesundheit der Asylsuchenden beschäftigt. Sie ist überzeugt, dass bei ihr während diesen ersten zwei Wochen in der Schweiz ein HIV-Test gemacht wurde. Sie kann sich ebenfalls an mehrere Röntgenbilder und einen Tuberkulose-Test erinnern. Sie hatte grosse Angst, dass der HIV-Test positiv ausfallen könnte, denn dies – so meint sie – wäre sicher das Ende ihres Aufenthaltes gewesen. Da sie aber nach dem Test nichts mehr gehört hat, ist sie erleichtert und geht davon aus, dass sie gesund ist. Claudine hat verschiedene Aidskampagnen in ihrem Land erlebt, aber keine

hielt sie für besonders wirkungsvoll. Im Prinzip müsse die HIV-Prävention wie eine Missionierung sein:

"Une fois par semaine passer tout le temps un peu comme l'évangélisation à l'époque. C'est comme ça que les européens ont réussi à évangéliser un peu l'Afrique. Vous voyez qu'il y a beaucoup plus des maisons de prières que des maisons de soins."

Ausführlich erzählt Claudine, wie sie sich diese Strategie vorstellt. Die Afrikaner sind sehr gastfreundliche Leute. Wenn daher jemand an die Türe klopft, dann lässt man diese Person herein und redet über das, was sie erzählen möchte. Die Aids-Prävention muss "ins Haus" kommen, damit alle in der Familie mitreden können. Der Erfolg der Evangelisation liegt für Claudine vor allem in der Wiederholung, d. h. dass die Botschaft durch die kontinuierliche aufsuchende Arbeit an die Menschen heran getragen werden muss.

Martin (11K): "Ich hatte Glück, dass ich mich nicht mit dem HIV ansteckte."

Martin lebt mit seiner Schweizer Frau seit einigen Jahren in der Schweiz. Er reiste als Asylbewerber ein und arbeitet nun in einem Restaurant. Durch seine Schweizer Verwandtschaft und die Arbeit ist bei ihm eine soziale und kulturelle Veränderung geschehen. Die wichtigste ist, dass er – im Gegensatz zu den traditionellen Familienstrukturen in seinem Heimatland – nur eine Frau hat. Zudem schätzt er die emanzipierte Rolle von Frauen und insbesondere seiner Ehefrau, denn das bedeutet für ihn gelebte Partnerschaft. Bei Martin war früher viel Glück im Spiel, dass er während seines Lebens in Afrika nicht HIV-positiv geworden ist, denn er hat sich immer wieder riskant verhalten. Nachdem ein naher Freund an Aids gestorben ist, nahm er allen Mut zusammen, um den HIV-Test zu machen. Vor diesem Erlebnis hätte er dazu keine Motivation gehabt. Der Test wird nach Martin's Überzeugung aber von vielen Personen nicht gemacht, weil sie noch nie HIV-infizierte Menschen gesehen haben und sich daher kein Bild der Krankheit machen können. Zudem ist die Angst vor einem HIV-positiven Ergebnis, bzw. der damit verbundenen Schande sehr gross. Dies ist bei fast allen sonstigen Infektionskrankheiten anders. Martin erläutert den Unterschied zwischen Aids und Malaria dahingehend, dass man sich ersteres aktiv holt und nicht aufgepasst hat, während man mit Malaria buchstäblich im Schlaf angesteckt wird. Allerdings gibt es auch Personen, vor allem Frauen, die "Aids nicht suchen", sondern von ihrem untreuen Ehemann angesteckt werden. Und er meint, dass sich in Afrika auch viele durch Bluttransfusionen infiziert haben. Als Grund für eine Ansteckung bei vielen Menschen nennt er auch tiefe Bildung, weil Informationen den schlecht gebildeten Menschen weniger gut zugänglich sind. Radio und Fernsehen bieten einen gewissen Ersatz für mangelnde Lesefähigkeit, allerdings sind Fernseher in weiten ländlichen Regionen nicht vorhanden. Und am

Radio ist die Sichtbarkeit von Aids nicht möglich, was für die überzeugende Wirkung bei vielen Menschen wichtig wäre.

George und Sandra (13M): "Seit dem HIV-Test ist Aids für uns kein Thema mehr."

George kommt mit seiner Schweizer Ehefrau Sandra zum Interview. Sie ist Pflegefachfrau und ist deshalb am Gesprächsthema sehr interessiert, nicht zuletzt auch, weil George und sie möglicherweise in Afrika in einem Aidsprojekt arbeiten möchten. Allerdings haben sich beide zum Thema HIV/Aids noch keine intensiven Gedanken gemacht, und auch miteinander sprechen sie kaum darüber. Beide sind sich jedoch der grossen Problematik in Afrika und auch in George's Heimatland bewusst. Im Schulunterricht zu Aids interessierte sich George überhaupt nicht für Aids, obwohl die LehrerInnen die Wichtigkeit immer wieder betonten. Für die Jugendlichen war es jedoch etwas Fremdes und weit Entferntes. Er nennt dazu eine in seinem Heimatland weit verbreitete Abkürzung für Aids: *"American Idea to Disgrade Sex"*. Viele Leute glauben, dass Aids von den Amerikanern nach Afrika gebracht wurde, um den Menschen die Freude am Sex zu nehmen und zudem die Zahl der Kinder, bzw. der Bevölkerung zu reduzieren. Erst als George in die Schweiz kam, nahm für ihn die Bedeutung zu, denn ihm fielen die Plakate mit dem rosa Kondom auf. Und als er seine Frau kennen lernte, bestand sie darauf, dass sie gemeinsam einen HIV-Test machen. Seither ist Aids für ihn und seine Frau kaum noch ein Thema in der Ehe, denn als Moslem ist ihm die eheliche Treue sehr wichtig, und auch für Sandra besteht diesbezüglich kein weiterer Diskussionsbedarf. Um das Bewusstsein zu erhöhen, ist es aber sehr wichtig, Aids sichtbar zu machen:

"Seeing is living. What you see is obviously living. If you only hear, that it [AIDS] is here and there, that it is confusing."

Aber George betont, dass es schwierig sei, Tabus so sichtbar zu machen, dass die Leute nicht wegschauen. Deshalb würde er gerne mit einer HIV-infizierten Person reden können, um seine Fragen direkt stellen und mit dieser Person diskutieren zu können. Zum Schluss des Interviews macht Sandra darauf aufmerksam, dass eine wirksame HIV-Prävention nicht nur bei AfrikanerInnen in der Schweiz dringend nötig ist, sondern auch bei SchweizerInnen, denn sie kennt etliche Kolleginnen, die – zu Sandra's Erschrecken – offen darüber reden, dass sie bei kurzen Beziehungen Sex ohne Kondome haben.

Marie (14N): "Nach dem Durchgangszentrum spricht niemand mehr von Aids."

Marie ist Asylbewerberin, und sie nimmt sofort auf die Anfrage am Gespräch teil, da sie selber drei Jahre Pharmazie studiert hat und sich immer für Immunologie und Virologie interessierte. So antwortet sie verschiedentlich mit Termini der Physiologie und Anatomie. Bezüglich des Bewusst-

seins zu HIV/Aids stellt Marie einen grossen Unterschied zwischen ihrem Herkunftsland und der Schweiz fest:

"Alors en Suisse le préservatif est dans la tête de tout le monde presque."

In ihrem Heimatland hingegen ist das Kondom *"pas à la mode"*. Diese Einschätzungen zur hiesigen Situation gründen auf der Erfahrung, dass im Asylzentrum bereits mehrmals eine Information zu HIV/Aids durchgeführt wurde. Dazu sind ihr die offenen Diskussionen über den Kondomgebrauch, einschliesslich der Information zum OK-Zeichen, besonders in Erinnerung geblieben. Dabei wurden auch Frauen für die Kondomanwendung instruiert:

"Parce que nous, c'était des groupes de femmes. On nous a montré que si l'homme ne sait pas utiliser le préservatif, toi la femme comment tu peux le faire porter à l'homme."

Kondome werden im Asylzentrum zudem kostenlos zur Verfügung gestellt. Diese Veranstaltungen wurden jeweils geschlechter-getrennt durchgeführt, was Marie sehr schätzte, denn sie befürchtet bei gemischten Gruppen, dass auf beiden Seiten bei heiklen Themen und Geschichten gekichert, gelästert oder sonstwie abgelenkt wird. Solche Treffen werden laut Marie in den Asylzentren zu Beginn des Aufenthaltes in der Schweiz forciert, denn danach leben die Menschen verstreut und meistens isoliert in Wohnungen, wo sie für die HIV-Prävention kaum noch erreichbar sind. So ist auch sie selber jetzt für gesundheitliche Belange weitgehend auf sich selber gestellt. Sie weiss sich zwar weitgehend zu helfen, aber die Aidsproblematik ist nach den Informationsveranstaltungen in den Hintergrund geraten.

Germaine (16P): "Ich benütze eine sehr direkte Sprache"

Germaine stammt aus einer ländlichen Gegend eines afrikanischen Landes und lebt heute in einer grösseren Schweizer Stadt, gemeinam mit ihrem Schweizer Ehemann und den beiden Söhnen im Teenager Alter. Sie hat hier eine Physiotherapieausbildung gemacht und führt heute eine eigene Praxis. Der Präventionsgedanke ist ihr sowohl von ihrer Berufspraxis sehr vertraut, denn bei vielen ihrer KlientInnen ist aus primärpräventiver Perspektive kaum noch etwas zu erreichen, sondern viel eher für die Sekundär- und in wenigen Situationen auch für die Tertiärprävention. Germaine glaubt, dass sowohl AfrikanerInnen als auch SchweizerInnen erst dann für ihre eigene Gesundheit aufmerksam werden, wenn a) Gesundheitsprobleme auftauchen oder wenn b) ein Arzt einem ins Gewissen redet. Aus eigener Erfahrung weiss sie um diese Wirkung, als ihr der Hausarzt in bezug auf ihren hohen Zigarettenkonsum die rhetorische Frage stellte: Wollen Sie leben oder sterben? Eine

solche bildhafte Sprache benützte sie auch selber, als sie mit einer afrikanischen Bekannten diskutierte, die als Prostituierte arbeitet und für mehr Geld Sex ohne Kondom anbietet:

„Du hast eine Chance von 50 zu 50, HIV zu bekommen. Wenn du Pech hast, kannst du das viele Geld nach kurzer Zeit nicht mehr geniessen.“

Angesprochen auf Aids-krankte AfrikanerInnen in der Schweiz, spricht Germaine von *"afrikanischer Solidarität"*. Darunter versteht sie beispielsweise die moralische Pflicht ins Spital zugehen, wenn jemand Aids hat.

Eine ebenso pointierte Haltung nimmt Germaine ein, wenn sie in ihrem Heimatland in den Dörfern umherreist. Sie kennt die Sprache der Menschen, da sie selber in einem kleinen Dorf aufgewachsen ist. Sie meint, Kondome sollten in Afrika gratis abgegeben werden, denn Germaine ist überzeugt, dass diese auch benützt werden. Für die Schweiz begrüsst sie die Möglichkeit, dass Kondome z. B. in Zigarettenautomaten gekauft werden können, denn viele AfrikanerInnen schämten sich, Kondome in der Apotheke oder im Supermarkt zu kaufen.

Ibrahim (19S): "Eine feste Partnerschaft ist das beste Präventionsmittel."

Ibrahim lebt mit seiner Schweizer Frau und dem gemeinsamen kleinen Kind in einer grösseren Schweizer Stadt, wo er ein eigenes Textilgeschäft führt. Er verbringt pro Jahr mehrere Monate in seinem muslimischen Heimatland, wo er für Textilien recherchiert. Er ist praktizierender Muslim, und aufgrund seines Glaubens ist eheliche Treue und damit sexuelle Abstinenz ausserhalb seiner Ehe – oder generell ausserhalb einer festen Partnerschaft – das allerbeste Präventionsmittel. Das Leben braucht eine Struktur, um gedeihen zu können. Menschen, die dieser Struktur nicht folgen können bezeichnet er als *"ceux qui s'aventurent ouvertement avec n'importe qui"*. Er akzeptiert zwar die Verwendung von Kondomen, aber für gläubige Muslime sollte dies kaum je der Fall sein. Ibrahim weiss, dass in seinem Heimatland die HIV-Prävalenz verhältnismässig tief ist, und er führt dies im wesentlichen auf das Verhalten gläubiger Muslime und Musliminnen zurück. Auch der Tourismus von Europa nach Afrika in den vergangenen zwei bis drei Jahrzehnten, der in seinem Land bislang wenig ausgeprägt ist, stellt für ihn ein zentrales Element für die Ausbreitung von Aids vor allem in ost- und zentral-afrikanischen Ländern dar. In Europa beobachtet Ibrahim, dass Aids und Drogen stark miteinander verbunden sind, und er stellt die kritische Frage, ob in der Schweiz den Drogensüchtigen ebenso Respekt entgegen gebracht wird, wie anderen Aidskranken.

Ibrahim übt grosse Zurückhaltung, wenn er sich eine Begegnung mit einem HIV-infizierten Menschen vorstellt. Für ihn ist im Leben einer solchen Person einiges falsch gelaufen, das kaum wieder gut zu machen ist. So ist er auch der Meinung, dass afrikanische MigrantInnen vor der Ausreise auf HIV getestet werden sollten, damit im Falle eines positiven Resultats sowohl in Afrika als auch nach

der Einreise in die Schweiz rasch Behandlungsoptionen diskutiert werden können. Allerdings weiss er um die beschränkten Mittel für die Aids-Behandlung in Afrika, und er verbindet dies mit einer Anklage an die pharmazeutische Industrie, die sie viel zu lange abwartete, bis die Medikamente billiger und besser verteilt sind.

Alime (20T): "Ich wusste nicht, dass ein Aidskranker Mensch gesund aussehen kann."

Alime¹⁷² lebt als Asylbewerber in der Schweiz. Seine ersten persönlichen Erinnerungen an die Aidsdiskussion stammen aus seiner Schulzeit. Seine Wahrnehmung damals war, dass Aids durch Zufall einen Menschen befällt, und dies für ihn den raschen Tod bedeutet. Erst später erfährt Alime in zahlreichen Fernsehbeiträgen Genaueres zur HIV-Prävention, insbesondere über die Ansteckungswege und über das Leben als Aidskranker Mensch. Den ersten HIV-infizierten Menschen – einen weissen Mann – hat er in der Schweiz gesehen, als ihm eine Servierfrau erzählte, dass ein Gast, dem Alime in der Bar begegnet ist, Aids hat. Da dieser jedoch gesund aussah, konnte Alime die Information kaum einordnen, denn er erwartete von einem Aidskranken Menschen ein trauriges Gesicht und einen ausgemergelten Körper. Erst in der Schweiz erfuhr Alime, dass die medikamentösen Therapien ein deutlich längeres Leben auch ohne äusserliche Zeichen ermöglichen. So interessiert er sich im Gespräch dafür, wie sich die Krankheitszeichen in der Schweiz manifestieren, denn dies wurde an einer Präventionsveranstaltung im Durchgangszentrum nicht erwähnt. Er kann aufgrund der Informationen der Autorin nun auch einordnen, dass ein HIV-Test wichtig ist, auch wenn noch keine Krankheitszeichen aufgetreten sind. Er meint sogar, dass ein HIV-Test sehr wichtig ist, weil eine lange Phase der Ungewissheit auch dazu führen kann, dass man derweil andere Erkrankungen entwickelt. Zudem weiss er unterdessen, dass eine früh einsetzende Therapie gute Chancen für ein längeres Leben bietet. Die Vorgehensweise bei einem anonymen HIV-Test kennt er nicht, jedoch sind für ihn – aufgrund der Erklärungen der Autorin – sowohl ein anonymer als auch ein namentlicher Test akzeptabel. Bezüglich der HIV-Prävention ist für Alime wenig verständlich, dass es religiöse Gruppierungen, bzw. deren Führungspersonen gibt, die den Präservativgebrauch verurteilen. Das erhöht nach seiner Meinung das Risiko für eine Ansteckung erheblich. Und er sieht noch eine weitere Gefahr in vielen afrikanischen Ländern. Oft gehen Frauen und Männer eine sexuelle Beziehung ein mit Menschen, die sie vom Quartier oder von der Schule kennen. Für die HIV-Prävention bedeutet dies, dass der Ruf einer Person und auch ihre familiäre Herkunft höher gewichtet werden als ein HIV-Test vor dem ersten Sexualkontakt oder die Prinzipien des Safe Sex. Diese Tradition ebnet den Weg zur HIV-Ausbreitung.

¹⁷² Alime und Moussa nehmen auf eigenen Wunsch gemeinsam am Gespräch teil. Da sie sich inhaltlich jedoch sehr unterschiedlich äussern, werden ihre Kurzportraits getrennt dargestellt.

Moussa (21U): "Zu viel über Aids zu wissen kann auch peinlich sein."

Moussa ist ebenfalls Asylbewerber und lebt im selben Durchgangszentrum wie Alime. Seine Kenntnisse zu Aids bezog er in Afrika vorwiegend über das Internet und Mund-zu-Mund Informationen. Heute spricht man unter seinen Freunden im Heimatland viel häufiger über das Thema als noch vor wenigen Jahren. Zudem ist er selber in einer Familie gross geworden, in der über sexuell übertragbare Krankheiten diskutiert wurde.

"Mais c'était pas courant normal. Des fois j'avais des problèmes en école parce que je disais des mots que les autres n'ont jamais entendu. C'était pénible."

Vor allem seine Mutter hat ihm immer wieder Ratschläge gegeben, dass er sich nicht ansteckt. So fiel es ihm auch nicht schwer, an einer Aids-Präventionsveranstaltung in seinem Durchgangszentrum teilzunehmen, und über die Ansteckungswege und andere HIV-relevanten Themen zu diskutieren. Er berichtet auch von Informationen, die er über HIV-Testmöglichkeiten erhalten hat. Er meint, dass er drei Monate bis zu einem Test warten muss, weil vorher der Virus noch zu klein sei, um nachgewiesen zu werden. Für ihn war diese Wartezeit – er hat einen Monat vor dem Interview einen HIV-Test gemacht – bis zum Testergebnis mit viel Angst vor einem möglichen HIV-positiven Resultat verbunden. Er überlegte sich deshalb, ob er sich während der drei Monate eine Gesprächsmöglichkeit mit Personen in derselben Situation sucht, hat diese Idee jedoch nicht realisiert. Als er das Resultat beim Arzt in der Praxis entgegen nahm, war er sehr erleichtert. Ein Gespräch über das Testergebnis hat nicht stattgefunden.

Simon (24X): "Ein Gebet hilft für die Heilung."

Simon lebt bereits seit vielen Jahren in der Schweiz, gemeinsam mit seiner Schweizer Ehefrau. Er war bereits in Afrika verheiratet und steht mit seinen Kindern, die bei der Mutter in seinem Heimatland leben, weiterhin in gutem telefonischem und persönlichem Kontakt. Er und seine jetzige Frau arbeiten im Pflegedienst eines Alterszentrums. Sie führen ein ruhiges und eher zurückgezogenes Leben. Simon trifft auch kaum afrikanische KollegInnen. Aids ist in Simon's Leben kaum präsent, denn er ist verheiratet und seiner Frau treu. Manchmal spricht er mit seinen erwachsenen Kindern darüber, wie sie sich vor einer HIV-Ansteckung schützen können, denn sie leben zurzeit beide nicht in einer festen Beziehung. Ein wichtiger Kontakt ausserhalb der Ehe und der Erwerbsarbeit ist für Simon eine evangelikale Bibelgruppe, in der er regelmässig in Gebetskreisen teilnimmt. Er liest auch zuhause täglich in der Bibel. Er suchte diese lokale Gruppe aktiv auf, denn er war bereits in seinem Heimatland Mitglied dieser Freikirche. Beim Gedanken an Aids denkt Simon oft daran, dass die Aidskranken geheilt werden könnten, wenn sie sich im Gebet an Jesus Christus wenden. Er be-

richtet von einer Videokassette, in der eine solche Heilung und Vergebung beschrieben wird. Gott wird als allmächtig beschrieben, der auch Aids aus einem Körper entfernen kann. Einen persönlichen Kontakt mit Aidskranken würde Simon vermeiden oder allenfalls einen Besuch im Spital machen, um dieser Person zu helfen, auf den richtigen Weg zu kommen. Aus Simon's Optik haben sich gläubige Aidskranke schuldig gemacht. Nicht-gläubige Kranke hingegen nehmen weniger Schuld auf sich, denn ihr Verhalten wird nicht am Glauben gemessen. Beide brauchen jedoch Unterstützung, vor allem im Gebet.

Zur HIV-Prävention akzeptiert Simon das Kondom, denn eine weitere Verbreitung muss gestoppt werden. Und das dient auch zum Schutz vor dem Hauptansteckungsweg, den Simon als *"Intimproblem"* bezeichnet. Damit verbindet er auch schlechte Hygiene sowohl bei der Frau als auch beim Mann. Simon ist sich der Realität von promiskuitivem Verhalten sehr bewusst, deshalb ist das Kondom auch wichtig für Männer bei ausserehelichen Sexualkontakten, damit sie zuhause ihre Ehefrau nicht anstecken.

Eto (32Ff): "Ein Aids-Test muss einen logischen Grund haben."

Eto wurde durch seinen afrikanischen Freund auf die Studie aufmerksam gemacht und für die Teilnahme motiviert. Er lebt mit seiner Schweizer Ehefrau und bald einem gemeinsamen Kind in einer Schweizer Grossstadt. Beruflich ist er – ähnlich wie in seinem Herkunftsland – in der Baubranche tätig. Aids hatte bislang in Eto's persönlichem Leben wenig Bedeutung, aber er anerkennt, dass die Aids-Epidemie für Afrika ein zentrales Thema der Gegenwart und vor allem der Zukunft ist. Mit seinen Freunden sprach er damals nicht oft darüber, weil man durchs Reden bekennt, ein Problem zu haben:

"If you see the people talking about something, they might have a big problem, like if you have a problem about something you can speak about it."

Hinzu kommt, dass die Menschen in seinem Land auch heute noch keine Aidskranken sehen und daher Schwierigkeiten haben, an die Krankheit zu glauben. Sie verbinden Aids nicht mit einer spezifischen Krankheit, sondern mit den Konsequenzen eines schlechten Lebenswandels etwa durch Promiskuität oder Drogenkonsum. Dabei können jedoch allerlei Krankheiten auftauchen, nicht nur Aids. Er betont jedoch, dass seine Landsleute, die in der Schweiz leben, meistens gebildet sind und daher – wie er selber – die Grundzüge der Infektion verstehen und deshalb auch mehr über Aids wissen möchten. Sie wissen auch um die Schutzwirkung des Präservativs, allerdings sieht er keine starke Verbreitung in seinem Land, denn aufgrund der islamischen Tradition haben junge Frauen und Männer nur selten FreundInnen vor der Heirat, und danach sind sie zur ehelichen Treue verpflichtet. Diese Tradition wandelt sich zwar langsam, und deshalb ist es wichtig, dass über den

Kondomgebrauch geredet wird. Präservative werden zwar von ausländischen Organisationen zur Familienplanung angeboten. Jedoch haben längst nicht alle Frauen Zugang zu diesen Organisationen, und die Inanspruchnahme der Angebote wird ihnen von den Ehemännern manchmal auch verwehrt, denn Familienplanung ist ein fremdes Thema für die Menschen in seinem Land. Kinder bedeuten einen Reichtum, der nicht unterbunden werden soll. Allenfalls dient das Kondom für einen Unterbruch in der Geburtenfolge einer Frau. Das Wort Kontrolle nennt Eto in einem anderen Zusammenhang: In Europa haben die Menschen oft keine Kontrolle über ihr Leben, beispielsweise beim Alkohol- oder Drogenkonsum oder bei der Sexualität. Viele leben alleine und haben keine Familie, die korrektiv eingreift. Das sieht er als Grund dafür, weshalb sich Aids ausbreitet, obwohl hier alle über genügend Informationen zur Ansteckung verfügen. Schliesslich spricht Eto über die Notwendigkeit eines HIV-Tests. Dieser ist für Männer und Frauen insbesondere vor der Heirat wichtig, und auch dafür, dass bei einer allfälligen Krankheit eingegriffen werden kann. Obligatorische HIV-Tests nur für Asylsuchende bezeichnet er hingegen als *"nonsense"* und begründet dies mit seiner eigenen Situation. Er kam vor fünf Jahren als Asylsuchender in die Schweiz und hat hier seine Schweizer Frau kennen gelernt und geheiratet. Bei ihm wäre demnach – falls es eine solche Regelung gegeben hätte – ein Test gemacht worden. Sein jüngerer Bruder jedoch, der vor einem Jahr in die Schweiz kam, nachdem er seine Schweizer Ehefrau in Afrika geheiratet und auch dort gelebt hatte, wäre jedoch nicht getestet worden. Ein obligatorischer Test muss für Eto deshalb auf logischen Prinzipien gründen.

Marie-Anne (33Gg): "Ich kenne Aids schon seit langem, aber reden tue ich selten darüber."

Marie-Anne stammt aus einem afrikanischen Land mit langer und brutaler Kriegsvergangenheit. Diese Erlebnisse führten dazu, dass sie auch in ihrem Leben in der Schweiz immer wieder psychische Probleme hat, einschliesslich Aufhalten in psychiatrischen Kliniken. Deshalb bezieht sie mittlerweile eine halbe IV-Rente und sucht dazu eine Stelle als kaufmännische Angestellte. Sie ist mit einem Schweizer verheiratet, der sich gut um sie sorgt, jedoch beruflich stark eingespannt ist. Aids kennt Marie-Anne aus der eigenen Familie. In ihrem Heimatland sind mehrere ihrer Cousinen Ende der 1980er Jahre an Aids gestorben. Dies hat Marie-Anne veranlasst, sehr vorsichtig zu sein mit Sexualkontakten, denn sie hatte Angst, auch so mager und hilflos zu sterben. Auch die heutige Situation in Afrika beelendet sie, und sie würde sich gerne engagieren, aber sie kenne keine Projekte. Zum Beispiel sollten genügend saubere Spritzen vorhanden sein, denn Marie-Anne nimmt an, dass sich in Afrika sehr viele Menschen mit verseuchten Spritzen anstecken. Das könne man bei Kindern sehen, die immer gesund gewesen sind und plötzlich an Aids erkranken. Auch nach einem Unfall, wenn jemand Blut braucht, ist die Gefahr für eine Ansteckung gross. Marie-Anne spricht hier

in der Schweiz kaum mit AfrikanerInnen über Aids, zum einen weil sie wenig soziale Kontakte mit ihren Landsleuten pflegt, die vorwiegend in der Romandie leben. Und zum andern möchte sie niemandem zu nahe treten. Dennoch erinnert sie das Interview daran, dass sie das Thema mit einzelnen afrikanischen Freundinnen wieder einmal aufgreifen könnte. Insbesondere möchte sie diskutieren, was Frauen tun können, wenn Männer keine Kondome wollen. Sie selber würde diesen Widerstand gegen das Kondom nicht akzeptieren, *"das Leben ist zu schön"*. Als sie und ihr Mann sich vor drei Jahren kennen gelernt hatten war denn auch klar, dass sie drei Monate – die Begründung für diese Wartezeit war ihr im Gespräch allerdings nicht mehr bewusst – geschützten Sex hatten und dann gemeinsam zum HIV-Test gingen:

"Es gehört zur Liebe zu sich selber. Wenn ich für mich selber weiter leben möchte, schön leben, muss ich mich selber schützen vor der Krankheit. Und wenn jemand anders so ist, dann hat er auch schon diesen Respekt, hat er schon diese Angst vor der Krankheit. Und er liebt sich selber. Und er möchte auch weiter leben."

In der Schweiz ist Aids für Marie-Anne nicht sichtbar. Sie nimmt an, dass die Medikamente und die hiesige Ernährung *"irgendwie schützen"*. Allerdings führt die Unsichtbarkeit der Krankheit dazu, dass die Krankheit weniger ernst genommen wird, und zudem könnte man auf die Wirkung der Medikamente zählen und sich weniger schützen. Deshalb muss die HIV-Prävention ganz nah im Leben der AfrikanerInnen ansetzen, zum Beispiel integriert in einen Deutschkurs.

Pascal (40Nn): "Man darf nicht alles glauben was man hört oder sieht."

Pascal hat in seinem Heimatland und in Frankreich seine Universitätsstudien abgeschlossen. Er lebt seit 17 Jahren in Europa und arbeitet seit rund fünf Jahren als Kleinunternehmer. Er ist geschieden und hat zwei schulpflichtige Söhne. Aufgrund seiner naturwissenschaftlichen Bildung weiss er bereits seit langem, noch vor dem Aufkommen von Aids, dass man sich bei sexuell übertragbaren Krankheiten schützen muss, und er betont, dass er das auch konsequent getan hat, in dem er die Partnerinnen sorgfältig wählte und auch Präservative benützte. In seinem muslimischen Land werden Kinder und Jugendliche früh von Onkeln und Tanten im Rahmen von Initiationsriten in der 'Erziehung fürs Leben' sexuell aufgeklärt.

"Ils les apprennent de qu'est-ce qu' il faut faire et qu'est-ce qu' il ne faut pas faire."

Aus religiöser Perspektive spielen sowohl der Islam als auch die animistischen Traditionen eine wichtige Rolle im Leben afrikanischer Menschen. Allerdings findet in seinem Land derzeit ein grosser Wandel statt und durch zunehmende Zurückdrängung dieser Tradition im Laufe der Modernisierung und der Urbanisierung geht eine wichtige Funktion der sozialen und sexuellen Erziehung und

Kontrolle zunehmend verloren. Angesichts dieses Wandels legt Pascal Wert darauf, dass man Aids nicht nur als ein Problem sehen kann, das technisch mit dem Präservativgebrauch erledigt ist:

"Parce qu' on ne peut pas soigner l'arbre par les feuilles. Il faut soigner l'arbre par les racines."

Deshalb plädiert er für die Situation in der Schweiz dafür, dass die HIV-Prävention in den Quartieren, in den Schulen und Vereinen geschehen muss, vor allem mittels guter Instruktion, die sich respektvoll aber bestimmt an alle Menschen richtet, die neu in der Schweiz leben. Heutzutage reden AfrikanerInnen offener über Aids, so dass solche Schulungsveranstaltungen aus Pascal's Sicht auf Interesse stossen dürften. Konkrete Gedanken zur HIV-Prävention hat sich Pascal jedoch noch kaum gemacht, er spricht viel eher von einer abstrakteren Ebene, auf der die Prävention angegangen werden muss. Dazu erwähnt er auch verschiedene Verschwörungstheorien, die es zu berücksichtigen gilt, etwa dass in Afrika verbotene Medikamentenexperimente gemacht werden, oder dass HIV-infizierte Frauen in der Schweiz willentlich Afrikaner mit dem HIV anstecken, wenn sie auf der Suche nach *"viande fraîche"* sind. Falls diese Männer HIV-positiv werden, sind sie einem hohen Risiko der Ausgrenzung ausgesetzt. Pascal kennt eine ähnliche Situation aus eigener Erfahrung, als er wegen einer Hautkrankheit in sozialen Kontakten, einschliesslich von seiner Ehefrau gemieden wurde, weil sie ihm vorwarf, solches *"viande fraîche"* zu sein. Dieser Verdacht seiner Ehefrau verletzte ihn sehr.

6.1.3 Diskussion

In diesen individuellen Schilderungen der interviewten Teilnehmenden wird ein Punkt besonders deutlich: VertreterInnen von Sub-Sahara Gemeinschaft werden sichtbar, und zwar jenseits von epidemiologischen Zahlen. Kontrastierend hingegen ist die Unsichtbarkeit des Virus in dem Sinne, dass die virologischen Auswirkungen visuell kaum sichtbar sind. Zu diesen beiden Ergebniskategorien "sichtbare Menschen und "unsichtbares Virus" werden nun zentrale Erkenntnisse aufgegriffen und kritisch reflektiert. Dabei liegt der Fokus zunächst auf der Primärprävention und geht allmählich in die Versorgungsperspektive über.

- **Die Sichtbarkeit der HIV-Thematik von Sub-Sahara Gemeinschaften ermöglichte den offiziellen HIV-MediatorInnen im Rahmen von MediatorInnen-Projekten, dass sie sich begegnen**, und ihr Engagement gegen die Ausbreitung von HIV/Aids mit anderen AfrikanerInnen in der Schweiz austauschen und bündeln können. Zwar waren einige von ihnen bereits vorher in HIV-Präventionsprojekten tätig, allerdings vorwiegend als EinzelkämpferInnen und

zudem eher in ihren afrikanischen Herkunftsländern als in der Schweiz¹⁷³. In der Schweiz gab es jedoch keine Plattform, wo sie ihr Engagement mit anderen Sub-Sahara MigrantInnen besprechen und weiter entwickeln konnten.

- **Durch die HIV-Präventionsarbeit in der Schweiz sind die MediatorInnen nun unmittelbar und regelmässig mit der Aids-Thematik konfrontiert und zudem in Projektstrukturen eingebunden.** Dies bringt mitunter eine hohe zeitliche und soziale Beanspruchung mit wenig finanziellem Anreiz mit sich. Zudem ergeben sich für einige befragte MediatorInnen auch Kontakte zu HIV-infizierten afrikanischen MigrantInnen, was die Beanspruchung der MediatorInnen je nach Krankheitszustand und Hilfebedarf dieser Personen stark erhöht. Aus dem Schatten treten bedeutet demnach auch, mit erfreulichen und problematischen Konsequenzen konfrontiert zu sein. Und beides gilt es auszuhalten. Je nach dieser Entwicklung sind aus Projektleitungssicht Unterstützungsmöglichkeiten angezeigt, etwa zeitnahe und vertiefte Aussprachemöglichkeiten einzeln oder in Gruppen.
- **In der Migrationssituation sind afrikanische MediatorInnen wichtige WegbereiterInnen für die Vermittlung von Gesundheitsinformationen im Allgemeinen und Aidsinformationen im speziellen. Zentral dabei ist es, sowohl selber als MediatorInnen sichtbar zu sein, als auch Informationen in Bildern, bildhafter Sprache und Assoziationen zu kommunizieren.** Dazu werden Metaphern, Eye-Catcher, Kondome in verschiedenen Grössen, ein AFRIMEDIA Logo usw. entwickelt und an verschiedenen Orten verwendet. "Seeing is living", sagt George (13M) und bringt dadurch zum Ausdruck, dass die HIV-Prävention sichtbar und lebhaft sein muss, um als authentisch wahrgenommen zu werden. Zwar hat die Sendung bei Radio-Somalia auch eine recht gute Evaluation hervorgebracht und bringt für Menschen in bestimmten geographischen, besonders ländlichen Regionen eine Alternative zur Informationsvermittlung mit persönlicher Begegnung. Aber die Sichtbarkeit der HIV-Prävention durch afrikanische Menschen und den von ihnen verwendeten Materialien ist aufgrund der Daten in diesem Dissertationsprojekt vorrangig. Vor diesem Hintergrund ist auch zu überprüfen, ob die vom BAG produzierte DVD zur HIV-Information an Asyl-Empfangsstellen die Aufmerksamkeit der Asylsuchenden zu erwecken vermag. Ähnlich wie beim Radio sind keine persönlichen Begegnungen möglich, und darüber hinaus wird die anzustrebende Solidarität innerhalb der afrikanischen Gemeinschaften durch weisse WissensvermittlerInnen verunmöglicht. Damit bleibt auch die Erkenntnis einer AFRIMEDIA Mediatorin unbeachtet, dass durch Peer Edukation die Dominanz dieser Informationsvermittlung durch Weisse unterbrochen wird (Longerich 2005) .

¹⁷³ Letzteres trifft durchaus auch für die semi- und inoffiziellen MediatorInnen zu, von denen sich die meisten ebenfalls für die Bewältigung der Aids-Krise in Afrika engagieren.

- **Durch ihre Tätigkeit sind die MediatorInnen nun in die jüngere Geschichte der mittlerweile zwanzigjährigen Schweizer Aidsprävention eingebunden. Dadurch treten sie in die Fussstapfen einer Präventionsstrategie, in der das Kondom immer sichtbar war.** Mit dem Thema Kondom eröffnen die MediatorInnen breite Diskussionen und Meinungsäusserungen zur HIV-Prävention. Dies wird am Beispiel des Kondoms besonders gut sichtbar. Zum einen wird das Thema aus technischer Perspektive angesprochen, etwa wenn Detailinformationen über Kondomgrössen und Verkaufsorte weiter gegeben werden. In anderen Diskussionskontexten steht eher die Lebensweltperspektive im Zentrum, etwa wenn mit dem Kondom die Empfängnisverhütung gekoppelt wird. Diese Spannweite von Perspektiven gilt es für die MediatorInnen wahrzunehmen und angemessen darauf zu reagieren. Beispielsweise greifen einige MediatorInnen bei der Frage des Kinder-Zeugens strategisch geschickt die sexuelle Gesundheit auf, indem sie betonen, dass Kondome nicht nur ein Schutz gegen eine HIV-Infektion sind, sondern auch gegen andere sexuell übertragbare Infektionen, und die Abwesenheit dieser Infektionen, ist wiederum ein Schutz für die Gesundheit zukünftiger Kinder.
- **Von den Teilnehmenden wird kontrovers diskutiert, ob Informationen zu HIV/Aids an Kinder und Jugendliche wie auch an Paare besonders sichtbar sein sollten, um dadurch die Fähigkeiten für einen schützenden Umgang mit einer sexuell übertragbaren Infektion einüben zu können.** Dies kommt in der Aussage *"Les enfants doivent donner l'exemple"* (Michèle, 28Bb) besonders deutlich zum Ausdruck. Allerdings sind bislang im Migrationskontext – mit Ausnahme der Scénario du Sahel im AFRIMEDIA Projekt – erst wenig griffige Ideen umgesetzt worden, wie die HIV-Prävention spezifisch für Jugendliche, bzw. für Jugendliche inner- und ausserhalb der Familien attraktiv gestaltet werden kann. Kontrastierend zu dieser frühen Vertrauensbildung zum Kondom lautet die Meinung von Michel (2B), der als katholischer Pfarrer arbeitet, dass das Kondom lediglich als Hilfe in einem "sexuellen Notfall" benützt werden sollte, z. B. bei vor- oder ausserehelichen Sexualkontakten. Hier wird deutlich, dass sich die HIV-Prävention aus kirchlicher Sicht primär an vorgegebenen Regeln des Sexuallebens orientiert, d.h. der sexuellen Abstinenz oder der sexuellen Treue innerhalb der Ehe. Folgt man diesen Regeln, gibt es kein HIV-Risiko. Die Aufrechterhaltung solcher Prinzipien ist per se für die HIV-Prävention sicherlich kein Nachteil. Verkannt wird dabei aber, dass die Information und die Vertrautheit mit dem Kondom unterbunden werden und besonders verheirateten Paaren, die sich an kirchlichen Botschaften orientieren verunmöglicht, präventive Fähigkeiten im Sexualleben zu erwerben. Der systematische und korrekte Kondomgebrauch im "sexuellen Notfall" wird so erschwert.
- **Bei den Teilnehmenden bestehen unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Religion unterschiedliche Auffassungen zum Einhalten der von religiösen Meinungs-**

bildnern vorgegebenen Verhaltensregeln. Einige Teilnehmende berichten, dass in ihrer Jugend und bis ins Erwachsenenalter das Einhalten der religiösen Regeln stillschweigend vorausgesetzt wurde und daher das Thema Sexualität, Geschlechtsverkehr und vor allem Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten kein Thema waren. Andere wiederum wuchsen in religiös praktizierenden Familien auf und erhielten von Müttern oder Tanten und Onkeln Hinweise über den Schutz vor Schwangerschaft oder der HIV-Infektion. Insbesondere bei einigen HIV-positiven Teilnehmenden zeigte sich, dass sie für ihre Kinder sichtbar sein wollten und mit ihren jugendlichen Kindern offene Diskussionen über den Schutz vor einer HIV-Infektion förderten. Dies tun sie ohne jegliche Bedenken in bezug auf religiöse Vorschriften. Mehrere dieser Teilnehmenden sind selber Mitglied in einer Gebetsgruppe und verbinden somit HIV-Prävention in der Familie und den praktizierten Glauben. Bei diesen Teilnehmenden zeigt sich eine gewisse Emanzipation in bezug auf traditionelle und religiöse Regeln, bzw. sie setzen den Schutz vor einer sexuell übertragbaren Infektion ihrer Kinder über die traditionellen Regeln der Religion.

- **Divers zeigt sich der Bezug zur Religion, wenn jemand bereits mit dem HIV angesteckt ist. Liberal denkende Teilnehmende bieten Unterstützung oder Solidarität an, etwa in Form von Krankenbesuchen im Spital. In freikirchlichen Kreisen hingegen wird für diese Menschen eher aus der Ferne gebetet, um das moralische Fehlverhalten wieder gut zu machen,** mitunter auch mit dem Glauben verbunden, dadurch eine Heilung von der Aids-Krankheit erwirken zu können. Der Glaube an eine Heilung im biologischen Sinne kann allerdings grosse Enttäuschung auslösen, wenn keine Besserung eintritt, oder wenn sogar die pharmazeutischen Möglichkeiten zu spät ausgeschöpft werden (Erwin & Peters 1999). Diese verschiedenen Tendenzen und Konsequenzen der Religiosität in bezug auf HIV/Aids gelten gleichermassen für christliche und islamische Teilnehmende. Von beiden Gruppen wurden liberale und auch traditionelle religiöse Sichtweisen geäußert. Aus der Perspektive der HIV-positiven Teilnehmenden zeigte sich, dass ihnen die praktizierte Religiosität einen sehr grossen Rückhalt im Leben bot und auch Hoffnung für die Zukunft zu vermitteln mochte. Dies zeigte sich sowohl bei Teilnehmenden mit einer erst seit kurzem diagnostizierten HIV-Infektion wie auch bei denjenigen, die bereits seit vielen Jahren von ihrer HIV-Infektion wissen.
- **Interessant ist, dass in den Aussagen der Teilnehmenden Parallelen in der Strategie der HIV-Prävention und der Verbreitung des Glaubens zu finden sind.** So verwenden die Teilnehmenden Begriffe wie "Publicité" und "Evangelisation" und machen mit der Wahl dieser Wörter auf einen zentralen Punkt in der HIV-Prävention aufmerksam: die Wiederholung und Sichtbarkeit der Botschaft. Die grosse Herausforderung besteht darin, mit welchen Mitteln und Aussagen über viele Jahre hinweg die Aufmerksamkeit gewährleistet werden kann. Hier wird

sich weisen müssen, wie die im AFRIMEDIA und in anderen MediatorInnenprojekten begonnene Arbeit das hohe Niveau an Kreativität und Engagement erhalten bleiben kann, um durch die Wiederholung weiterhin Aufmerksamkeit zu wecken und nicht Langeweile zu provozieren.

- **Wichtig ist auch zu wissen, welche Wirkung die erzeugte Aufmerksamkeit von wiederholenden und visuell aufbereiteten Botschaften hat. Lösen die Bilder und Botschaften Sympathie oder Irritation aus?** Hier wäre zu überprüfen, wie gewisse Sujets, vor allem die diesjährige Plakatkampagne von LOVE LIFE – STOP AIDS, in der nackte Fechterinnen und Eishockeyspieler gezeigt werden, auf Sub-Sahara MigrantInnen wirken.



Abbildung 12: Sujets der BAG Stop Aids – Love Life Kampagne 2006¹⁷⁴

Aufgrund von Hinweisen in einer britischen Studie und Aussagen in diesem Dissertationsprojekt könnte die Irritation überwiegen. So wurden in England in einem HIV-Test-Zentrum Bilder mit starker sexueller Konnotation entfernt, weil sie von Sub-Sahara MigrantInnen als anstössig empfunden wurden (Chinouya, Musoro et al. 2003). Allerdings dürfte diese Meinung nicht für alle Sub-Sahara MigrantInnen gleichermassen zutreffen, denn die Zugehörigkeit zu einer Ethnie und deren zugeschriebenen Verhalten ist nicht deckungsgleich mit persönlichen Meinungen oder Erfahrungen in individuellen Familien. So berichtet Moussa (21U), dass bei ihnen zuhause über Sexualität gesprochen wurde, und dabei kam er mit Wörtern in Kontakt, die für ihn vertraut waren. Seine KlassenkollegInnen jedoch reagierten irritiert und lösten dadurch bei Moussa peinliche Momente aus. Angesichts solcher Berichte über den offenen oder verschlossenen Umgang mit Sexualität haben mehrere Teilnehmende in diesem Dissertationsprojekt eine gewisse Befreiung kundgetan, in der Schweiz leben und damit zu den als rigide wahrgenommenen sexuellen Verhaltenskodexen in ihren Herkunftsländern auf Distanz gehen zu können.

- **Die Feminisierung von Aids, ist aus epidemiologischer Sicht bei Sub-Sahara Gemeinschaften auf dem afrikanischen Kontinent und auch in der Migrationssituation ein besonders sichtbares Zeichen des epidemiologischen Wandels.** Das bedeutet für Präventions- wie

¹⁷⁴ Quelle: Bild links: www.bag.admin.ch/hiv_aids/00833/index.html?lang=de&bild=27424,
Bild rechts: www.bag.admin.ch/hiv_aids/00833/index.html?lang=de&bild=27422

auch VersorgungsakteurInnen eine neue oder vielleicht eher eine erneute Herausforderung, denn das Thema Frau und Aids wurde in den späten 1980er bis Mitte der 1990er Jahre deutlicher und detaillierter fokussiert als heute (exemplarisch (Jäger 1989; Ernst, Haour-Knipe et al. 1998). Allerdings wird im Nationalen HIV/Aids-Programm 2004 – 2008 darauf hingewiesen, dass in der Schweiz ein geschlechtsspezifischer Präventionsbedarf bereits früh erkannt und in verschiedenen Massnahmen umgesetzt wurde (Ernst & Haour-Knipe 1998)¹⁷⁵. Dadurch könnten Sub-Sahara MigrantInnen heute von einem gewissen Gendermainstreaming im Aids-Präventionsbereich profitieren. In den Kurzportraits lässt sich erkennen, dass die MediatorInnen bei ihrer Tätigkeit besonders auf die Gendersicht achten. Unter anderem greifen sie explizit die Verwendung des Femidoms auf (Marie-Rose, 9I), wie dies laut einer Pilotstudie im Rahmen des AFRIMEDIA-Projektes empfohlen wurde (Kessler Bodiang, Tshibangu et al. 2005) (siehe auch Abbildung 13), und fördern somit das autonome Handeln der Frauen für ihren Schutz in sexuellen Beziehungen¹⁷⁶. Auch treten MediatorInnen an Veranstaltungen wenn immer möglich in gemischtgeschlechtlichen Gruppen auf, um ad hoc geschlechterspezifisch auf Bedürfnisse und Fragen reagieren zu können. Dabei sind auch sie selber als afrikanische Frauen herausgefordert, wenn sie sich ausserhalb von traditionellen Rollenbildern bewegen. Dies ist besonders bei der Mediatorin Suzanne (6E) sichtbar, die selbstbewusst als Frau vor afrikanische Männer tritt und den Kondomgebrauch an einem erigierten Holzpenis erklärt. Damit demonstriert sie das Primat der HIV-Prävention vor der Zuschreibung traditioneller Frauen- und Männerrollen in Fragen der Sexualität.



Abbildung 13: Demonstration des Femidoms durch einen AFRIMEDIA-Mediator an einer Präventionsveranstaltung (Foto: AFRIMEDIA)

¹⁷⁵ Dies ist insbesondere im Bereich des Sexgewerbes (siehe u.a. www.aids.ch/d/ahs/apis.php, Zugriff am 5. Mai 2006) und in der Entwicklung der Sozialpädagogik (siehe u.a. www.amorix.ch, Zugriff am 5. Mai 2006) erkennbar.

¹⁷⁶ Die Prävention durch vaginal eingeführte Mikrobizide, wie an der Weltaidskonferenz in Toronto im August 2006 diskutiert, war zum Zeitpunkt der Interviews kaum präsent und wird von den Teilnehmenden nirgends erwähnt.

Vor allem bei jüngeren Männern und Frauen in der Migrationssituation scheint aufgrund der Interviewdaten ein Wandel stattzufinden, so dass das Verhandeln über sexuelle Bedürfnisse sowie Schutzmöglichkeiten vor Schwangerschaft und auch sexuell übertragbaren Infektionen zwischen Frauen und Männern tendenziell eher möglich wird.

- **Erkennbar ist in den Daten allerdings, dass "technische" Lösungen wie das Vertraut-Machen mit dem männlichen und weiblichen Kondom der vielfältigen Lebensrealität der Sub-Sahara MigrantInnen nicht gerecht werden können.** Insbesondere die Geschichte von Margret (30Dd) in den Kurzportraits zeigen deutliche Verstrickungen zwischen der Migrationsmotivation und der damit verbundenen instabilen Aufenthaltssituation, der hohen HIV-Prävalenz in verschiedenen afrikanischen Ländern und dem akuten Einbruch von Krankheit in der Schweiz sowie fragmentierter und sprachlich wenig angepasster Versorgungspraxis. Trotz dieser prekären Einflüsse, in der die HIV-Primärprävention nicht mehr greift, gelingt es Margret rasch und mittlerweile während zweieinhalb Jahren, sich ein – wenn auch dünnes – so doch einigermaßen stabiles soziales, rechtliches und medizinisches Umfeld zu schaffen, so dass die Rehabilitation des akuten Krankheitsereignisses rasch vorankommt¹⁷⁷. In solch verwobenen Situationen ist die alleinige Instruktion zum Kondomgebrauch kaum wirksam, denn mehrdimensionale Probleme können nicht durch eindimensionale Massnahmen gelöst werden. Hier sind vielmehr Personen gefragt, die die Lebensprioritäten dieser Menschen durch kommunikative Fähigkeiten erfassen und darauf aufbauend Interventionen entlang des gesamten Spektrums von der Gesundheitsförderung bis hin zur Tertiärprävention anbieten können. Die Geschichte von Margret zeigt auf, dass durch die ärztliche Therapie wie auch durch die Hilfe bei sozialen und rechtlichen Belangen eine Basis geschaffen werden konnte, in der erst zu diesem Zeitpunkt der einigermaßen stabilen rechtlichen, sozialen und medizinischen Stabilität über Prävention gesprochen werden kann.
- **Hier setzt die vom Bundesamt für Gesundheit unlängst thematisierte Gesundheitskompetenz (engl. health literacy) an¹⁷⁸. Das Wissen, Aneignen und Überprüfen von**

¹⁷⁷ Die Fähigkeit, erfolgreich mit stressreichen Situationen in der Migration umzugehen, wurde unlängst als Ergebnis einer Studie mit AfrikanerInnen in der Region Zürich festgestellt, wobei diese Fähigkeit als Resilienz bezeichnet wird. Das heisst, dass diese MigrantInnen soziale, materialle und persönliche Ressourcen mobilisieren können, um den Lebensanforderungen Stand zu halten (Obrist van Eeuwijk & Büchi 2006). Zu überprüfen ist im Falle von Margret allerdings, ob ihr gutes Arrangement mit einer Reihe eher glücklicher Zufälle tatsächlich als Resilienz bezeichnet werden kann.

¹⁷⁸ Unterschieden werden drei Ebenen: a) funktional: Lese-, Schreib-, Denkfähigkeit, um im Alltag Informationen einzuholen und für das eigene Verhalten zu nutzen, b) interaktiv: höhere kognitive Fähigkeiten zur Lese- und Schreibfähigkeit sowie sozialen Kompetenzen, um eine ausgereifte und auf überlegte Entscheidung Entscheidung für das Gesundheitsverhalten fällen zu können, c) kritisch: analytische und beurteilende Fähigkeit, um kritisch mit den Informationen umgehen zu können sowie im politischen und wirtschaftlich dynamischen Gesundheitssystem agieren zu können (Forschungsbereich Health Literacy 2005).

Informationen zur HIV/Aids bedingt, dass einzelne Menschen überhaupt ein gesundheitsbewusstes Verhalten entwickeln können (Forschungsbereich Health Literacy 2005). Dazu gehört insbesondere die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu beschaffen, zu verstehen und – auch wenn sich diese Informationen widersprechen – für unterschiedliche Bereiche wie Familie, Arbeitsplatz oder Freizeit zu deuten. Diese Informationen müssen so aufbereitet sein, dass sie dem unterschiedlichen Bedarf einer pluralistischen Gesellschaft gerecht werden. Um dies zu gewährleisten, sind vor allem AkteurInnen aus Gesundheitssystem, Bildung, Wirtschaft und Politik gefordert.

- **Insbesondere bei Teilnehmenden aus dem Asylbereich hat sich gezeigt, dass die Präventionskontinuität mehrfach unterbrochen wurde.** Nach Ablauf des rund sechsmonatigen Aufenthaltes in den Durchgangszentren durch die Zuordnungspraxis in den Kantonen sind Asylsuchende kaum noch sichtbar und deshalb für mehrmalige Kontakte nur noch schwer auffindbar, denn sie wohnen danach oft in Privatwohnungen, manchmal auch ausserhalb des zunächst zugeordneten Kantons. Aufgrund der kantonal geregelten MediatorInnen-Projekte, bzw. deren kantonal-geographischen "Hohheiten" heisst dies, dass die MediatorInnen wegen der Diskontinuität der Wohnsituation und der Fragmentierung der MediatorInnenprojekte die geknüpften Erstkontakte kaum weiter verfolgen können und daher der von befragten InterviewpartnerInnen empfohlene Wiederholungseffekt für die HIV-Präventionsbotschaften erschwert wird.
- **Auch in der Versorgung sind bei den Teilnehmenden Diskontinuität und Desintegration zu beobachten, u. a. bei Ärztewechseln innerhalb einer HIV-Sprechstunde oder beim Bedarf verschiedener medizinischer Spezialisierungen, insbesondere somatischer und psychiatrischer Dienste.** Allerdings beklagen sich die Teilnehmenden kaum über diesen verschiedenen Wechsel in der Behandlungskette, sondern sie sind insgesamt froh, dass sie überhaupt Zugang zur medizinischen Versorgung in der Schweiz haben. Angesichts der zunehmenden Chronifizierung ist jedoch anzunehmen, dass auch die afrikanischen PatientInnen vermehrt mit dem bislang unzureichend auf chronische Krankheiten ausgerichteten Schweizer Gesundheitssystem konfrontiert sind. Gerade Menschen, die von einer Krankheit mit vielfältigen somatischen, psychiatrischen, sozialen und kulturellen Einflüssen betroffen sind, spüren diese Unzulänglichkeiten besonders stark, insbesondere die mangelnden Nahtstellen zwischen häuslichen, ambulanten und stationären Angeboten im Gesundheitssystem (World Health Organization 2002). Sie fallen während des langjährigen Krankheitsverlaufes immer wieder zwischen die Maschen des Netzes der zwar zahlreichen, aber wenig koordinierten und integrierten Hilfsangebote.

- **Deutlich sichtbar wurde in den Interviews auch, dass bei marginalisierten Bevölkerungsgruppen die erfolgreiche, aber ausschliesslich auf medikamentöse Therapien ausgerichtete Behandlung kaum ausreicht, um der vielschichtigen Lebensrealität und Krankheitsbewältigung gerecht zu werden.** Selbst wenn die derzeitigen antiretroviralen Therapieerfolge in der Schweiz und in anderen vor allem westlichen Ländern beachtlich sind, so ist bereits jetzt in Betracht zu ziehen, dass der von den Sub-Sahara MigrantInnen erlebte "quick fix" und damit die Unsichtbarkeit des Virus problematisch sein kann, wenn vermehrt Resistenzen auftreten und dadurch der Behandlungsprozess erschwert wird. Angesichts eines solchen möglichen Szenarios kommt einer systematisch durchgeführten transkulturellen Anamnese eine noch grössere Bedeutung zu, denn es gilt, die fünf herausgearbeiteten Kategorien (siehe Kapitel 6.3) bei einer zunehmend grösseren Zahl Menschen während kritischen Krankheitsphasen einzuschätzen und Interventionen zu priorisieren.
- **Interessant ist, dass bei den zehn HIV-infizierten Teilnehmenden trotz verschiedener und teilweise schwerer Krankheitszustände zum Zeitpunkt der Aids-Diagnose aktuell bei neun Teilnehmenden keine sichtbaren und irreversiblen Krankheitszeichen vorhanden sind, die als Folge von opportunistischen Infektionen auftreten können.** Aufgrund des späten Behandlungsbeginns hätten die immunologischen Defizite durchaus zu solchen Infektionen führen können, die mit Lähmungserscheinungen, Blindheit oder Hautschädigungen einhergehen. Durch diese Absenz von funktionalen Einschränkungen verringerte sich bei den Teilnehmenden der Bedarf an langfristigen rehabilitativen Angeboten erheblich. Eine Rehabilitationsdauer bis zu einem halben Jahr war jedoch durchaus angezeigt, denn aufgrund des schlechten Allgemeinzustandes zum Zeitpunkt der Aids-Diagnose und oft gleichzeitig diagnostizierter Tuberkulose waren manche Teilnehmenden unfähig, ihren Alltag während dieser Monate selbstständig zu meistern. Hilfreich dabei war, dass sie in dieser Rehabilitationsphase ein "unsichtbares Virus" hatten, denn es ermöglichte ihnen aufgrund der Abwesenheit von äusserlichen Zeichen eine Wahl, die HIV-Infektion preiszugeben oder zu verbergen.
- **Im Kontrast zur pathophysiologischen Beruhigung auf somatischer Ebene ist auf emotionaler Ebene jedoch bei manchen Teilnehmenden eine erhebliche Beunruhigung zu beobachten, weil sich ihr Leben in einem Schwebezustand zwischen körperlicher Erholung einerseits und sozialen und/oder emotionalen Problemen andererseits befand.** Hier zeigte sich insbesondere eine kombinierte Belastung der Frauen wegen der gleichzeitigen Krankheitsbewältigung und Verantwortung für die Kindererziehung. Insbesondere die geographische Trennung von Familienmitgliedern und dabei vor allem von Kindern ist emotional oft schwer zu verkraften. Solche Prozesse laufen weitgehend im Verborgenen ab. Sofern die

betroffenen Teilnehmenden über die entsprechende Vernetzung verfügen, beispielsweise über Kontakte zu Aidsfarrämtern oder lokalen Aidshilfen, können solche Probleme frühzeitig angegangen werden oder zumindest zeitnah in ihrem Ausmass beurteilt werden. Damit wird ein wichtiger Beitrag geleistet für die Sekundär- und Tertiärprävention, d. h. die Verhütung oder Verminderung vor allem sozial und emotional bedingter Krankheitsverschlechterungen. Zudem können diese weitgehend verborgenen Probleme von Sozial- oder Rechtsdiensten aufgegriffen und in Publikationen und Gesprächen sichtbar gemacht werden¹⁷⁹.

- **Durch die Verschreibung der antiretroviralen Therapie erwächst den HIV-positiven Teilnehmenden eine starke Bindung an die HIV-Spezialabteilungen in grossen medizinischen Zentren.** Das bedeutet, dass die vorgeschlagene transkulturelle Anamnese primär für diese Abteilungen bedeutsam sein dürfte und nicht generell für medizinische Kliniken. Ziel der Anamnese ist es, den individuellen Krankheitsverlauf, die persönliche Situation und die damit verbundenen Ressourcen und Defizite einzuschätzen und zu beurteilen (siehe Abbildung 15). Durch diesen Fokus auf das umfassende Krankheitsgeschehen soll die klinische Beurteilung nicht auf "afrikanische" Traditionen und Verhaltensweisen fokussiert sein und somit Stereotypisierungen folgen. Vielmehr ist zu fragen, wie die heterogene Gruppe der PatientInnen ihre Situation verstehen und bewältigen können im Kontext des Schweizer Gesundheitssystems und der Migrationssituation. Die Herkunft der Sub-Sahara PatientInnen ist dabei durchaus relevant und soll auch angesprochen und diskutiert werden, jedoch darf die Begegnung nicht von kulturalistischen Zuschreibungen geleitet, sondern muss vielmehr von genuinem Interesse für die vergangene, aktuelle und zukünftige Lebens- und Krankheitssituation der MigrantInnen geprägt sein.
- **Manche HIV-infizierten Teilnehmenden erhalten in klinischen Institutionen eine Unterstützung, die über die klassische medizinische und pharmazeutische Betreuung hinausgeht.** Dies zeigt sich an den Beispielen einer Oberärztin in einer HIV-Sprechstunde, die selber in Afrika gearbeitet hatte und deshalb von Anne (17Q) als eine der "Ihren", bzw. als "ihre" Ärztin wahrgenommen wurde und bei der Pflegefachfrau Bernadette (23W), die zu zwei afrikanischen PatientInnen Gentille (27Aa) und Michèle (28Bb) eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut hat. Anhand dieser Beispiele wird deutlich, dass in individuellen Situationen und Konstellationen tragende Beziehungen entstanden sind, die durch spezifische Erfahrungen der VersorgungsakteurInnen mit dem afrikanischen Kontinent geprägt waren. Zu prüfen wäre vor diesem Hintergrund, ob in HIV-Sprechstunden in der Schweiz bestimmte Symbole oder Materialien aus dem

¹⁷⁹ Beispielsweise berichtet der Rechtsdienst der Aids-Hilfe Schweiz regelmässig in den Swiss Aids News über Fälle aus der Rechtsberatungspraxis (siehe dazu www.aids.ch/d/hivpositiv/recht/index.php, Zugriff am 3. März 2006). Auch das Zürcher Aidsfarramt lässt beispielsweise in seinem Newsletter immer wieder Texte ihrer KlientInnen abdrucken (siehe dazu www.aidsfarramtzh.ch/news/index.html, Zugriff am 2. August 2006)

afrikanischen Kontext als Anknüpfungspunkte in Konsultationen mit Sub-Sahara PatientInnen sichtbar sein sollten. Dazu gibt es mittlerweile zwei zentrale Dokumente aus Frankreich und England, in denen zahlreiche Materialien für die klinische Arbeit und auch die HIV-Testberatung mit Sub-Sahara MigrantInnen zu finden sind (Institut national de Prévention et d'Education pour la Santé 2005; Oxford Development Partnership 2004b). Hilfreich sind Materialien beispielsweise für die Patientenschulung, zu Unterstützungsangeboten in der näheren Umgebung oder zur Information an weitere Familienmitglieder. Wichtig ist aufgrund der Erkenntnisse in diesem Dissertationsprojekt, dass die VersorgungsakteurInnen die Broschüren nicht kommentarlos abgegeben, sondern dass sie in der Konsultation anhand der Broschüren – und dabei vorzugsweise mit Fotos – Inhalte aufgreifen und diskutieren. So entsteht eine Verbindung von verbaler und visueller Botschaft, d. h. zwei Kommunikationskomponenten, die von den Teilnehmenden als hilfreich und attraktiv beschrieben wurden.

- **Recht erstaunlich ist schliesslich das sichtbare Ressourcenpotenzial, das im und vom Familien- und Freundeskreis der HIV-positiven Teilnehmenden kurz- wie auch langfristig genannt wurde, obwohl eine Teilnehmerin von der "zerbrochenen afrikanischen Solidarität" spricht** (Sandrine 35 li). Vor allem das von den HIV-positiven Teilnehmenden oft nicht erwartete hilfreiche Verhalten und das Nicht-Ausgestossen-Werden bedeuteten eine grosse Erleichterung und verbesserten die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten mit den Auswirkungen der Krankheit. Besonders geschätzt werden von den HIV-positiven Teilnehmenden die Akzeptanz ihrer Person trotz der dunklen Haut und der stigmatisierenden Krankheit sowie die erlebte Vertraulichkeit bei Aids-Organisationen und klinischen Institutionen. So verloren sie allmählich die Angst vor dem Weitererzählen ihrer HIV-Positivität und konnten zu ihren – wenn auch nicht zahlreichen – Unterstützungspersonen eine tragende Beziehungen aufbauen. Im Familien- und Freundeskreis ist die Unterstützung davon abhängig, welche Wissensressourcen und religiösen Haltungen bei den Nahestehenden vorhanden sind, insbesondere zu den Übertragungs(un)möglichkeiten des HI-Virus im Haushalt und in sozialen Beziehungen. Sofern dieses infektiologische Basiswissen fehlt, lücken- oder fehlerhaft ist oder mit religiösen Überzeugungen des Fehlverhaltens verbunden wird, besteht ein Risiko der sozialen Ausgrenzung einerseits oder der selbst gewählten sozialen Isolation andererseits. Das bedeutet, dass das Basiswissen zur HIV-Infektion nicht nur in der Primärprävention sehr wichtig ist, sondern auch für die Arrangements im sozialen Alltag HIV-infizierter MigrantInnen.

6.1.4 Fazit

Durch diese Innenperspektive der 40 Teilnehmenden wird eine grosse Vielfalt sichtbar: Denkweisen und Wissensressourcen rund um HIV/Aids, präventive Handlungsmöglichkeiten zu allgemeinen

gesundheitlichen wie auch infektiologischen Fragen, soziale Kontexte und persönliche Lebensbedingungen, individuelle Krankheitsverläufe und Unterstützungspotenziale für HIV-infizierte Sub-Sahara MigrantInnen. Gemeinsam ist allen Portraits ein recht hohes Problembewusstsein in Fragen der HIV-Prävention sowohl für die Situation der AfrikanerInnen in der Schweiz als auch für Menschen in Afrika, wobei die derzeitige und zukünftige Aids-Entwicklung in afrikanischen Ländern mit besonders grosser Sorge verfolgt wird. Nicht nur die offiziellen HIV-MediatorInnen, sondern auch einige Teilnehmende aus den zwei anderen Gruppen verbreiten die Botschaft des Schutzes vor einer HIV-Infektion in unerwarteter Masse durch verschiedene Strategien in familialen, geographischen sowie sozialen Kontexten. Da bezüglich der hauptsächlich sexuellen Übertragbarkeit des Virus Einigkeit besteht, werden vor allem unterschiedliche schützende Massnahmen im Sexualverhalten vorgeschlagen und praktiziert.

Kontrastierend zu dieser Problemwahrnehmung und den vorhandenen Wissensressourcen in Präventionsbelangen haben viele Teilnehmende der Gruppen A und C noch nie persönlich einen HIV-infizierten Menschen gesehen und verfügen daher aufgrund ihrer verschiedenen Informationsquellen und Erfahrungen nur über ein unscharfes Bild vom Leben mit dem HI-Virus. Die meisten nicht-infizierten Teilnehmenden sind jedoch interessiert, mit einer HIV-positiven afrikanischen Person reden zu können und dadurch ihr unscharfes Bild zu klären. Dem steht jedoch gegenüber, dass – mit Ausnahme der beiden Teilnehmerinnen Mary (31Ee) und Claire (29Cc) – niemand der HIV-positiven Teilnehmenden mit AfrikanerInnen ausserhalb des engsten Familienkreises über ihre Krankheit sprechen möchten. Bei den beiden Teilnehmenden Mohossa (25Y) und Anne (17Q) zeigte sich, dass sie nach ersten öffentlichen Auftritten im kleineren oder grösseren Kreis keine weiteren solchen Auftritte abhalten wollen. Und auch bei den in sehr stabilen sozialen und gesundheitlichen Umständen lebenden Gentille (27Aa) und Michèle (28Bb) gibt es keinen grösseren Bedarf nach Kontakten zu HIV-infizierten Menschen. Sie sind zwar im Rahmen ihrer Spitalkonsultationen einer aus Afrika stammenden Pflegefachfrau begegnet, und waren deswegen bei den ersten Begegnungen etwas irritiert. Sehr schnell haben sie jedoch realisiert, dass die Schweigepflicht und die persönliche Haltung dieser Pflegefachfrau eine gute Basis für eine mittlerweile mehrjährige professionelle Beziehung ist. Zwar besteht von den HIV-infizierten Teilnehmenden ein gewisses Interesse, andere Personen in ähnlichen Situationen kennen zu lernen, befürchtet wird jedoch, dass durch diese Begegnungen die soziale Stabilität ins Wanken geraten könnte, unter anderem durch Bekanntwerden der HIV-Infektion in der Schule der Kinder oder am Arbeitsplatz. Die beiden HIV-infizierten Teilnehmenden Mary (31Ee) und Claire (29Ee) zeigen allerdings auf, dass sie durch ihre Offenheit zwar nicht nur aber durchaus positive Erfahrungen gemacht haben, die sie gerne an Interessierte weiter geben.

Diese Offenheit könnte in den Gruppen A und C ein willkommenes Angebot für eine Begegnung sein, das bislang in der Schweiz nur im Raum Genf bei der ASFAG existiert.

Insgesamt hat sich gezeigt, dass die Perspektiven der drei vorab gewählten Interviewgruppen durchlässiger und vielfältiger sind als zunächst angenommen. Diese Perspektivenvielfalt wird deshalb in den folgenden Papers aufgegriffen. Zum einen wird das Engagement in der HIV-Primärprävention untersucht, zum andern werden bedeutsame Inhalte für die Anamnese im klinischen Bereich herausgearbeitet, und zum Schluss wird der Frage nachgegangen, wie die Solidarpotenziale sowohl bei den HIV-positiven als auch HIV-negativen Teilnehmenden gestärkt werden können, um damit an eine langjährige Tradition in der Schweizer Aidsarbeit anzuknüpfen.

6.2 HIV-Prävention für Sub-Sahara Migranten in der Schweiz – Wie erreichen MediatorInnen ihre Zielgruppen? Ergebnisse einer explorativen Studie (Paper 6)

Iren Bischofberger

WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe

Claudia Kessler Bodiang

Schweizerisches Tropeninstitut, Schweizerisches Zentrum für Internationale Gesundheit®

Noël Tshibangu

Aidshilfe Schweiz, Zürich

Manuskript eingereicht bei "Zeitschrift für Prävention und Gesundheitsförderung"

Zusammenfassung

Ziel der Studie sind detaillierte Erkenntnisse über die Zugangsgestaltung bezüglich HIV-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz. Zur Exploration wurden vertiefende qualitative Interviews mit 40 Sub-Sahara MigrantInnen, ein Fokusgruppengespräch nach einem Jahr MediatorInnenarbeit sowie eine umfassende Dokumentenanalyse durchgeführt. Resultate zeigen, dass neben den geschulten MediatorInnen aus formal strukturierten Projekten auch halb-offizielle und inoffizielle MediatorInnen in der HIV-Prävention engagiert sind. Dabei werden sowohl geplante als auch unvorhergesehene Zielgruppen erreicht. Die vier Kategorien Ort identifizieren, Zeitpunkt wählen und Aufmerksamkeit gewinnen, auch unter Gendergesichtspunkten, sind für die MediatorInnenarbeit entscheidend, um verschiedene spezifische Zielgruppen innerhalb der Sub-Sahara Gemeinschaften erreichen zu können. Der Zugang zu diversen Zielgruppen sowie die mündliche und gendersensible Kommunikation werden als erfolgreiche HIV-Präventionsstrategien identifiziert. Problematisch sind die teilweise negativen Auswirkungen auf das persönliche und soziale Leben der MigrantInnen. Insgesamt spricht die Abwägung der Stärken und Schwächen für die weitere Entwicklung des Peer Edukations-Ansatzes, denn verschiedene schwierig aufzufindende Zielgruppen können erfolgreich kontaktiert und angesprochen werden. Jedoch gilt es, problematische Tendenzen auf struktureller Ebene abzufedern sowie die Qualitätssicherung unter den verschiedenen Typen von MediatorInnen zu gewährleisten.

Summary

The aim of this study is to generate detailed knowledge about accessing Sub-Saharan migrants in Switzerland for HIV/AIDS prevention through peer education. In-depth qualitative interviews with 40 Sub-Sahara peer educators, a focus group discussion after one year of peer educator activity and a comprehensive document analysis were conducted. Results show, that besides African peer educators from formally structured projects, there are semi-official and unofficial peer educators engaged in HIV prevention. They reach planned as well as unforeseen target groups. Peer educators use predominantly four criteria for effective access to Sub-Saharan communities: defining places, choosing time frame, raising attention, and considering gender sensitive communication. The identified target groups as well as oral and gender sensitive communication strategies proved to be considerably and broadly effective, thus supporting successful HIV prevention. Contrasting these results, peer educators were faced with problematic changes on social and personal level. Evaluation of strengths and weaknesses is in favour of peer education, since various hard-to-reach target groups could be accessed and informed. However, problematic tendencies should be tackled on a structural level, and quality assurance with regard to the different types of peer educators should be considered.



Abbildung 14: Präventionsbotschaften aus der Schweizer Aids-Kampagne 2003 in Kiswahili (links) und Somalisch (rechts)¹⁸⁰

¹⁸⁰ Quelle: www.bag.admin.ch/hiv_aids/00833/00839/02475/index.html?lang=de#sprungmarke0_32 (Zugriff am 12. Mai 2006)

6.2.1 Einleitung und Fragestellung

In jüngerer Zeit rückte die Sub-Sahara Migrationsbevölkerung aufgrund der HIV/Aids-Epidemiologie in Europa sowohl aus primärpräventiver als auch aus klinischer Perspektive vermehrt ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat diese epidemiologische Brisanz bereits seit längerem erkannt und im Jahr 2000 ein Rapid Assessment für einen "Interventionsplan HIV/Aids-Prävention bei Sub-Sahara Migranten" in Auftrag gegeben (Zuppinger, Kopp et al. 2000). Empfohlen wird, dass Vertreter dieser Bevölkerungsgruppe im Sinne von Peer Edukation (Turner & Shepherd 1999) ausgebildet werden, damit sie HIV/Aids-Primärprävention bei Zielgruppen der afrikanischen Gemeinschaften in der Schweiz anbieten können. MediatorInnen-Projekte für die HIV-Primärprävention existieren in der Schweiz bereits seit geraumer Zeit, und praktische wie auch konzeptionelle Erkenntnisse konnten in verschiedenen Institutionen gesammelt werden (Haour-Knipe, Meystre-Agustoni et al. 1999). Dieser Artikel soll das bestehende Wissen ergänzen und die Entwicklung der Zielgruppen-orientierten Prävention fördern, wie sie im Nationalen HIV/Aids Programm der Schweiz vorgesehen ist (Bundesamt für Gesundheit 2003d).

6.2.2 Methodisches Vorgehen

Neben einer umfassenden Dokumentenanalyse wurden explorativ-qualitative Interviews auf Deutsch, Englisch und Französisch mit mindestens 18jährigen Personen durchgeführt, die eine informierte Einverständniserklärung unterzeichneten. Das Forschungsprojekt wurde von der zuständigen kantonalen Ethikkommission bewilligt. Auf die Beobachtung der MediatorInnen bei ihrer Arbeit im Sinne der klassischen Forschungsmethode der Ethnographie (Emerson, Fretz et al. 2001) wurde bewusst verzichtet, denn die punktuelle Anwesenheit einer Beobachterin hätte das Beziehungsgefüge zwischen den afrikanischen MigrantInnen und den MediatorInnen empfindlich stören können. Ein Fokusgruppengespräch mit MediatorInnen aus zwei verschiedenen organisierten Projekten diente der Validierung der analysierten Daten wie auch der Dokumentation von Entwicklungstendenzen. Die Einzelinterviews mit den 40 Personen wurden im Frühjahr 2004 und das Fokusgruppengespräch im Frühjahr 2005 geführt, auf einen digitalen Tonträger aufgenommen und anschliessend ad verbatim transkribiert. Ebenso wurden Protokolle zeitnah nach den Interviews erstellt. Jedes Transkript wurde mit dem Softwaresystem MAXQDA[®] anhand von analyseleitenden Fragen kodiert, und anschliessend unter Einbezug der Interviewprotokolle in mehreren Schritten thematisch kategorisiert und zu grösseren Themenblöcken gebündelt (Schensul & LeCompte 1999). Zusätzlich wurden Feldnotizen, Projektdokumente sowie Zeitungs- und Fachartikel gesichtet und analysiert, um den Kontext der MediatorInnenarbeit sowie die Hintergründe der verschiedenen Projekte abzustecken. Die Analyseschwerpunkte wurden von den AutorInnen mehrmals diskutiert. Alle drei sind in

verschiedenen Funktionen bei HIV-Präventionsprojekten für Sub-Sahara Migranten beteiligt und konnten Teilergebnisse, dem Aktionsforschungsansatz angelehnt, kontinuierlich und zeitnah in die Projektarbeit einbringen.

6.2.3 Ergebnisse

6.2.3.1 Beschreibung der Teilnehmenden

Die 40 Teilnehmenden, deren sozio-demographischen Charakteristika in der folgenden Tabelle aufgezeigt sind, erweisen sich als eine heterogene Gruppe:

Geschlecht		Alter		Herkunft	Bildung	
Frauen	22	Range	25 – 58 J.	20 verschiedene Sub-Sahara Länder	Handel / Gewerbe:	9
Männer	18	Mean	38		Dienstleistung:	7
					Sozial- und Pflegeberufe:	6
					Akademische Berufe / StudentIn:	5
					Diverses:	4
					Keine Angaben:	9

Tabelle 8: Charakteristika der Studienteilnehmenden

Zu diesen Charakteristika kommt hinzu, dass die Sprachkompetenz beachtlich ist, denn sowohl überregionale Sprachen (v. a. Englisch, Französisch, Arabisch, Swahili) als auch 37 nationale und regionale Sprachen können für die MediatorInnen-Arbeit genutzt werden. Alle befragten Personen haben je nach Aufenthaltsbewilligung, die vom Flüchtlingsstatus bis zur Schweizer Staatsbürgerschaft reicht, zusätzlich zur MediatorInnen Tätigkeit diverse andere berufliche und soziale Aufgaben. Dieser sozio-demographische Hintergrund bietet zahlreiche hilfreiche Voraussetzungen, um die ebenso heterogenen Zielgruppen zu erreichen.

6.2.3.2 Dreierlei MediatorInnen

Die Datenanalyse ergab, dass es in der Schweiz drei Typen von MediatorInnen gibt: Offizielle, Halb-offizielle und Inoffizielle. Erstere sind durch ihre strukturelle Einbindung Teil eines MediatorInnen-Projektes und können dank der Institution "im Rücken" sicher und mit höherem Legitimationsgrad gegenüber AfrikanerInnen in der Schweiz auftreten. Zudem können sie bei ProjektkollegInnen und -leitern qualifizierte Informationen und stützenden Rat holen. Sie werden dank ihrem oft hohen Bildungsgrad und ihrer Weiterbildung vom Zielpublikum als sachkundig angesehen, und sie verstehen sich als "Offizielle" die mit Stolz ihre Rolle als Peer Edukatoren wahrnehmen. Die halb-offiziell Tätigen sind in einer nicht-Aids-spezifischen Institution angestellt und bearbeiten dort das Thema HIV/Aids. Ihre strukturelle Einbindung und der Erfahrungsaustausch sind limitiert. Bei inoffiziellen MediatorInnen ist dies gar nicht gegeben, denn sie engagieren sich aus privaten

Gründen für die HIV-Prävention. Ihr Vorteil ist jedoch, dass sie unabhängig von Projektvorgaben agieren können, das heisst örtlich und zeitlich nicht gebunden sind. Allerdings unterliegt ihre Arbeit keinerlei Qualitätskontrolle oder Supervision, was die Frage nach der Richtigkeit und der Relevanz ihrer Präventionsbotschaften aufwirft. Die drei Gruppen unterscheiden sich zudem durch ihre finanzielle Abgeltung. Die offiziellen MediatorInnen arbeiten in kleinen Pensen auf Stundenlohnbasis, was jedoch den wirklichen Aufwand vor allem in der Startphase eines Projekts kaum entschädigt und daher finanziell wenig Anreiz bietet. Die halb-offiziell Tätigen haben eine nicht-Aids-spezifische Organisation als Arbeitgeber, und die inoffiziellen MediatorInnen finanzieren sich gänzlich aus persönlichen Quellen. Allen drei Gruppen ist gemeinsam, dass ihre Präventionsarbeit von einem hohen Mass an Engagement begleitet ist, einerseits bedingt durch die katastrophale Epidemienentwicklung in Afrika, die mit „*SIDA gangrène notre société*“ umschrieben wird. Andererseits nutzen die Teilnehmenden die Gelegenheit, dem Vorurteil der unwissenden und untätigen AfrikanerInnen eine sinnvolle Präventionsarbeit und damit die Eindämmung der HIV-Infektionsraten entgegen zu halten. In der folgenden Tabelle ist das Engagement in der HIV-Prävention dargestellt, ergänzt durch eine vierte Spalte mit Personen ohne explizite Tätigkeiten in diesem Bereich.

	Offizielle HIV-MediatorInnen	Semi-offizielle HIV-MediatorInnen	Inoffizielle HIV-MediatorInnen	Keine HIV-MediatorInnen
Teilnehmende mit negativem oder unbekanntem HIV-Testergebnis	Mitarbeit in einem offiziellen auf Sub-Sahara MigrantInnen ausgerichteten HIV-Präventionsprojekt in der Schweiz	Engagement in der Schweiz für die HIV-Prävention ausserhalb einer Aids-Organisation oder eines MediatorInnenprojektes	Privates Engagement bei AfrikanerInnen in der Schweiz für die HIV-Prävention	Keine bedeutsamen Aktivitäten zur HIV-Prävention
Teilnehmende mit positivem HIV-Testergebnis	Zu dieser Gruppe gehört zwar keine teilnehmende Person, aber eine Teilnehmerin würde sehr gerne als Mediatorin arbeiten und hat diesbezüglich auch bereits mit dem Koordinator des AFRIMEDIA Projekts Kontakt aufgenommen hat.	Präventive Aktivitäten in einer Institution, die auf HIV/Aids bei AfrikanerInnen ausgerichtet ist, die aber keinen offiziellen MediatorInnen-Auftrag hat	Erzählen über das Leben mit der HIV-Infektion ist möglich ohne Angst vor Diskriminierung, gleichzeitig Sensibilisieren über Möglichkeiten der HIV-Prävention	Leben mit dem HIV-Virus, jedoch nicht (oder nicht mehr) an die Öffentlichkeit treten, soziales Leben eher zurückgezogen, aber auch ganz "normal" mit Familie und Erwerbsarbeit

Tabelle 9: Engagement der Teilnehmenden in der HIV-Prävention

6.2.3.3 Geplante und unvorhergesehene Zielgruppen

Manche der befragten Personen richten ihre Präventionsbotschaft an die gesamte Gruppe der Sub-Sahara Afrikaner, zum Beispiel an afrikanischen Festen und Konzerten, aber auch in afrikanischen Läden und Coiffeursalons. Ein MediatorInnenteam tritt an Veranstaltungen immer gemeinsam auf, denn ihr Ziel ist es, für alle Anwesenden sichtbar zu sein und Fragen aus unterschiedlichen Per-

spektiven beantworten zu können. Andere haben sich zusätzlich spezifische Zielgruppen innerhalb der afrikanischen Gemeinschaften erschlossen. Ein Mediator ist zum Beispiel selber Asylbewerber, und er nutzt bei Präventionsveranstaltungen in Asylzentren bewusst die Strategie "im selben Boot sein":

„Als Ausgangspunkt spreche ich nicht über Aids. Ich spreche immer über die Tatsache, dass ich auch Asylsuchender bin. Ich habe keine Bewilligung wie sie auch. Sie dürfen nicht glauben, okay, jetzt stehst du auf der andern Seite des Ufers. Deshalb willst du uns die Leviten lesen. Wir stehen alle auf derselben Seite.“

Eine andere Mediatorin arbeitete während mehreren Jahren in einer internationalen kirchlichen Organisation, verfügt dadurch über diverse wichtige Kontakte, und deshalb war es nahe liegend, dass sie vor allem religiöse Gemeinschaften kontaktiert, in denen Afrikaner Mitglied sind. Mehrere MediatorInnen sprechen explizit nur Frauen oder nur Männer an. Eine Mediatorin nutzt ihr langjähriges Beziehungsnetz zu ihren Landsfrauen und setzt mit dem Gespräch über HIV/Aids neue inhaltliche Akzente. Andere MediatorInnen wiederum stellen ihre Präventionskenntnisse bewusst beiden Geschlechtern zur Verfügung. Eine Mediatorin, die in einem ersten Projekt nur Frauen im Rotlichtmilieu kontaktierte, spricht in einem neuen Projekt nun auch gezielt Männer an, unter anderem Schweizer Freier in Sexsalons. Diese Gruppe wird zwar auch durch die kontinuierliche und bevölkerungsweite Stop Aids Kampagne angesprochen, jedoch ist der Kontakt zwischen den MediatorInnen und diesen Schweizern eine wichtige Gelegenheit für letztere, um über die Kultur der ausländischen Partnerinnen Details zu erfahren. Bei Veranstaltungen an öffentlichen Orten, aber auch in Asylzentren werden in der Informations- und Sensibilisierungsarbeit zusätzlich Migranten aus anderen Herkunftsregionen erreicht. Dies führt zu Zielgruppen-übergreifender HIV-Prävention. Ebenso berichten die befragten MediatorInnen, dass sie gelegentlich Sensibilisierungs- und Aufklärungsarbeit in den Herkunftsländern leisten, unter anderem "auf Distanz" in Telefongesprächen mit Familienmitgliedern.

6.2.3.4 Zugang suchen und finden

Mit vier Strategien konnten die befragten Personen gewissermassen "den Fuss in die Türe schieben" und den erschlossenen Zugang aufrechterhalten: Orte der Prävention definieren, Zeitpunkt wählen, Aufmerksamkeit gewinnen, Gendergesichtspunkte berücksichtigen.

6.2.3.4.1 Orte definieren

Die MediatorInnen arbeiten an öffentlichen, halb-öffentlichen und privaten Orten. Ein öffentlicher Ort ist beispielsweise ein Stand am Bahnhof oder auf der Strasse, der auf den ersten Blick ein guter

"Eyecatcher" ist, besonders wenn er mit afrikanischen Stoffen dekoriert ist. Er ermöglicht den MediatorInnen, sich einem breiten Publikum bekannt zu machen, allerdings auch mit widersprüchlichem Effekt:

"In Europa sagt man, dass die Krankheit von Afrika kommt. Am Fernsehen zeigt man Bilder von Millionen von Infizierten aus Sub-Sahara Afrika. Deshalb, wenn du schwarz bist, und man dich vor einem Aids-Stand sieht, auch wenn du es [das Virus] nicht hast, denken alle Weissen, dass du infiziert bist."

Um die Zielgruppe besser erreichen zu können, arbeiten einige MediatorInnen mobil mit grossen Taschen, in denen sie Präventionsmaterialien bereithalten. Sie sprechen dunkelhäutige Einzelpersonen oder Gruppen auf der Strasse, in Parks oder an Fluss- und Seepromenaden an. In diesem eher unverbindlichen Kontext mit zufälligen, teilweise flüchtigen und nicht selten einmaligen Begegnungen markieren die MediatorInnen Präsenz und vermitteln ad hoc Informationen. Zu den halb-öffentlichen Orten zählen afrikanische Coiffeursalons und Geschäfte oder religiöse Institutionen. Hier sind längerfristige Aktivitäten möglich, beispielsweise in einem Friseursalon, wo eine Mediatorin immer Informationsmaterial und Kondome vorrätig hat. Ihr Geschäft wird mittlerweile fast täglich zum "Umschlagplatz" für Aktuelles rund um HIV/AIDS und damit verbundene Themen genutzt. Die Eigentümerin eines anderen Coiffeursalons wollte ebenfalls Aufklärung leisten, zog jedoch ihre anfängliche Zusage für eine Aktion in ihrem Laden wieder zurück, weil sie ein schlechtes Image für ihr Geschäft befürchtete. Ähnliches zeigte sich bei Kontakten zu religiösen Institutionen. Telefonisch oder in einigen persönlichen Kontakten konnten die MediatorInnen ihre Anliegen zwar vorbringen, aber für konkrete Aktionen oder Veranstaltungen wurden sie in aller Regel auf später vertröstet. Private Orte für die Präventionsarbeit schliesslich sind vor allem die Privatwohnungen von Afrikanern, wo alle drei Gruppen tätig sind. Dort fördern sie im familiären Rahmen die offene Diskussion über das noch oft tabuisierte Thema HIV/Aids.

Beim Aufsuchen der einschlägigen Orte sind die MediatorInnen mit einem sehr dynamischen Geschehen konfrontiert. So treffen sich manche Zielgruppen zu verschiedenen Jahreszeiten an unterschiedlichen Orten, im Freien wie auch in geschlossenen Räumen. Im Asylbereich und im Rotlichtmilieu herrscht zudem aufgrund des Rechtsstatus der betroffenen Menschen eine hohe Fluktuation. Aufgrund dieser Dynamik betreiben die MediatorInnen mehr oder weniger systematisch eine Art Monitoring über Versammlungs- und Veranstaltungsorte (siehe Tabelle 10). Trotz limitierter Zeitressourcen sind manche von ihnen gut und kontinuierlich in einschlägigen und auch allgemein zugänglichen Orten wie in öffentlichen Verkehrsmitteln oder Einkaufsläden sichtbar, um "Eintrittspforten" für ihren Präventionsauftrag zu identifizieren und zu erschliessen. Dank ihrer strukturellen Einbindung kann eine Mediatorin bei Bedarf Gesprächstermine im Büro ihres MediatorInnen-

projektes vereinbaren. Dies begrüsst sie sehr, da es unterwegs oft unmöglich ist, über persönliche Angelegenheiten zu sprechen. Der Versuch einer Sprechstunde, die sowohl telefonisch als auch persönlich während einigen Stunden pro Woche in einem Büro einer lokalen Aidshilfe von MediatorInnen betreut wurde, musste allerdings nach einem Jahr mangels Inanspruchnahme beendet werden. Von solchen Treffpunkten versprechen sich die MediatorInnen auch einen gewissen Grad an Sicherheit, denn es hat sich gezeigt, dass gerade für die Mediatorinnen das Aufsuchen von einschlägigen Orten wie Bars oder Bordellen problematisch sein kann. So musste eine Mediatorin bei mehreren Razzien im Rotlichtmilieu ihre Anwesenheit als Präventionsarbeiterin rechtfertigen, und gelegentliche Fälle von verbaler sexueller Belästigung haben bei einem Projekt dazu geführt, dass Mediatorinnen nur noch paarweise und in den einschlägigen Orten in Begleitung ihrer männlichen Kollegen auftreten.

Aufgesuchte Orte	Methodischer Ansatz	Verwendetes Material
Afrikanische Feste und Festivals	Vortrag organisieren/halten	Adresslisten von HIV/Aids-Stellen
Afrikanische Läden	"Konferenz" veranstalten	Typische Beispiele aus der MediatorInnenarbeit
Asyl-Durchgangszentren	Diskutieren über Broschüreninhalt	Mehrsprachige Broschüren zur HIVAids
Asyl-Empfangsstellen	Diskutieren über HIV-Prävention am Fernsehen und Radio	Femidom / Kondom
Offene Halle am Bahnhof	Fragen aus dem Publikum beantworten	Erigierter Holzpenis als Uebungsobjekt
Bars am Bahnhof	Fragen aus dem Publikum stellen lassen	Gleitmittel
Bar	Material immer bei sich haben	Tabelle für Kondomgrösse
Bordell	Material mitnehmen und hinlegen	Illustrationen im BAG-Buch
Coiffeursalon	Material und Kondome verteilen	Video über sexuell übertragbare Infektionen
Disco	Permanence téléphonique einrichten	
Flughafen	Wahl der angepassten Sprache	<i>Fehlendes Material:</i>
Fluss/Seeufer	Prävention in normale Alltagsbegegnungen integrieren (beim Einkaufen, Plaudern etc.)	Bedruckte Stoffe
Kirchen	Rollenspiel trainieren	Kampagne adaptieren von Frankreich (hat mehr Zeichnungen)
Kirchgemeindehaus	Sketch aufführen	Karikatur zeichnen lassen
Offene Strasse	Theaterstück/ Marionettentheater organisieren	Etwas zum Lachen
Park	Witze machen über Aids	
Permanence	Vormachen-Nachahmen des Kondomgebrauchs	
Privatwohnungen	Wettbewerb zum Wissen über HIV/Aids veranstalten	
Stand vor einem afrikanischen Laden	Zum lesen von Broschüren auffordern	
Verankertes Schiff im Hafen	Falls möglich/nötig Übereinstimmung von Nationalität, Geschlecht bei Veranstaltungen	

Tabelle 10: Details zu Zugangsstrategien für die MediatorInnen-Arbeit

6.2.3.4.2 Zeitpunkt wählen

Bei manchen MediatorInnen hat sich gezeigt, dass sie aufgrund der aufsuchenden Arbeit zeitlich in hohem Ausmass für die HIV-Prävention tätig sind – weit über die Projektvorgaben hinaus.

"Ja, mit oder ohne Arbeit sieht man mich. Wenn man mich sieht wissen sie, ah, das ist für Sida. Wenn man mich nicht sieht und ich nichts mache, dann ist diese Zeit in den Müll geworfen. Es gibt überall gute Kontakte, vielleicht in der Migros, vielleicht im Tram, vielleicht im Zug, vielleicht in einer andern Stadt. Ich vergesse mein Thema nie. Deswegen ist meine Arbeit nicht nur an einem Ort oder zu einer Zeit."

Besonders bei halb-offiziellen und inoffiziellen MediatorInnen spielt die zeitliche Bindung eine wichtige Rolle, denn sie sind sozusagen ständig "im Dienst" für allerlei Fragen und Sorgen rund um HIV/Aids und andere Alltagsthemen. Neben der unlimitierten zeitlichen Präsenz gibt es auch gezielte und zeitlich limitierte Strategien, wenn es die Situation erfordert. Ein Mediator hat erkannt, dass er sein Präventionsangebot regelmässig in Asylzentren einbringen muss, denn er kann Asylsuchende nur in diesen Zentren gezielt aufsuchen. Nach ihrem rund sechsmonatigen Aufenthalt in den Durchgangszentren werden sie administrativ verschiedenen Gemeinden zugeteilt und sind danach in Privatwohnungen kaum noch erreichbar. Im Rotlichtmilieu ist es ebenso schwierig, eine zeitliche Kontinuität zu erreichen. Eine Mediatorin hat daher Kontakte zu Bordellbesitzern und Prostituierten für die HIV-Prävention genutzt, die bei einer zuvor durchgeführten Hepatitis-B Impfkampagne entstanden sind.

6.2.3.4.3 Aufmerksamkeit gewinnen

Die MediatorInnen verwenden direkte und indirekte Strategien, um die Aufmerksamkeit der Zielgruppe zu wecken. Eine direkte Strategie nutzt eine Mediatorin, die gemeinsam mit ihrem Kollegen unbekannte Personen in einem von Afrikanern stark frequentierten Bahnhofrestaurant anspricht und fragt, ob sie etwas über HIV und Aids erzählen dürfen. Dieses Vorgehen ist für sie zwar ungewohnt, aber durch den fragenden Zugang haben sie selbst bei ihnen unbekannt Personen Offenheit und Interesse für ihre Anliegen erlebt, und manche Gespräche konnten in Gang gesetzt werden. Die MediatorInnen setzen für den direkten Kontakt auch eingängige Kommunikationsbotschaften ein:

"Und stell dir vor, du bist gekommen, um in der Schweiz zu leben. Und plötzlich bist du krank, weil du einfach nicht aufgepasst hast. Also du bist in die Schweiz gekommen im

Flugzeug, lebendig – und du gehst zurück im Sarg. Die Karten sind auf dem Tisch, jetzt kannst du auswählen, was du nehmen willst."

Durch diese abschreckende Botschaft soll den angesprochenen Personen sinnbildlich erklärt werden, welchen Verlust sie sich durch eine HIV-Infektion einhandeln. Ein weiterer Mediator nutzt Humor und den Überraschungseffekt. Wenn zum Beispiel ein Passant rasch am Präventionsstand vorbeigeht mit der Bemerkung, er wisse bereits alles über Kondome. Dann hakt er nach mit den Worten:

"Es gibt unterschiedliche Grössen, auch afrikanische Grössen."

Mit diesem verschmitzten Satz und anhand der Tabelle mit Kondomgrössen kann er oft das Interesse der Passanten gewinnen. Selbstironie verhilft ihm zur nötigen Gelassenheit, um über ein sensibles Thema zu sprechen. Kontrastierend zu diesen direkten Zugängen suchen MediatorInnen auch den indirekten Zugang, beispielsweise über Schlüsselpersonen, auch bekannt als "popular" oder "key opinion leaders" (Kelly, St Lawrence et al. 1991). Das sind unter anderem Veranstalter von Festen, religiöse Führer, Vertreter von Kirchgemeinden oder Persönlichkeiten aus Kultur und Sport. So setzt sich in einem Projekt ein afrikanischer Profifussballer eines Schweizer Super League Clubs für die HIV-Prävention ein und erhöht durch seine Bekanntheit die Aufmerksamkeit erheblich. Allerdings – so eine Mediatorin – könne der Beitrag der Schlüsselpersonen nur ergänzend wirken und die Arbeit der MediatorInnen nicht ersetzen, denn diesen Personen fehle oft das nötige Detailwissen zu HIV/Aids. Deshalb müssten Bedingungen geschaffen werden, damit die Schlüsselpersonen ihre Botschaften inhaltlich kongruent mit der hiesigen Stop Aids Kampagne vermitteln.

Ferner dient in einem Projekt die Kolanuss, die auf Präservativhüllen gedruckt wurde, als Eye-Catcher. Dies ist in West- und Zentralafrika ein weit verbreitetes Symbol für traditionelle Werte wie Respekt, Gastfreundschaft und hat auch vielfältige Konnotationen zu sexuellen Aspekten des gesellschaftlichen Lebens. All diese Bedeutungen lassen sich mit der HIV Präventionsarbeit verknüpfen. Schliesslich nutzt eine Mediatorin die Strategie der "Seitentüre", in der Literatur auch unter "Stepping Stones" bekannt (Welbourn 1995). Wie in der MediatorInnenausbildung angeregt, spricht sie vor allem an Gruppenveranstaltungen zu Beginn nicht sofort über HIV, sondern über andere sexuell übertragbare Krankheiten. Dabei betont sie die Gefahr von Sterilität oder Fehlgeburten und rückt dadurch das Thema Kinder und Familie in den Vordergrund. Diese indirekte Strategie findet Anklang, denn die Anwesenden beginnen rasch, verschiedene Fragen zu stellen, und die Mediatorin kann über einen Umweg auf die HIV-Infektion zu sprechen kommen.

6.2.3.4.4 Genderfragen berücksichtigen

Einigkeit besteht bei den befragten Personen darin, dass getrennte Veranstaltungen für Männer und Frauen angeboten werden sollten. Uneinheitlich handhaben die MediatorInnen die Frage, ob sie selber nur zum einen Geschlecht oder zu beiden sprechen wollen. Eine Mediatorin kann den korrekten Kondomgebrauch an einem erigierten Holzpenis demonstrieren, aber bei Männern löst sie dabei Hemmungen aus. Eines der MediatorInnen-Teams tritt daher immer mit einer Frau und einem Mann auf, und ad hoc wird entschieden, wer die Gesprächsführung übernimmt. Bei den inoffiziellen und halb-offiziellen MediatorInnen ist dieses Angebot des geschlechtsspezifischen Zugangs beschränkt, denn oft arbeiten sie alleine und haben kaum Möglichkeiten, beiden Geschlechtern gleichermaßen gerecht zu werden.

6.2.4 Diskussion

Aufgrund der präsentierten Daten lässt sich ein Spannungsfeld von förderlichen und problematischen Prozessen aufzeigen. Förderlich sind die Breitenwirksamkeit, die zahlreichen und gut entwickelten Sozial- und Kommunikationskompetenzen der MediatorInnen sowie die im Rahmen von Projekten erarbeiteten Interventionsinstrumente. Problematische Auswirkungen können allerdings entstehen, weil sich die MediatorInnen aufgrund ihres Engagements zwischen dem Insider- und Outsiderstatus bewegen.

6.2.4.1 Breitenwirksamkeit

Die befragten Personen erreichen ein erstaunlich breites Publikum für die HIV-Prävention in der Schweiz, das deutlich über den in offiziellen Projekten vorgesehenen Rahmen hinausgeht. Zum einen arbeiten sie in formellen Projektstrukturen wie auch in informellen Kreisen. Zum andern erreichen sie geplante wie auch unvorhergesehene Zielgruppen. Und zum dritten agieren sie im geographisch vorgegebenen (in der Regel kantonalen) Projektrahmen wie auch über die Kantons- und Landesgrenzen hinaus. Diese Dynamik kann auf die vielfältigen persönlichen und beruflichen Ressourcen wie auch das grosse Engagement der MediatorInnen zurückgeführt werden. Damit diese Breitenwirksamkeit zukünftig noch stärker zum Tragen kommt, ist erstens ist zu überlegen, ob neben den bisherigen offiziellen MediatorInnen weitere Personen aus dem Kreis der halb-offiziellen oder inoffiziellen MediatorInnen für eine Schulung gewonnen werden sollten. Insbesondere der Personenkreis der „Schlüsselpersonen“ sollte zukünftig in die Präventionsarbeit verstärkt einbezogen werden (Williamson Eberle 2004). Diese Erweiterung der Zusammenarbeit käme nicht nur der Qualitätssicherung der Arbeit der inoffiziellen AkteurInnen zu Gute, sondern könnte auch die Interventionsstrategien der bestehenden Projekte wesentlich bereichern und komplimentieren. Und zweitens stellt

sich die Frage, in welchem geographischen Rahmen die MediatorInnen ihre Wirkung entfalten sollen. Dies kommt insbesondere bei Asylsuchenden zum Tragen, die mitunter mehrmals den Aufenthaltsort innerhalb eines Kantons oder über die Kantonsgrenze hinaus wechseln, und daher erweisen sich die kantonal-geographischen Grenzen von bestehenden Projekten eher als nachteilig für die Breitenwirksamkeit. Deshalb ist zu überlegen, inwiefern das für die allgemeine Aidskampagne geltende Kontinuitätskriterium (Bundesamt für Gesundheit 2003d) auch für die Peer Edukation und deren Breitenwirksamkeit bei spezifischen Zielgruppen gilt.

6.2.4.2 Kreative Interventionen und gendersensible Kommunikation

Der von den befragten Personen beschriebene mündliche Zugang durch gezielte kultur-sensible Kontaktaufnahme und kreative Metaphern hat sich, ähnlich wie in anderen MediatorInnen-Projekten (Nakyonyi 1993; Hafner 2003a), als erfolgreiche Strategie für eine wirksame HIV-Präventionsarbeit herauskristallisiert. Bislang ist jedoch wenig darüber dokumentiert, inwiefern sich dieses Potenzial der verbalen Kommunikationswege für die HIV-Prävention in der Schweiz entfalten kann, und welche Materialien für welche Zielgruppe besonders geeignet sind. In der HIV-Präventionsarbeit in afrikanischen und auch europäischen Ländern ist ferner der Einsatz von bekannten Persönlichkeiten aus Religion, Wirtschaft, Sport, Politik und Kultur eine wichtige Strategie, um die Aufmerksamkeit verschiedener Gruppen zu wecken. Dies zeigt beispielsweise eine französische Kampagne mit Frauen aus der Kultur- und Modewelt (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé 2004). In der hiesigen Prävention für die Migrationsbevölkerung wurden die positive Rolle und das Potential solcher Schlüsselfiguren bislang jedoch ebenfalls wenig diskutiert und umgesetzt. Eindrücklich zeigte sich in der Studie, dass die MediatorInnen den ihnen empfohlenen Gender-sensiblen Ansatz gekonnt umsetzten. Das heisst aber nicht, dass Männer nur mit Männern und Frauen nur mit Vertreterinnen ihres Geschlechts in Kontakt treten. Oft wird ad hoc entschieden, wie auf Publikumsreaktionen geantwortet werden soll. Dieses Vorgehen weist auf eine gute Kompetenz für situatives Handeln hin. Schliesslich erwies sich der Zugang zu religiösen Gruppen trotz guten Kontakten als schwierig. Es scheint, als ob sensible Themen wie Sexualität, Kondomgebrauch und Tod, die durch Aids eine "intime Nähe" (Derenthal 2002, S. 19) erhalten, die HIV-Prävention in religiösen Sub-Sahara Kreisen bisher erschwert haben. Hier braucht es weitere Anstrengungen, um Schlüsselpersonen zu gewinnen, die für religiös orientierte AfrikanerInnen eine meinungsbildende Rolle einnehmen können.

6.2.4.3 Balance zwischen Insider- und Outsiderstatus

Eine bedenkliche Erkenntnis zeigt sich im Spannungsfeld Insider-Outsider Status. Die MediatorInnen zeichnen sich üblicherweise durch Insiderkenntnisse über die sozialen Strukturen und die Verhaltensweisen ihrer Peers aus (Turner & Shepherd 1999). Zudem geniessen sie ähnlich wie Familienmitglieder und Schlüsselpersonen einen Status, der in den afrikanischen Gemeinschaften eine wichtige Rolle in der Meinungsbildung bedeutet (O'Laughlin 1995). Gleichzeitig erlangen sie jedoch durch ihr spezielles Interesse zum Thema HIV/Aids, ihr neu erworbenes Wissen und die Schulung einen Outsiderstatus, denn sie sind InformationsträgerInnen zu einem tabuisierten Thema. Peer Edukation kann vor diesem Hintergrund ausgrenzende Konsequenzen auf persönlicher und sozialer Ebene bewirken (Haour-Knipe, Meystre-Agustoni et al. 1999). Dies ist in der Betreuung von MediatorInnen zu berücksichtigen und ebenso im Kontakt mit halb-offiziellen und inoffiziellen MediatorInnen, die üblicherweise kaum auf Betreuung zurückgreifen können. Ebenso ist in den Studienergebnissen die Tendenz erkennbar, dass die befragten Personen eine Magnetfunktion für Personen aus den afrikanischen Gemeinschaften entwickeln. Dies könnte zu einer allzu starken zeitlichen und thematischen Beanspruchung führen, gerade vor dem Hintergrund, dass AfrikanerInnen bereits ohne Engagement im Aidsbereich vielerlei Verpflichtungen nachkommen.

6.2.5 Fazit

Peer Edukation sollte aufgrund dieser Studienergebnisse auch in Zukunft eine wichtige Strategie der HIV Präventionsarbeit bei Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz bleiben, vorausgesetzt die problematischen Prozesse werden angegangen. Ebenso sollte geklärt werden, wie die derzeit tätigen offiziellen MediatorInnen ihre entwickelten Zugangsstrategien im Rahmen grösserer Stellenpensen umsetzen, und wie die inoffiziellen MediatorInnen von einer schweizweit konzipierten Grundausbildung profitieren können. Beides trägt dazu bei, dass trotz der natürlichen Fluktuation unter den MediatorInnen eine Stabilität der bisherigen Präventionsanstrengungen erreicht werden kann. In Anbetracht der epidemiologischen Situation scheint der segregative Ansatz, also der Fokus auf spezifische Zielgruppen, auf dem Weg zur Integration der besonders gefährdeten Populationen weiterhin gerechtfertigt, jedoch birgt er ebenso die Gefahr der doppelten Stigmatisierung und der Verfestigung von den "gefährlichen Anderen" (Grundfest Schoepf 2004, S. 19). Die MediatorInnen können jedoch dank diesem Ansatz aus der Stigmatisierung hervor treten und sich als kompetente AkteurInnen betätigen und positionieren. Die in den Ergebnissen ersichtliche Kreativität und individuelle Interpretation in der MediatorInnenarbeit sind als grosse Ressourcen und als Empowermentansatz in der aufsuchenden Arbeit zu bewerten. Die entstehende Eigendynamik, die sich durch die Aufgliederung in offizielle, halb-offizielle und inoffizielle MediatorInnen aufzeigen liess, bedarf jedoch einer gewis-

sen Kanalisierung, damit die kontinuierliche Verbesserung der Strategien und Ansätze, sowie die geographische Ausweitung von den Projektorganisationen genutzt werden können. Dazu gehört die bessere Vernetzung unter den verschiedenen MediatorInnen, die Abstimmung der unterschiedlichen Projektmanagementansätze und die nationale Harmonisierung der kantonalen Handlungsbegrenzungen. Konzeptionelle Ansätze zur Peer-Eduktion in der HIV-Prävention sind von Haour-Knipe et al. (1999) differenziert herausgearbeitet worden. Sie können nun mit den Ergebnissen dieser Studie im Hinblick auf die Zielgruppe der Sub-Sahara Migranten vertieft und für die konkrete MediatorInnenarbeit praxisrelevant ergänzt werden. Abschliessend gilt es jedoch festzuhalten, dass trotz dieser erfolgreichen Ansätze in der Schweiz bis dato keine systematische Wirkungserfassung durchgeführt wurde, inwiefern MediatorInnen die angestrebten Änderungen im HIV relevanten Wissen und Verhalten der Zielgruppen erreicht haben. Um die Evidenzgrundlage dieses Präventionsansatzes und dessen Wirkung zukünftig zu stärken, sind systematische Begleitforschungsmassnahmen für MediatorInnen-Projekte ein zentrales Anliegen.

6.3 Cross-cultural health assessment of HIV-infected Sub-Saharan migrants: Implications from a qualitative study (Paper 7)

Iren Bischofberger, RN, MNS, MSc, PhC
Centre for Advanced Education of Health Professionals
Mühlemattstrasse 42
5001 Aarau / Switzerland
Telephone +41 (0)62 837 58 71
iren.bischofberger@weg-edu.ch
www.weg-edu.ch

Acknowledgment

I would like to express my sincere thanks to the participants who contribute with their openness to a deeper understanding of Sub-Saharan migrants' HIV/AIDS illness beliefs and illness trajectories. I am also grateful to Brigit Obrist van Eeuwijk and Claudia Sauerborn, both with the Swiss Tropical Institute, and Lenore Manderson with Monash University, Melbourne, who critically reviewed this manuscript.

Manuscript submitted to "Journal of the Association of Nurses in AIDS Care"

Abstract

HIV prevalence among Sub-Saharan migrants in Switzerland has continuously increased in the past two decades, and these patients attend later and with more health impairments at clinical settings compared to non-Africans. Therefore, cross-cultural challenges arise which are relatively new to many nurses, and complex disease processes have to be managed during longstanding illness trajectories. In this article, I identify HIV/AIDS related themes, which are relevant from the Sub-Saharan migrants' perspective assess illness management. A qualitative study was conducted using an in-depth interview approach with 40 Sub-Saharan migrants living in Switzerland. Results show that HIV infection is characterised as invisible, shameful, risky and treatable. In each category, there are diverging helpful and problematic factors. Therefore, HIV-infected African patients live with contradictory realities, which need to be appropriately assessed and acknowledged by clinicians. This is particularly important because these migrants are relatively new to health care services in Switzerland but will remain under treatment for an extensive period of time because of the chronic trajectory of HIV infection. There is a need for nurse clinicians who are able to apply cross-cultural assessment strategies and concurrently provide a quick and sound clinical grasp of Sub-Saharan migrants' disease status and influencing environmental factors.

Key words

Switzerland, cross-cultural health assessment, HIV/AIDS, Sub-Saharan migrants, qualitative study

6.3.1 HIV in Western Europe

Due to the high prevalence of HIV among Sub-Saharan migrants in Switzerland, clinicians have been increasingly concerned with the needs of HIV-infected African patients. The rate of Sub-Saharan migrants among all HIV-positive antibody tests in Switzerland increased from 4.5 % in the reporting period 1988 to 1992 to 37 % in 2005 (Bundesamt für Gesundheit 2003a; Bundesamt für Gesundheit 2005b). Although the Sub-Sahara migrant population has doubled in Switzerland in the past decade, it accounts only for about 0.6 % of today's inhabitants in Switzerland (Bundesamt für Statistik 2004). Thus, a small population group is grossly over-represented in the Swiss HIV statistics. Sub-Saharan migrants also tend to present with advanced disease at clinical settings, predominantly with tuberculosis as the initial AIDS-defining condition (Low, Paine et al. 1996; Barry, Lloyd-Owen et al. 2002). Yet, their clinical prognosis is equivalent to Northwestern Europeans, and their access to triple antiretroviral therapy and specialist HIV treatment is not influenced by geographical origin (Staehein, Rickenbach et al. 2003). Arranging comprehensive care in light of this migration, epidemiological and clinical background requires insight into Sub-Saharan illness beliefs and clinical problems rising during the illness trajectory. Therefore, a qualitative research project was conducted aiming to identify topics from the perspectives of Sub-Saharan migrants, which are relevant to explore at the beginning of the nurse-patient relationship. The focus of this article is on migrants' understanding of HIV-infection and what clinicians can learn specifically for the assessment phase.

6.3.2 Cross-cultural health assessment

During recent decades, various frameworks of assessing health problems of ethnic minorities have been developed in nursing and allied disciplines. In some handbooks, assessment guidelines are organised along a list of countries or ethnic minorities within a society, and explanations of cultural particularities and commonalities are provided (Geissler 1994; Leininger & McFarland 2002). Other approaches propose to assess patients along a number of concepts; Giger & Davidhizar's (2003) framework for example, includes communication, space, social organization, time, environmental control, and biological variations. Specific and open-ended questions are intended to unfold the patients' perspectives of his or her illness beliefs and explanations (Kleinman 1980; Ponterotto, Gretchen et al. 1996). In the last few years, standardised questionnaires and measurement tools have also been developed for assessing specific risks or symptoms in various cultures (see e.g. Wagner, Gandek et al. 1998; Friedemann, Åstedt-Kurki et al. 2003). This allows for the comparison of results across cultures and nations, but it also bears the risk of stereotyping. Also, it has been criticised that cross-cultural assessment instruments were originally developed with Euro-white middle-class populations (Padilla 1996), and thus results should be carefully interpreted in order not to

reinforce the dominance of the majority population over different behaviours and attitudes of minority populations (Gustafson 2005). For instance, results from population data show, that age and lack of English language knowledge are more important predictors for health utilization than ethnicity and country of origin (Kelaher, Williams et al. 1999).

Several attempts were made in Switzerland to conceptualize cross-cultural health assessments (Salis Gross, Moser et al. 1997; Domenig & Stauffer 2001; Sabbioni & Salis Gross 2006) promoting a comprehensive view of the patients' origin, migration history and current life situation. The aim of this professional strategy is to include the patients' perspectives and their understanding about the illness process, and to add psychosocial and migration issues to the clinical assessment. However, patients may be reluctant to provide details about aspects which are not closely linked to their current state of ill-health. They may fear that this information could be provided to the immigration department, or that sensitive social issues, for instance poor housing, might be uncovered (Sadler, Fenton et al. 2005). Thus, cross-cultural health assessment instruments and their contents are challenged by the patients' concerns and priorities. Therefore, Faust (2000) has suggested to first assessing the medical problems and the immediate living situation, and then, continue in follow-up visits with the wider assessment of migration history and health related problems.

In this article, I refer to the term cross-culturally as a dynamic process – in contrast to a monolithic status – which includes the involvement of and interaction between settled and migrating people with various mentalities, beliefs, and value systems. These need to be systematically and continuously unfolded by health professionals in order to enhance care and treatment plans and monitor potential hampering effects (Domenig & Stauffer 2001).

6.3.3 Research design

A qualitative in-depth study was conducted with 40 Sub-Saharan migrants living in Switzerland. In order to explore not only the perspectives of HIV-infected persons, but also non-affected migrants in Switzerland, individuals from three different migrant groups were interviewed: 10 trained HIV peer educators, 20 migrants without specific affiliation to HIV/AIDS, and 10 HIV-infected persons. Clearance from the cantonal ethics committee in Basel was received before starting the recruitment process. Particular attention was paid to recruit illiterate persons and asylum seekers in order to include them in the study. Oral consent was allowed if a third person was present, and the signature on the informed consent form could be illegible if participants did not wish to provide their names. Private contacts and snowball techniques among Sub-Saharan migrants were used to recruit the convenience sample, because prior experience had shown that migrants could feel reluctant or pushed to participate through institutional recruitment strategies such as asylum seekers' homes or clinical

institutions. Referrals from the interviewed peer educators, and particularly from one of the interviewed asylum seekers, were extremely valuable to identify further participants. Details about challenges faced during this process are described elsewhere (Bischofberger & Obrist van Eeuwijk 2005). In-depth interviews were conducted between January and May 2004 and lasted between 30 and 130 minutes (total 42 hours). They were conducted in German, English or French according to the interviewees' preferences. Due to the sensitivity of the topic with this marginalized population group, interviews were guided by the premise that feelings and biographical backgrounds of both the interviewee and the interviewer are part of the conversation (Rubin & Rubin 2005). Rapport was established by providing a genuine interest of the participants' views. Digital recording allowed for transcription ad verbatim from a computer file. Two participants did not allow recording, and in these cases extended notes were taken during the interview. Analysis was performed in two steps. Firstly, transcripts from the 10 HIV-infected participants were coded based on thematic analysis (Schensul & LeCompte 1999) in order to identify core categories about their view of living with the virus and handling ongoing challenges with the illness. In a second step, the identified categories were reviewed and refined by adding insights from the analysis of the other 30 interview transcripts. This process allowed the inclusion of the perspectives of both HIV-infected and non-infected participants.

6.3.4 Findings

6.3.4.1 Participants' characteristics

An overview of the characteristics of all 40 participants is presented in the following table.

Sex	Age	Duration of living in Switzerland / Residency	Area of Living	Profession	Religion
Women 22	Range 20 - 58 y	Range: 1 month – 25 y Residence permit: Swiss citizenship 8	Urban 28 Rural 12	Academic 5 Service 7 Trade 9 Social Care 6 Diverse 4 Not specified 9	Christian 26 Moslem 10 None 4
Men 18	Mean 38.1 y	Settlement permit 8 One-year permit 11 Asylum seeker 10 Tourist 3			

Table 11: Socio-demographic characteristics of all participants

The participants were nationals from 19 countries across entire Sub-Saharan Africa. They spoke a total of six European and 30 African languages and dialects. These broad language skills and particularly the knowledge of former colonial languages such as French and English, which are today considered the lingua franca in many African countries, was not only very supportive for oral communication in the conduct of research with these people, but also is invaluable in conducting health assessment. Twenty participants had children, and most of the parents lived together with their children in the same household in Switzerland. Five interviewees left children in Africa with extended family members due to divorce and re-marriage in Switzerland. In three cases, the HIV-infected par-

ents lived in Europe due to access to antiretroviral treatment which was not available in their country of origin. All ten HIV-infected participants were currently treated at outpatient HIV centres, where they had access to highly specialized medical and nursing knowledge and care.

6.3.4.2 Illness characteristics and its effects

From the participants' perspective, HIV-infection is characterised as invisible, shameful, risky, and treatable. Within the framework of these four illness characteristics, they described considerable problems of living with the virus but were also able to constantly balance encouraging and problematic aspects of their infection. For instance, the invisibility of physical signs of infection despite the AIDS diagnosis was favourable and protective against stigmatization, however, may also have counter effects, when sexual partners do not believe that a healthy looking person is contagious. An overview of these diverging findings is presented in Figure 15 and the identified variables of this graphic are discussed below.

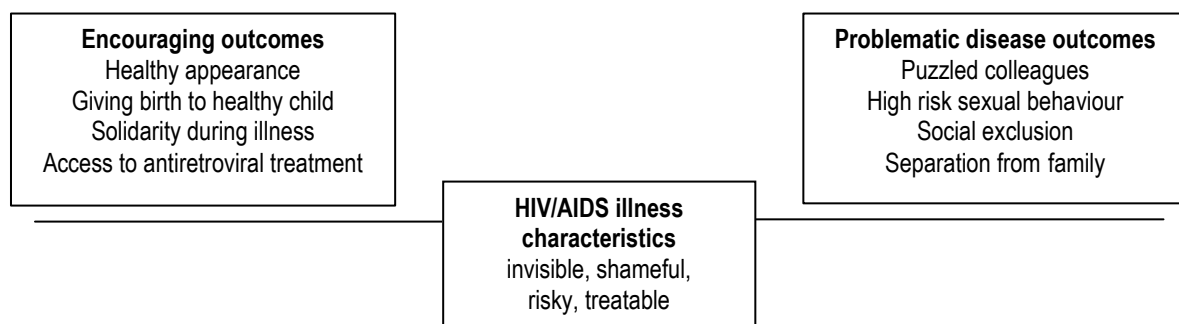


Figure 15: HIV/AIDS illness characteristics and illness outcomes experienced by Sub-Saharan migrants

6.3.4.3 Invisible illness

There was a consensus among participants that successful antiretroviral treatment leads to a healthy looking body and stable mind in most HIV-infected people. This is in contrast to the visual experience and expectations of many African migrants who were mainly confronted with underweight and depressed AIDS patients prior to migration. An HIV-infected female participant, who had no physical or mental signs, experienced scepticism when she disclosed her HIV infection to other Africans in Switzerland:

"I look strong and talkative and charming, people expect me to be just like down every day. negative, HIV but negative during the whole of last year".

She explained that the absence of such illness symptoms and laboratory results was interpreted by her friends as evidence of a non-existing illness. The participant knows the biomedical logic of her low viral load, but the "negative" results were difficult to communicate, because her friends could not

make sense of her healthy appearance and alleged HIV infection. By explaining these illness facts, she endured long and sometimes disturbing discussions. She is now rather reluctant to start discussions about her infection and leaves her African colleagues sometimes with ambiguous and puzzled beliefs about signs of the HIV infection.

A nurse and HIV peer educator referred to this ambiguity when she explained to patients what it meant to live with an undetectable viral load; she used the metaphor of a "*sleeping virus*" which might "wake up" for various reasons, such as inconsistent treatment adherence or biological threats to the immune system. She also informs patients that the sleeping and invisible virus is transmittable to sexual partners or an unborn baby. For participants, the perception of an invisible illness is also linked to a decrease of HIV and AIDS in the media in Western Europe. In the process of normalization (Rosenbrock, Dubois-Arber et al. 2000), which started after the advent of antiretroviral treatments in the mid 1990s, AIDS discourses have virtually disappeared from the political and public health agenda. Thus, participants mentioned that newly arrived migrants in particular sometimes believed that AIDS is an African illness non-existent in Europe. HIV-infected as well as non-infected participants were well aware that they need to correct this misunderstanding whenever they encounter it.

6.3.4.4 Shameful illness

Participants refer to AIDS as an illness which is viewed in African communities as related to morally deviant sexual behaviour. And the HIV infection means shame to individuals, couples and families.

If women are diagnosed with HIV, the moral belief is quickly used against them:

"An HIV-positive woman is regarded as a whore. She is prostituting herself and thus acquires the virus."

Therefore, by acquiring the virus, a woman is evaluated as misbehaving in her traditional sexual role as a woman. Due to the participants' statements, men are hardly perceived to be judged against this moral belief.

If sero-concordant or discordant HIV-infected couples decide not to have children, because they are aware of the sexual and vertical transmission risk, they do not fulfil their role in conceiving descendants, and they bring shame to their families.

"It is important to have descendants, for a man because of his name and the continuation of his tribe. And for a woman maternity is the centre of humanity for most Africans. And if you can not explain this expectation, people talk badly about you and your whole family, it means shame to your family."

The fear of shame even reaches beyond country borders. A female peer educator recalled meeting at a workshop, an HIV-infected man from her own country of origin:

"I was excited to meet him. In the break, I went to him and introduced myself with my first name and surname, and said that I am from the same country. He was suddenly irritated, and I rapidly had to save the situation, so I gave him my mobile number on a piece of paper. And I realized that he calmed down. And he also gave me his mobile number, but not his surname. Because with his family name, I would have automatically known his origin in our country, and I could potentially have gone to his place and told people there that he is HIV-positive. But I let him know that I was not interested in his family name, he calmed down and we talked for hours."

The peer educator realized early enough how to react, and she rapidly established a relationship where shame was not an issue. The HIV-infected participant was asked later to talk about his illness to another African group, but he declined due to fear that he may not find an environment as supportive and non-discriminatory.

In the context of shame, social support is important for people with HIV infection, particularly when they have desperately tried to avoid disclosure for an extended period of time. This is illustrated in the story of an HIV peer educator who had called a female African friend several times to arrange a meeting, but the friend always had an excuse. Only when the friend was precariously ill in hospital, did the participant find out that she had advanced HIV/AIDS. Through comforting strategies in a non-discriminatory way, she helped her to overcome shame and isolation:

"We are together, and we will manage it together. You are living for yourself, not for the others. (...). The nurse told me later, that I was the best medicine for her."

In this example, social support became evident when having been accepted later than first offered. Nevertheless, once overcoming the barrier of shame, it proved to be an important source for effective care.

6.3.4.5 Risky illness

Most participants were well aware that HIV infection is sexually transmitted. They reported having seen various AIDS prevention campaigns when living in Africa or during vacations. However, participants reported risky behaviours which were not congruent with effective preventive messages:

"I know that I will not use condoms. My older brother once had a beautiful girlfriend who had it [the virus]. He explained to me how to minimize the risk. If I penetrate smoothly, I will never get infected."

This man presents a certain sexual technique which he considers safe enough to avoid infection. But he is well aware that the risk is not eradicated; he only aims to minimize it. He also considers his own bodily control as sufficient for protection from infection, but he does not consider the transmission risk which he poses for the woman in the event that he, not she, is infected with HIV or another sexually transmissible infection. Most importantly, he practices a sexual behaviour which he knows is in contradiction with his formal knowledge, but it is in line with his older brother's advice. This apparently counts for more than official messages in prevention campaigns.

Once infected, some participants with HIV completely withdrew from sexual activity because of fear of transmitting the virus to others. Some participants remained sexually active after the HIV diagnosis and also took the risk of transmitting the virus in order to conceive children. One participant was diagnosed with HIV in 1988 in an African country during pregnancy with her first child. She recalled living in *"complete ignorance"* until the second pregnancy some years later, when she was fully informed by a physician whom she and her partner had contacted in Paris. They decided to take the risk and have a third child, who like the first two, was born healthy. Her husband remained HIV-negative. She considers this situation a miracle and now is convinced that they should not have further children lest their luck be reversed. Another HIV-infected female participant offered to leave the household and live alone in another apartment in order not to put family members at risk of transmission. Her husband however, knew about HIV transmission routes and was able to convince her that she posed no risk of infection to other family members.

6.3.4.6 Treatable illness

The HIV-infected participants were interviewed at different times and phases of antiretroviral treatment. Some had had very short treatment experiences of some months; others had lived extended treatment trajectories up to nine years. Nine out of ten HIV-infected participants were taking antiretroviral treatment. Only one person, who had always had stable virological and immunological parameters, now lives without taking any medicine. In general, starting the treatment was welcomed, as it led to rapid improvement in the physical condition and was considered to be quite successful. Sometimes, the effect of antiretroviral therapy was even perceived as a "quick fix" in a threatening situation:

"I thought of killing myself. But then, I discussed it with my doctor, he encouraged me, and he said 'Mister, you will not die today or tomorrow, so we will try triple therapy.' And so I started triple therapy."

This participant's decision sounds rather easy going and indeed, he tolerated the first prescribed medication combination well. But after this regimen started to fail suppression of his viral load, he needed to change medicine and experienced severe nausea. Thus, his idea of a quick fix was challenged.

Other participants who had had longer antiretroviral treatment experiences developed cognitive strategies to integrate the intake of medication as part of their daily routine. A female participant, after living in Switzerland for twelve years and taking antiretroviral treatment for six years, had overcome the initial shock of diagnosis and now lives with considerable treatment stability. She takes six tablets in the morning – with reluctance – but regards them as *"peanuts"*. She views herself as happy because of *"two healthy legs and three healthy children"*. She considers that enough sleep and a healthy diet, rather than her medication, are the most important factors contributing to her current state of good health.

For some participants, treatment options lead to severe consequences in their social relationships. For instance, a female participant fell severely ill and was concurrently diagnosed with AIDS and tuberculosis during a business trip to Switzerland. Her weak physical state at the time of diagnosis and her complex disease presentations led to a half year recovery period. For humanitarian reasons and because of the lack of antiretroviral treatment in her own country, she was allowed to remain in Switzerland. She now lives without a job, isolated in a tiny apartment in a Swiss city, far away from her teenage son. This is most distressing for her, because the son lives with his diabetic grandmother, and his father had just died:

"There is nobody to take care of the situation. And I am sick. Because I knew, I thought, maybe when he grows up, he can be with his father. I had that hope. And all this, my mother doesn't know."

Because she only has access to antiretroviral medicine in Switzerland, she experiences social disruption and high stress levels due to her inability to have any control over her son's life. However, as she began to feel physically stronger, she slowly regained hope that some day the medicine will become available and affordable in her country of origin. She hopes to return and *"feel complete"* by being with her son.

Finally, some participants mentioned the concurrent intake of Western and traditional medicine as a coping strategy, as indicated by an African HIV nurse:

"This is delicate. We will not tell her, that her way of treating herself is wrong, and we have the right solution. But we have to combine the two ways of treatment, but still remain alert if the virus is hitting her hard. So we must not leave her in her bubble, we have to work to be realistic with her. For us, it is evident, but for her, this is not the reality, which is prioritized for the moment. I offer her the possibility to make her way of accepting to live. She uses it as she wants, right?"

This nurse carefully monitors her patients' decision-making about treatment options, and she also regularly re-assesses the situation based on biomedical principles.

6.3.5 Discussion

The aim of this study was to identify HIV-relevant topics to be explored by nurses and other clinicians during the health assessment phase. The results presented above are based on interviews with a heterogeneous group of participants who roughly represent the diversity of Sub-Saharan migrants living in Switzerland with regard to age, gender, geographic origin, residence permit, and educational and religious backgrounds (Heiniger 2000). The four illness characteristics, and the corresponding encouraging and problematic experiences, provide insight into the understanding of HIV/AIDS and its illness trajectories from the perspectives of African migrants.

6.3.5.1 Individual illness understanding

For migrants, during periods of ill-health, illness beliefs intermingle with the beliefs and attitudes of others in the host country (Giger & Davidhizar 2003). In the presented study, this is noticeable in the characterization of HIV/AIDS as an invisible illness, where the absence of physical or mental signs and non-detectable viral loads contribute to Sub-Saharan migrants' perceptions that HIV infection is a virtual phenomenon with little impact on daily life in Switzerland. In other cases, participants report friends' puzzlement because there is a strong contrast between the appearances of people living with AIDS in Africa and in Switzerland. The absence of bodily signs leads, however, to a certain degree of protection from shame, social exclusion, and discrimination within the Swiss society in general and African migration communities living in Switzerland in particular. This advantage has been rarely discussed in prior Swiss or other international studies on the medico-social situation of Sub-Saharan migrants (Dodds, Keogh et al. 2004). In general, it is difficult to understand that HIV infection persists despite an undetectable viral load. This virological phenomenon is explained by an African HIV nurse who uses the metaphor of a 'sleeping virus'. She uses simple figurative language which, in her experience, is easily understood. However, explanations are not only validated when provided by individuals with scientific backgrounds or from health care professionals. Behaviours are

also influenced on the advice of reputable persons, such as the older brother who recommends his safe sex practice to his younger brother.

Finally, taking antiretroviral medicine might be the cause of perceived discrimination. Research participants in a British study where data were collected in spring 1998 felt discriminated against because antiretroviral medicine was pharmaceutically tested exclusively with white subjects (Erwin & Peters 1999). This issue was not raised in the presented study, possibly because it was conducted several years later when more HIV-infected Sub-Saharan migrants had benefited from antiretroviral treatment and treatment options now seem to be more acceptable and used accordingly. Treatment was even perceived as a "quick fix" helping to survive and overcome suicidal thoughts.

6.3.5.2 Long-term illness trajectories

For most Sub-Saharan migrants, an HIV/AIDS diagnosis means sudden death, and thus suicidal thoughts arise out of fear of dying isolated in a foreign country (Dodds, Keogh et al. 2004). For the participants, treatment and care was particularly challenging, because they accessed medical care later in the disease process. Some even were prescribed complex tuberculosis *and* antiretroviral treatment regimes. This latter finding is in congruence with other clinical studies indicating that Sub-Saharan migrants more often develop tuberculosis as first AIDS-defining disease. Their clinical picture and virological, and immunological markers at study entry were worse compared to the clinical situation among Western Europeans (O'Farrell, Lau et al. 1995; Burns, Fakoya et al. 2001; Staehelin, Rickenbach et al. 2003). These results imply highly complex clinical and pharmaceutical procedures.

In this study, several participants attended late at the health care system as a consequence of lack of familiarity with illness signs. Men as well as women were usually diagnosed during hospitalisation as a result of severe deterioration in their health. Only one woman found out about her HIV infection during her second pregnancy. This finding is in contrast to other studies, where women were more often diagnosed during antenatal care (Fourquet, Le Chenadec et al. 2001) compared to men, who were advised of their diagnoses during hospital stays (Del Amo, Goh et al. 1996; Burns, Fakoya et al. 2001). Despite late commencement of treatment, the HIV-infected participants in this study were all in quite stable illness phases and had recovered from the conditions requiring hospitalisation. This is in line with most clinical studies which show that disease progression does not differ between Sub-Saharan migrants and Western Europeans (Barry, Lloyd-Owen et al. 2002; Staehelin, Rickenbach et al. 2003).

Late presentation at formal and informal support services in this study is also caused by fear of being rejected and socially isolated from African communities in Switzerland and from families living in African countries. This fear is comprehensible when considering that migrants have to establish new social networks in Switzerland. In times of illness, and particularly living with an illness of shame, these systems often become tenuous and fragile (Barroso 1997). Results from this study also indicated that long-term medicalization of the illness leads to families which are torn between continents for years because of a pharmaceutical divide between rich and poor countries. Due to the high incidence of AIDS among Sub-Saharan migrants, there is a danger of eroding support systems during long illness trajectories, particularly among female migrants with child care duties (Doyal & Anderson 2005).

Surprisingly, all HIV-infected participants were able to reach some stability in their social and illness management due to a network of formal and informal support sources from family members, friends or health and social care professionals. However, this network may be too loose or too small to be sustained over the chronic trajectory. Thus, even if medical treatment is satisfactory and leads to equal opportunities in the disease progression, the "quick fix" effect may fade, and the social context of Sub-Saharan migrants might become more burdensome. Therefore, treatment and care will have to be carefully monitored by continuously re-assessing the HIV-infected migrants' clinical and social situation, particularly the resources and a sense of mastery for treatment and symptom management, socio-economic stability, and family relationships (Chinouya & Davidson 2003; Weatherburn, Ssanyu-Sseruma et al. 2003) .

6.3.6 Implications for cross-cultural assessments of health and illness

Caring for Sub-Sahara patients is relatively new to many nurses and other clinicians. In order to better understand such complex clinical situations, HIV care teams have tried to list patients by affiliation of cultures or languages and to establish a "culture catalogue" for clinical use (Jöhncke 1996). But they realised that such lists, which are in various quick reference handbooks (e. g. Geissler 1994), become overwhelming and ultimately unhelpful because the heterogeneity of patient groups in the HIV clinics can not be captured. Also, these lists do not replace learning about the illness beliefs and the current illness situation. HIV-infected Sub-Saharan individuals bring their unique ailments and their specific socio-cultural experiences to the clinic (Faust 2000; Doyal & Anderson 2005). Therefore, individual and research based cross-cultural assessments strategies need to be established systematically in HIV health care teams. Neither ethnicity nor country of origin should be focussed, but rather the primacy of the current clinical and migration situation. Also, sensitivity to ask

relevant questions to a patient population which is relatively new to Western European health care systems is necessary.

Using the results of the present study, clinicians could explore Sub-Saharan patients' perspectives by asking questions from five main thematic areas: Current disease processes, medication, prevention, social networks and living context, and live perspectives.

Late presentation to the clinic often means managing a range of symptoms and stabilising physical impairment and mental disorders:

- 1. Current disease processes*
- What bothers you most physically and emotionally?
 - What has changed in your body and mind since you found out about your HIV/AIDS diagnosis?
 - What do you think HIV/AIDS does to your body and mind?
 - What do you think happens in your body when there are no signs of disease?
 - How do you handle symptoms?

Exploring the patients' individual understanding and beliefs might reveal unexpected information, which needs to be taken seriously when planning effective treatment and care. Asking specific further questions is recommended, if a patient uses uncommon expressions or holds unusual beliefs (Domenig 2001a).

In Western European countries, antiretroviral treatment usually is started rather quickly after patients have sought care. However, taking medicine as prescribed needs to be arranged and adapted in patients' daily lives in order to be effective. Therefore, the following assessment questions can unfold problems with medication intake:

- 2. Medication*
- What effect do you expect from taking tablets?
 - How do you manage to take the tablets during the day? At night?
 - What helps you to take the medicine regularly?
 - Is there any other medicine or herb you think is helpful for you?

Along with discussing such questions and the patients' answers, there are helpful booklets specifically designed for African women and men on combination therapy (Cooper 2003; Robinson & Cooper 2003). These booklets integrate basic information on antiretroviral treatments, including African symbols and appearances and thus try to be visually and verbally attractive and comprehensible to Sub-Saharan migrants.

The risk of onward transmission of HIV is particularly relevant in a population with already high HIV prevalence, and if safe sex rules are not practiced:

3. *Prevention*
- Who has most influence on your sexual behaviour?
 - Whom do you approach for specific information on sex or family planning?
 - How do you protect others from transmitting the HIV infection?
 - What do you think about using condoms yourself or requiring it from your sexual partner?
 - Is there any sexual practice which is concerning your health?
 - Do you have any idea what happens to your unborn child with regard to HIV/AIDS?

These questions reveal the patients' information needs, and health care professionals can intervene accordingly by choosing and discussing prevention material from a variety of sources to prevent onward transmission. Extensive collection of brochures, leaflets etc., applicable to African patients, have recently been published in France and an audit of such materials was conducted in the United Kingdom (Oxford Development Partnership 2004b; Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé & Centre Regional d'Information et de Prévention du Sida 2005).

Living at the margin of society may perpetuate in light of a chronic illness for some patients. However, for others, assessing the strengths of their social stability is relevant:

4. *Social networks and living context*
- What responsibilities do you have towards your family here in Switzerland and/or in Africa?
 - What is discussed in your family/social network about HIV/AIDS?
 - How do you maintain your social relationships?
 - Who has helped you in the past with problems?
 - Have you experienced any discrimination with regard to your illness?
 - How do you manage with child care duties? And housing?
 - How are your financial duties?

These questions could be included in tools such as the *ecomap* and *genogram*, which are recommended for use in cross-cultural settings (Sciarra 2001). Multi-faceted dynamics can be assessed and documented by drawing the diagrams during the assessments with patients and family members.

Along with the increasing life expectancy, life perspectives from the patients's perspectives become increasingly relevant:

5. *Life perspectives*
- What do you think about having a(nother) child?
 - What do you expect to happen to you, because of your illness, in the near and long-term future?
 - What do you think about dying?
 - Whom can you approach for help with money, housing or other issues?
 - What are your hopes for the future?

Focussing the assessment on questions regarding the illness trajectories requires particular sensitivity, given the fear of Sub-Saharan patients' beliefs of sudden death due to AIDS. It is crucial to provide information on access to and availability of AIDS and tuberculosis medicine and its potential for successful effects soon after diagnosis in order to diminish such fears (Weatherburn, Ssanyu-Sseruma et al. 2003).

Asking these questions is not an easy task due to several constraints in the clinical setting: conducting assessments with migrants is time consuming, patients are most likely to provide answers only when a sound nurse-patient relationship has been established, patients usually will wish to have their symptoms treated before they are able to answer further questions about social relationships or prevention, and assessment questions might reveal emotionally burdensome issues in relation to their migration or life history. Therefore, nurses need to develop and establish several strategies: A decision has to be taken to postpone questions until follow-up visits (Faust 2000). Strong cultural competencies for history taking with migrants need to be systematically trained (Domenig & Stauffer 2001). Advanced knowledge in symptom management is necessary (Spirig, Moody et al. 2005). And assessment of both patients' strengths and weaknesses is recommended (Sabbioni & Salis Gross 2006).

6.3.7 Conclusion

This study showed that multifaceted illness characteristics and diverging encouraging and problematic outcomes are present among HIV-infected migrants from Sub-Saharan Africa. The characteristics need to be assessed by culturally competent clinical nurses who are able concurrently to apply research-grounded assessment instruments and who have developed a clinical grasp, in order to decide on the content and sequence of assessment questions with a patient population which is relatively new to access health care institutions in Switzerland. Invisibility is an important concept which needs to be considered when achieving this task, because HIV-infected patients often present to a clinic with major health problems, but these may disappear to a level which is uncommon in the patients' understanding. Once patients have gained physical stability, their virus is often invisible in laboratory assays. Understanding this requires a high level of abstract biomedical thinking from patients, in order to understand ongoing illness processes. Gaining social stability, however, is often difficult to attain and needs to be carefully monitored in the future, when illness trajectories will extend. Thus, assessing the patients' beliefs and the influence of environmental factors becomes even more crucial for effective treatment and care outcomes. Future research is needed on how these complex illness processes are handled by patients and health care teams, and what effect the suggested assessment questions will have on planning care.

Recommended materials for clinical use

Cooper, A. (2003). African men on combination therapy - A guide for African men with HIV. London, Terrence Higgins Trust.

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé & Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (2005). Outils de prévention Sida/Hépatites à destinations des migrants. Saint-Denis / Paris, INPES / CRIPS (www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/871.pdf, accessed August 20, 2006)

Oxford Development Partnership (2004b). Database of HIV/AIDS resources relevant to African people living in England (CD-Rom). London, National African HIV Prevention Programme (CD-ROM, www.nahip.org).

Robinson, J. and A. Cooper (2003). African women and combination therapy - A guide for African women with HIV. London, Terrence Higgins Trust.

Traoré, C. & L. Kawonza (2001). Providing HIV services for African people - A good practice guide for professionals. London, Terrence Higgins Trust.

The African HIV Policy Network & National Health Services (2005). Thinking about having an HIV test? What to expect. London, NAHIP & NHS.

Table 12: Recommended materials for clinical use

6.4 HIV/AIDS and Sub-Saharan migrants in Switzerland: Ongoing need for solidarity (Paper 8)

Iren Bischofberger

WE'G Hochschule Gesundheit

WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe

Mühlemattstrasse 42

CH-5001 Aarau

+41 (0)62 837 58 71

iren.bischofberger@weg-edu.ch

www.weg-edu.ch

Manuscript prepared for the Journal "Public Health – Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften"

Abstract

The National HIV/AIDS programme 2004 – 2008 of Swiss Federal Office of Public Health (SFOPH) focuses on three interlinked working areas: prevention, therapy/counselling, and solidarity. They are most relevant for Sub-Sahara migrant communities who have been increasingly overrepresented within Swiss and European HIV statistics during the past 10 years. An intervention plan was commissioned, and a peer education project piloted between 2002 and 2006 resulting in a very good evaluation report. Due to ongoing high HIV prevalence, SFOPH has reviewed its policies and effected two changes in 2006 which are relevant for Sub-Sahara migrants: a) Systematic information about HIV test options for asylum seekers at all border posts. African asylum seekers expressed particular interest for such information. b) Regular publication of HIV statistics including the geographic origin using categories "Swiss", "European", and "Subsahara". The introduction of these policies raises the question how Sub-Sahara migrants respond to being in the limelight of HIV statistics and of specifically designed HIV prevention interventions. Based on data from a qualitative in-depth study with 40 Sub-Sahara migrants, only a few offences resulted from being focused in publications and the media. Rather, due to an initiated peer education programme a few years ago, discussions *within* African communities were enhanced. Being part of HIV prevention interventions, peer educators and other migrants allowed for increasing competence in addressing issues about HIV/AIDS. A continuum between ignorance and solidarity was developed highlighting the various discourses which peer educators are confronted with. Results of this study indicate, that by applying an open discussion which is rooted in a learning strategy, individual and collective attitudes, beliefs, and information needs can be unfolded and interventions planned and implemented accordingly. In sum, sensitive HIV data should only be published, if participation programmes are in place which allow affected communities to take a stand.

Keywords:

Sub-Saharan migrants, HIV/AIDS, solidarity, policy, Switzerland

6.4.1 Introduction: Learning strategy for managing HIV/Aids

Since the advent of HIV infection 25 years ago, Swiss Federal Office of Public Health (SFOPH) strategy has followed a learning strategy aiming to enable society to arrange with an ineradicable virus (Rosenbrock 1992; Bundesamt für Gesundheit 2003d). This strategy is operationalized in the National HIV/AIDS programme 2004 – 2008 focusing on three interlinked working areas: prevention, therapy/counselling, and solidarity. All three areas are most relevant for Sub-Sahara migrant communities since this population group is highly overrepresented within Swiss and European HIV statistics (Hamers & Downs 2004; Bundesamt für Gesundheit 2006) as well as in the Swiss HIV Cohort Study. Also, the question of compulsory HIV testing specifically for asylum seekers was raised by a political party some years ago, but it was answered negatively by SFOPH based on the primacy of voluntary counselling and testing. Acknowledging these issues, there is an ongoing need of solidarity due to marginalization within Sub-Sahara migrant communities (Dodds, Koegh et al. 2004) and affected by an illness which causes accusation from host society (Parker & Aggleton 2003).

In the year 1999, SFOPH faced the epidemiological challenge of increasing HIV prevalence among Sub-Sahara migrants and commissioned a rapid assessment study on intervention recommendations for this population group (Zuppinger, Kopp et al. 2000). Thereupon, a pilot peer education project was mandated by SFOPH to Swiss Tropical Institute and Swiss Red Cross who piloted the AFRIMEDIA project between autumn 2002 and spring 2006 in order to allow Sub-Sahara migrant target groups to actively participate in programme planning and implementation.

The epidemiological dynamic raises the question how Sub-Sahara migrants have responded to being in the limelight of HIV statistics and of specifically designed HIV prevention interventions.

6.4.2 Background: Sub-Sahara migrants in the limelight of HIV statistics and HIV prevention

Two policy changes which are relevant for Sub-Sahara migrants were introduced this year by SFOPH. They need to be critically reflected with regard to increasing risk accusation and stereotyping of "African" attitudes and sexual lifestyle which are often attributed as exotic or violent (Bibeau & Pedersen 2002).

According to a survey conducted at a border post, African asylum seekers are particularly interested in information on HIV/AIDS and preventive measures (Gregori 2004). Since January 2006, a new policy exists on voluntary counselling and testing (VCT) for asylum seekers from all geographic areas at border posts. It aims at enhancing information on prevention and HIV testing by

systematically informing asylum seekers about HIV/AIDS, testing options, and by presenting a newly developed video in several languages (Bundesamt für Gesundheit 2006).

The second change was implemented in June 2006. SFOPH now regularly presents HIV prevalence data including the categories "Swiss", "European", and "Subsahara" (Bundesamt für Gesundheit 2006b). Before, the origin of HIV-infected groups was only randomly indicated in specific tables, but not regular in quarterly prevalence updates. The new presentation of HIV statistics provides regular insight in the unequal distribution of HIV among people of various origins. For instance, by mid-year 2006, 56 new HIV infections, including 38 women, were diagnosed. This figure represents 37 % of all HIV-positive tests reported to SFOPH this year. Although the absolute number is marking a decrease compared to diagnoses between 2002 and 2005, Sub-Sahara migrants are still largely overrepresented in Swiss HIV statistics. However, not presenting the epidemiological facts is even more problematic because it does not allow to openly and publicly discuss the issues behind the epidemiological dynamic (Dodds, Keogh et al. 2004).

The main aim of this article is to explore Sub-Sahara migrants' perspectives about being affected by an epidemiologically highlighted disease, as an ethnic minority, and in the migration context.

6.4.3 Study method and participants' characteristics

A qualitative study was conducted which was affiliated to the AFRIMEDIA peer education project. In-depth interviews in English, German, and French were conducted with 40 African migrants living in Switzerland, including 10 African HIV peer educators, 10 participants were HIV-infected, and 20 participants were not specifically affected by HIV/AIDS. A focus group discussion was conducted one year later with peer educators for data validation and for exploring their working progress. Thematic coding was used to analyse data for previously selected groups (Flick 2002b), and analysis strategies from grounded theory method were applied for constant comparison and identifying main categories (Strauss 1994). Clearance from the ethics committee of the canton of Basel was received. 22 women and 18 men from 20 Sub-Sahara countries with an average age of 38 years (range 20 – 58 years) and living between two months and 25 years in Switzerland, participated in the study. There was a considerable mixture of educational levels, residence permits, family situations, and language skills allowing to draw conclusions for the heterogenous Sub-Sahara population in Switzerland (Heiniger 2000).

6.4.4 Results

It is somewhat surprising that being in the limelight of HIV statistics and targeted HIV prevention interventions, participants in this study did not tell significantly about stereotyping or accusation from

host society towards Sub-Sahara migrant communities, although the interviews were conducted only about six months after the debate mentioned above. The presentation of results will, therefore, briefly acknowledge accusation from host society, and then focus on HIV/AIDS discourses *within* Sub-Sahara migrant communities.

6.4.4.1 Accusation from host society

Some participants claimed that AIDS in Europe was too much linked to African countries, and that black people were highly associated to this topic. They felt this could be a trigger for xenophobia and represent Africans as a danger for the health of Swiss citizens. This is illustrated by a study participant, who works as a nurse in a large teaching hospital. She was asked by a patient whether she had been HIV-tested before starting her nursing employment referring to her black skin and the media reports. This experience was very intimidating for the nurse participant, and she did not answer the patient, neither did she talk to anyone at work about the offense. At the time of this occurrence, she had not been a peer educator yet. Looking back, she is convinced that if she had already been trained, she could have confronted such an offense much more firmly:

"Today, I have many arguments which I can quickly bring forward: I would tell him, that HIV is not transmitted like tuberculosis. And neither is an HIV test compulsory for health care staff nor for anyone else in Switzerland. And I if I had a good day, I would ask him, if he had asked the same question to a white nurse."

The peer education training and ongoing field work experiences would allow her to react with more arguments and emotional strength in controversial situations. On one hand, she is now able to differentiate between facts from infectious disease handbooks and policies on HIV testing. And on the other hand, she critically questions the patients' attitude towards black compared to white nurses.

6.4.4.2 Continuum between ignorance and solidarity

The broad range of interview data on discourses within African communities resulted in a 6-point continuum scale including the terms ignorance, denial, fear of disclosure, awareness, engagement, and solidarity.

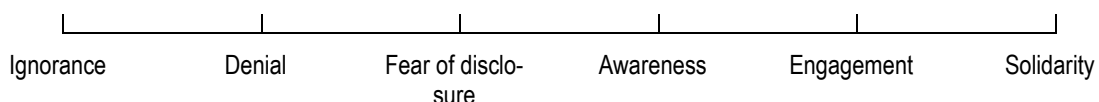


Figure 16: Continuum of HIV/AIDS discourses among Sub-Saharan migrant communities in Switzerland

Ignorance on the left-hand pole appears to be closely linked to invisibility and silence about HIV/AIDS and, therefore, is not significant to the participants' lives. Thus, it is easy to ignore the

disease, its causes and consequences. The driving force leading to solidarity, on the right-hand pole, is acting against the outcast of HIV-infected Sub-Sahara migrants and providing solidarity in miserable situations. The concepts from Figure 15 will now be explored in detail.

Ignorance is experienced by a peer educator who has never talked about HIV/AIDS in his family while living in Africa:

"For my people, it is a disease far away, at least in my family, because they have never seen a kin with AIDS. They hear about it only in the radio or on TV. When you talk to them, it is like talking to them about Paris, they have never been to Paris and they will never go to Paris. So for them it is like miles away."

Without seeing real persons and not being able to talk to them personally makes the disease mythical and not relevant to the current live. This peer educator became only aware of the AIDS disease, when he lived in Switzerland in the late 1990s, and when he visited a close friend in hospital who had been too afraid of being HIV tested and only went to hospital when experiencing severe mental impairment due to cerebral toxoplasmosis. Facing this personal experience of ignorance was the main reason for becoming an HIV peer educator. He wanted to break the silence which he had experienced himself thinking that AIDS is a Western disease which is far away from the African way of living. Looking back to those years, he doubts whether any information on HIV transmission or cognitive intervention on behaviour change would have raised his awareness. Rahter, meeting an HIV-infected person to talk with and asking questions would have been most helpful to make the epidemic a reality.

Another HIV-infected participant indicates that HIV prevention is not a priority in the live of Sub-Sahara migrants:

"If a car is running smooth, you don't want to throw money for something which is completely normal."

This participant highlights, that migrants who feel able-bodied, usually opt for using the money for more urgent needs than for health. They balance the value of money against a normally functioning body. Later in the interview, he mentions, that this attitude of prevention can only be tackled, if the respect for the body and for health issues in general can be enhanced. Although not in a position to provide a solution which can be implemented in the short run, he suggests that meeting migrants' health needs should be raised to the political agenda, because it is very costly to the individual and the overall society to care for people who are not familiar with HIV prevention.

Ignorance in the context of HIV/AIDS is thus conceptualized as an experience and attitude rooted in the pre-migration situation and retained after settlement in the host country, unless an instance occurs which makes migrants aware of HIV/AIDS.

Denial is typically present, when participants stress that homosexual men were first diagnosed in Western countries and then brought the disease to Africa through travelling. Other participants argue, that the virus was made in a laboratory in order to eradicate African populations. The argument made by these migrants about the origin of AIDS highlights that "the others" brought it, and thus "they" can be blamed for the current disaster. Peer educators usually allow some time for discussing such thesis in a group setting in order to uncover Sub-Saharan migrants' perceptions. But soon after, they intervene:

"I tend to say: I have never seen the virus in a microscope, I don't know if it is artificially made. May be it is, may be. But this is not an issue which makes me carry the bicycle out of the garage and ride across the city." (French word play)

This peer educator tries to downsize the importance of the viral origin, because the 'making' of the virus and the biological presence are not worthwhile considering for his prevention endeavours. Some peer educators try to combine their newly acquired HIV/AIDS prevention knowledge with their African background by using wordplays and proverbs deriving from African origin:

"It is good to use examples from the countries. For instance when you go hunting, you don't forget certain tools... It is the same when you go out and have sexual encounters with someone you don't know. You don't have to forget before hunting for a woman, don't forget your tools of protection. It is often helpful to make a parallel with hunting and to familiarize with something from Africa."

After this participant had finished this sentence in the interview, he started laughing, because he had grown up in a large African city and had never gone hunting in his entire life. He knows that many Sub-Sahara migrants in Switzerland have not hunted either. But he deliberately uses this metaphor, because the hunting context is usually not too close to the migrants' personal lives, and thus he aims to leave some distance between his prevention message and his peers' current lives. But the message is still very clear and well understood.

Another female participant points to the high time of talking about HIV:

"I know myself, that it is not convenient to talk about AIDS. It is not funny at all. But there is an urgency. We must talk about it."

As a nurse, she is particularly aware of the epidemiologically urgent situation, because she knows the clinical consequences if denial persists. Peer educators are faced sometimes with AIDS denial in the context of religion. In such situations, a peer educator argues that the HIV is a-religious and that AIDS should be looked at from a medical perspective and not from a religious point of view:

"In Switzerland, a disease does not have any religion. Every human being has sex. It is not just the others who can catch it. The virus does not check, who is muslim, who ist catholic. Therefore, this disease is relevant for the whole world."

Through the global relevance, this peer educator tries to change focus of HIV/AIDS away from a religious issue to a more human topic which is equally relevant for all sexually active people across the globe. She assumes that this shift is well accepted by her peers who can benefit from an equal opportunity perspective of information and protection.

Analysis of these quotations indicates, that peer educators use different strategies to intervene against denial: connotations to African culture, call on emotions, challenge beliefs, and shifting cognition.

Fear of disclosure is closely related to the fear of living in the outcast as a consequence of disclosing the HIV infection to another African person. Therefore, the presence of African peer educators is critical, and it needs time to establish confidence and to build up a reliable reputation. However, even after two years of working as a peer educator in a city where she is often approached on the street by African migrants, this study participant recognises that HIV-infected persons are suspicious of whistle blowing :

"And also, I come from Africa. Sometimes, when someone is positive, he is afraid of telling me he is positive, because may be I can not keep it private."

Possibly, peer educators are regarded as omnipresent in African communities, and thus could potentially tell everywhere in the neighbourhood about the HIV-infection. Also, talking frankly about tabooed subjects may enhance the feeling of migrant peers of being overwhelmed by open discussions on HIV/AIDS. And if peer educators are compatriots, HIV-infected migrants might even be afraid, that family in Africa is informed about the illness:

"So when someone finds out about the illness of a person, this family seems to have to hide."

This cascading effect on the family perpetuates the fear of disclosing HIV infection, and it is a significant barrier to open discussion within African migrant communities.

As an HIV-infected person, addressing HIV with sexual partners is also very delicate:

"There are many African men, for instance this one who wants to be my lover. But deep in my heart, I am afraid of telling him that I am ill. That is something which is not told so easily, particularly if you don't know someone well enough. It is not easy to talk to him."

This participant tells later in the interview, that she has never been able to tell a man she dated that she was HIV-infected. As soon as the man resisted on using a condom, she urgently left the apartment. She was neither able to verbalize her fear of being rejected nor sustain the feelings if these mutual expectations occurred.

Dealing with fear of disclosure therefore means to address and manage a broad range of issues such as gender roles, family relationships, communication deficits, and lack of confidence.

Awareness is created by continuously working towards breaking the silence. A female peer educator even experiences unexpected openness during an information event:

"And suddenly, they began to ask questions about the risk of oral sex. I was very surprised to see African men who talk about fellatio and conilingus to me."

These specific oral sex practices are rarely discussed in most African societies according to this peer educator, and particularly not in public and with men and women present in the same room. Possibly, this peer educator was asked about a tabooed subject even across gender roles because she is a nurse who is expected to represent scientific knowledge. The question about oral sex transmission risk might also have evoked because information material on HIV/AIDS is provided in Switzerland in several languages and thus allows migrants from various language backgrounds to become informed and literate about transmission routes. This literacy enables them to raise questions which apparently need instant clarification from an authoritative person, such as the peer educator, no matter whether it is a tabooed subject and who is sitting in the room.

Awareness about a specific sexual practice is raised by another HIV-infected participant who considers vaginal douching an HIV risk because of physical damage caused by this traditional ritual:

"Us, we do vaginal cleansing. We are taught since we are small, by cleaning and removing the white liquid, it's making it clean for your husband. Every time when we take a bath, we have to clean ourselves. And we didn't know that by cleaning ourselves we are making it so fragile."

Although vaginal cleansing served traditionally as a hygiene ritual, this participant points primarily to increased risk through damage of vaginal mucosa. Also, in her view, pleasing the husband is the

primary aim of a vaginal douche. By pointing to the potential damage and susceptibility of HIV infection, she also raises awareness about women's health issues. In order to tackle them, women and men alike should become aware. Therefore, a male participant suggests, that men and women should equally engage in HIV prevention discussions because they are both susceptible to HIV infection:

"[Talking about HIV] is for both sides, men and women together. Yes, this is normal. A woman can get it, a man can get it as well. This would be interesting for both sides, not only for the man. I think, separating is not a good idea, a woman can ask questions as well. And a man can ask questions."

This participant does not bother when women and men are jointly present in a room because he assumes, that there are fair positions between gender to address sexual issues and engage in information seeking. This assumption is in contrast to the quote of the female participant above who highlights that women are traditionally not brought up towards gender equality within marriage.

Participants thus address different processes to becoming and being aware of HIV/AIDS. Some strive for increased literacy on HIV transmission routes, others point to increased susceptibility to acquire the virus based on women's sexual rituals, and some follow the premise that men and women are equally capable and positioned to engage in prevention discourses.

Engagement builds upon accepting the existence of the virus. This is indispensable for talking about protective measures such as condoms:

"Living in a city means AIDS. Living in a city makes it very easy to find condoms in every store around the corner. Make sure you use it. The condom is not for decoration, no! It is not for decoration just to have postmodern sex."

This peer educators' call for preventive action indicates particular engagement for Sub-Saharan migrants living in urban areas and who might have become careless about HIV. This call also deems necessary for those African migrants who have seen many AIDS campaigns during their lives in Africa particularly in urban areas and whose perception of AIDS as a 20th century disease has faded. Therefore, highlighting the continuous need of condom use is an important message. The need for engagement for condom use was highlighted by most participants. Males as well as females complained about the men's ignorance to use condoms. Although there is a considerable helplessness about tackling this ignorance, there seems to be no alternative to engagement. Accusing non-use of condoms only results in a break down of discussion instead of enhancing open communication about sensitive issues.

Engagement is also apparent in situations with study participants who are in contact with HIV-infected migrants:

"We inform them that being seropositive does not mean to be ill. It is not ill at all. It means to be carrier of the virus which sleeps in the organism. It is really important to use simple and clear vocabulary. It sleeps in the body and nobody knows when it will wake up. With a little bit of luck, it will never wake up."

This study participant is a nurse, who is working in an HIV outpatient clinic. She provides an encouraging message with carefully selected words, and she aims to enable the HIV-infected patient to understand the biology of infection which today is usually passing "silently" in the body. But all the more, she engages in informing the patient in a way which is comprehensible and providing hope.

Engagement thus means to provide and communicate information to migrants and educate patients in a way which is adjusted to the social realities and to the health literacy. This includes providing options to act safely in sexual relationships and to develop a sense of hope.

Solidarity moves a step further by providing support to an HIV-infected person who is in need of comprehensive help which goes beyond information and education. It means setting up a tightly tied network described by a peer educator:

"We have really provided them a supportive network, when they did not know where to go, because it was difficult to talk about their illness. It was really a taboo. But because of our African background, because of our languages, we have reached to tackle the problem."

Solidarity for this participant requires to tackle taboos in a non-discriminatory way. She refers to the African background as a framework for mutual support. In the interview she mentions providing housing, food, money and regular visits at the hospital and later at home. In the interview, she uses the term "*African solidarity*" which in her opinion is usually available in the migration situation. Helping in the household or taken care of children is the norm when someone is severely ill. But with AIDS, she observes a "*broken solidarity*" within African communities in Switzerland and on the African continent. In her opinion, this results mainly from the sexual nature of HIV transmission. Also, acquiring the virus is closely related with disrespect of religious and family traditions. Therefore, breaking up with social relationships seems justified for many Africans.

Moving from ignorance to solidarity in this climate requires courage to overlook rigid traditional roles. It also requires that the people providing support have enough resources for extended periods of

time, because arranging a support network is time consuming and knowing the Swiss health care and welfare system is needed.

6.4.5 Discussion

Overall, the SFOPH initiative to intervene against the high HIV prevalence among Sub-Saharan migrants started late, but according to this study, it started well. Two main results of this promising process will be focused: The benefit of peer education, and the primacy of solidarity.

6.4.5.1 Benefit of peer education

For the study participants, publications of highly charged epidemiological facts and a media and political debate about compulsory HIV testing did not lead to significant experiences of stereotyping and stigmatizing. However, a few offensive situations against participants occurred from members of the host society. Over all, it was high time to start peer education programmes in Switzerland because this approach provides opportunities for empowerment and participation. It also means a certain degree of protection to project members against potential discrimination, since it is easier to respond to controversies as a member of an official project than to react as an individual Sub-Saharan migrant (Hafner 2003a). But most importantly, study participants convincingly learned how to argue in controversial situations *without* and *within* Sub-Saharan migrant communities. By being part of HIV prevention interventions, they became increasingly competent in addressing issues on the continuum between ignorance and solidarity. Results of this study indicate, that by applying an open discussion which is rooted in a learning strategy, individual and collective attitudes, beliefs, and information needs can be unfolded and interventions planned and implemented accordingly. Peer education projects in general are particularly considered for populations who live in a climate of silence (Turner & Shepherd 1999; Backes & Schönbach 2002).

The term 'peer' in this study refers to the shared Sub-Saharan biographical background which is typically referred to by study participants as a common denominator. This implies a certain degree of familiarity with broad concepts in the African context such as sexual practices, social exclusion due to AIDS or gender roles. Based on this familiarity, peer educators have started to develop an intervention repertoire including arguments, metaphors, and wordplays referring to their African background. And it serves as a resource for specifically raising awareness, e.g. on the importance of condom use, enhancing communication between gender, and restoring African solidarity with people who are ill. Peer educators also know from their personal experience and from peer education training, that migrants often are confronted with a range of socio-economic difficulties, for instance unstable legal situations or financial constraints. Interventions should, therefore, not only refer to

"African" specifics which contribute to the immediate risk of HIV infection, but also consider the distinct wider social and cultural realities in the migration situation. This awareness also requires, that the heterogenous demographic and socio-economic background as well as migration motivations are taken into account in HIV prevention (Heiniger 2000; Efonayi-Mäder, Moret et al. 2005). Best practice in culturally sensitive HIV prevention thus means:

"A combination of methods creates interventions that are likely to include a meaningful focus on the values and beliefs of the group and the means through which they are conveyed." (Wilson & Miller 2003, p. 193)

Living with an African background in Switzerland also means that study participants experienced sad occurrences in their own biographies related to HIV/AIDS, for instance ignorance about AIDS which contributed to the loss of a close friend who accessed treatment too late. Or they are confronted with sexual relationships where gender equality is hampered and particularly harming women. Such personal experiences served as a motor to be engaged in HIV prevention in Switzerland. These two particular issues have been tackled in Swiss HIV/AIDS prevention and care quite successfully in the past (Ernst, Haour-Knipe et al. 1998; Staehelin, Rickenbach et al. 2003), thus Sub-Sahara migrants can benefit from this development and promote HIV-testing and treatment options in their own communities.

6.4.5.2 The primacy of solidarity

Peer educators also are involved in the lives of HIV-infected persons, although this is not their primary aim in the peer education projects. Due to the high HIV prevalence, however, peer educators' visibility in African communities, their attributed literacy in HIV/AIDS and trusted confidentiality, obviously leads to involvement on a private schedule. This may result in heavy work overload because helping severely ill persons with a stigmatising illness, sometimes combined with functional impairment, requires high efforts to establish comprehensive support networks. However, this involvement also provides an opportunity to become familiar with the lives of people whose infection they aim to prevent. This acquaintance again may contribute to convincingly represent the Swiss HIV/AIDS programme main working areas "prevention, therapy/counselling, solidarity".

Creating solidarity in the context of AIDS requires to restore broken perceptions of traditional roles. Involved African people share common migration, geographical and language backgrounds and thus can establish some familiarity with the ill person's live. But most importantly, these supportive people provide commitment, time, communication skills, and knowledge about the Swiss welfare system in order to establish a supportive network. Therefore, sharing common migration backgrounds such as

geographical origin or language, may serve as a common reference system. But solidarity moves beyond this common denominator. It aims to establish a climate of acceptance and mutual support in critical life situations by providing companionship during various illness phases to individuals and families even across continents. In Switzerland, this solidarity framework is particularly evident in the objectives of the Association Solidarité des Femmes Africaines à Genève (ASFAG) which was founded in the year 2002.

Solidarity from the *perspective of the host* society is particularly relevant with regard to offences made towards participants in this study and during the media debate which accused the whole Sub-Saharan community in Switzerland for being a threat to the health of Swiss inhabitants. Confronting such processes of stigmatizing specific population groups was essential in the early years of the AIDS epidemic. Thus, solidarity in the Swiss STOP AIDS campaign in the late 1980s and early 1990s was highlighted by prominent Swiss people and opinion leaders who publicly demonstrated solidarity and non-discrimination in the context of AIDS (example see figure 15).



Figure 17: Poster from Swiss AIDS campaign 1991 with a catholic bishop¹⁸¹

As the chronic trajectory of the HIV infection emerged, solidarity became increasingly important with those HIV-infected people who remain in the working process or who live with permanent illness impairment requiring health insurance coverage. Therefore, the Federal Commission on AIDS Policy (Eidgenössische Kommission für Aidsfragen 2006) has focused on solidarity during the past few years and reviewed current challenges for solidarity in the new millenium. In a recently published study report (Cattacin, Lüthi et al. 2005) the authors particularly focus on social rights at workplaces, life insurances and access to treatment. Raising the red flag for solidarity is also essential in light of regularly publishing HIV statistics of Sub-Sahara migrants as it began in July 2006. Publication of

¹⁸¹ Quelle: www.bag.admin.ch/hiv_aids/00833/00839/02487/index.html?lang=de&bild=20352 (Zugriff am 4. August 2006)

such statistics should implicitly go hand-in-hand with empowering African communities and enhancing solidarity in Swiss society.

Ranking solidarity high is even more important, if VCT is increasingly promoted. The results from a recently published survey from the United Kingdom might occur in Switzerland as well. Peer-lead and community based recruitment strategies motivated black Africans to participate in a study on sexual lifestyle which also provided unlinked anonymous HIV screening applying oral fluid tests (Sadler, Fenton et al. 2005). Of 1359 participants, 75 % provided oral fluid samples for the anonymous HIV antibody test. 15 % of women and 13 % of men were HIV diagnosed, which is a substantially higher HIV prevalence than among Sub-Saharan communities in England. However, the authors point to the recruitment strategies which allowed them to reach out to people who would otherwise most probably not come forward to an HIV test in a designated VCT clinic. Thus, providing non-discriminatory approaches to motivate for HIV-testing could reveal an even more concerning HIV prevalence rate. If this scenario is to come true, the need for solidarity from host society would most likely increase considerably. Therefore, a vital challenge today is to design a "solidarity revival" explicitly including Sub-Saharan migrants in the context of HIV/AIDS.

6.4.6 Conclusions and future development

The current development of Sub-Saharan migrants' participation in state-financed peer education programmes is promising. However, there are ongoing high efforts needed to establish experiences from pilot projects, and to scale-up successful approaches. African migrants in Switzerland are still highly overrepresented in HIV statistics and thus in need of solidarity. Further development of their situation on a practice, policy, and research level is recommended. Firstly, in this study, health care professionals such as nurses, social workers, or physiotherapists who are HIV peer educators have shown considerable engagement and solidarity potential. Therefore, they should be considered to extend their role from HIV primary prevention to supportive companionship or even specialising in professional counselling with Sub-Saharan migrants. Secondly, existing peer education projects are crucial at the time of publication of sensitive HIV statistics in order to allow Sub-Saharan migrants to respond competently against acculturation and stereotyping. And thirdly, high HIV prevalence among Sub-Saharan migrants in Switzerland is a new challenge for the declared SFOPH learning strategy, because today, solidarity is required with a population group who is at risk of xenophobia and discrimination such as gay men were at risk for homophobia in the early AIDS era. However, the socio-economic resources of Sub-Saharan migrants and their position in Swiss society are in general far weaker than those of gay men. Therefore, it requires considerably higher efforts to make solidarity perceptible for migrant communities and visible for Swiss society.

6.5 Prävention statt Zwangstest am Beispiel einer HIV-infizierten Sub-Sahara Migrantin (Paper 9)

Iren Bischofberger
WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe
Mühlemattstrasse 42
5001 Aarau
062-837 58 71
iren.bischofberger@weg-edu.ch

Catherine Panchaud
Schweizer Berufsverband der Pflegefachpersonen (SBK)
Choisystrasse 1, Postfach
3001 Bern
031-388 36 36
catherine.panchaud@sbk-asi.ch

Artikel erschienen in "Krankenpflege", 2005, 99(12), 12 - 17

6.5.1 Einleitung

Zwischen Herbst 2003 und Frühjahr 2004 wurde in den Schweizer Medien eine brisante Diskussion geführt: HIV-Zwangstests bei AsylbewerberInnen. Auslöser war eine nationalrätliche Interpellation der SVP. Sie verlangte die Prüfung für die Durchführung obligatorischer HIV-Tests, weil HIV-infizierte Asylsuchende eine Gefahr für die Schweizer Bevölkerung seien.

Wachsende Entwicklung in Afrika

In südlich der Sahara gelegenen Ländern Afrikas verzeichnen weltweit den mit grossem Abstand höchsten Anteil an HIV-infizierten Personen. Das Virus breitet sich dort in rasendem Tempo aus. Wie die nachstehende Grafik zeigt, sind in der Sub-Sahara bereits 8,8 Prozent der Bevölkerung mit dem Virus infiziert, was bedeutet, dass rund Millionen in diesem Gebiet wohnende Menschen Träger des tödlichen Erregers sind.

Der Schutz der Volksgesundheit ist ein Verfassungsauftrag

Die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten ist ein klarer Verfassungsauftrag. Gestützt auf das Epidemiegesetz aus dem Jahr 1970 und die Verordnung über die grenzsicherungsrechtlichen Massnahmen von 1983 wird bei allen Personen aus dem Asylbereich bei deren Einreise eine grensanitäre Untersuchung durchgeführt. Die politische Verantwortung liegt beim BAG. Es geht also um nichts weniger als den Schutz der Volksgesundheit vor den Gefahren

Abbildung 18: Inserat in der Sonntagszeitung vom 14. September 2003

Wie schon vor dieser Mediendiskussion hält das Bundesamt für Gesundheit auch weiterhin an der Politik fest, keine Zwangstests bei der Einreise von AsylbewerberInnen und auch nicht später während des Aufenthaltes in der Schweiz durchzuführen. Dass die Thematik komplex und mit Zwangstests nicht zu lösen ist, wird nun anhand eines konkreten Beispiels aus diesem Disser-tationsprojekt erläutert und diskutiert.

Nennen wir sie Margret. Sie ist rund 30 Jahre alt und stammt aus einem west-afrikanischen Land. Sie reist mit einem Touristenvisum in die Schweiz ein und lebt kurze Zeit bei einem Schweizer Mann. Nach Ablauf des Visums ist die Beziehung geplatzt, aber Margret kehrt nicht in ihr Heimatland zurück, sondern meldet sich an einer Empfangsstelle als Asylbewerberin. Dort erhält sie innerhalb kurzer Zeit einen Nichtein-tretensentscheid. Das bedeutet, dass sie aufgrund der bundesrätlichen Verordnung zum Entlastungsprogramm im Asylbereich (gültig seit 1. April 2004) vom staatlichen Sozial-hilfesystem ausgeschlossen ist. Somit steht sie nur äusserst knapp bemessener mit Not-hilfe auf der Strasse. Ihr Weg führt sie zu einem Café in der Nähe der Empfangsstelle, wo eine Arbeitsgruppe den Asylsuchenden Rat bietet. Dank dieser Hilfe findet sie für einige Tage ein Dach über dem Kopf. Ebenso werden für sie ein Termin in der Botschaft ihres Landes sowie die Papiere und das Flugbillet für die Rückreise organisiert. Plötzlich tauchen jedoch Hörprobleme auf, die fast bis zur Taubheit führen. Die notfallmässige

Kontrolle bei einem niedergelassenen Arzt gibt wenig Aufschluss, so dass die Überweisung in ein Zentrumsspital veranlasst wird. Dort wird Aids diagnostiziert und eine Kombinationstherapie in die Wege geleitet. Da Margret die Visitenkarte eines Schweizer Bekannten bei sich trägt, erhält sie ein Zugbillet, mit dem sie zu diesem Bekannten fahren kann. Nach mehreren Wochen erhält Margret von den Behörden die Nachricht, dass der legale Aufenthalt in der Schweiz für ein Jahr möglich ist. So wird Margret einem Kanton zugewiesen, wo sie nun in einer Stadt ein Zimmer in einem Durchgangszentrum bewohnt und die Therapie weiterführt, bis eine längerfristige Lösung gefunden wird. Die Therapieergebnisse sind ermutigend, und Margret's Situation ist körperlich, emotional und sozial recht stabil. Allerdings könnten die Voraussetzungen dafür verbessert werden, zuhause hat sie alle verschriebenen Medikamente in eine Schachtel zu einem bunten Sammelsurium zusammengelegt. Zudem war für sie als Englisch sprechende Person die Dosierungskarte auf Deutsch ausgefüllt.

Dieses Beispiel von Margret mag insgesamt – trotz mangelnder angepasster Medikamentenverschreibung – erfreulich klingen, weil sie Zugang zur antiretroviralen Therapie hat, obwohl eine Abreise aus der Schweiz bereits in die Wege geleitet war und damit eine HIV-Therapie in ihrem Land kaum zugänglich und erschwinglich gewesen wäre. Wir haben dieses Beispiel gewählt, um die Problematik von HIV-Tests bei Asylsuchenden aufzuzeigen, die in der Schweiz bleiben und uns im Gesundheitssystem begegnen, d. h. sie sind nicht "aus den Augen aus dem Sinn", sondern leben mitten unter uns. Dieses Beispiel zeigt auch eindrücklich auf, dass in einer globalisierten Welt nicht nur Güter und Finanzen über Grenzen hinweg verschoben werden, sondern auch Menschen bewegen sich aus verschiedenen Gründen zwischen Länder- und Kontinentgrenzen. Dabei gerät die gesundheitliche Situation manchmal aus den Fugen. In solchen Situationen sind Pflegefachleute und andere Gesundheitsprofis gefragt, die differenziert mit den Auswirkungen der Globalisierung umgehen können. Dazu gehören die folgenden Überlegungen.

6.5.2 Epidemiologische Fakten

Tatsache ist, dass sich nach einem Anstieg von rund 25% im Jahr 2002 die Zahl der positiven HIV-Tests im Jahr 2003 wieder stabilisierte, allerdings auf höherem Niveau als vor 2002 (Bundesamt für Gesundheit 2004). Dieser Anstieg geht zum einen auf die erhöhte Neuankomstung bei Schweizer Männern zurück, die mit Männern ungeschützten Sexualverkehr haben. Zum andern wird die Rate auch auf die höhere Zahl von positiven HIV-Tests bei Menschen zurückgeführt, die aus Hochprävalenzländern, insbesondere aus dem afrikanischen Kontinent, in die Schweiz kommen. Auch in anderen westlichen Ländern lässt sich dieser Trend feststellen (Del Amo, Bröring et al. 2004).

International betrachtet leben rund 70 % der HIV-positiven Menschen in Ländern südlich der Sahara (Joint United Nations Program on HIV/AIDS 2004). Die Prävalenz in den Ländern dieser Region reicht von unter 1 % bis nahezu 40 %. Zum Vergleich: Die HIV-Prävalenz der erwachsenen Bevölkerung in der Schweiz liegt seit Jahren unverändert bei rund 0.4 % (Bundesamt für Gesundheit 2004).

6.5.3 Altes und neues Bild von öffentlicher Gesundheit

Neuere Erkenntnisse aus der Gesundheitswissenschaft setzen nicht mehr auf die klassische Seuchenstrategie, also das Suchen, Kontrollieren oder gar Einsperren von Betroffenen (old public health). Auf diese Strategie stützte sich jedoch die von der SVP lancierte nationalrätliche Interpellation ab. An einer Podiumsdiskussion sprach Nationalrat Toni Bortoluzzi gar von Internierung der HIV-infizierten AsylbewerberInnen¹⁸². Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht ist diese Strategie jedoch veraltet. Sie hat in der Vergangenheit für die öffentliche Gesundheit keinen Nutzen gebracht. Allenfalls kann diese Strategie für hochinfektiöse Krankheiten wie SARS¹⁸³ neu überdacht werden. Jedoch ist die Übertragungsmöglichkeit und -wahrscheinlichkeit bei der HIV-Infektion weit weniger dramatisch als bei SARS. Zudem sind die finanziellen Kosten der SVP-Interpellation nur schwer absehbar. Vielmehr stehen heute für die HIV-Prävention die Integration und Kooperation im Vordergrund (new public health), d. h. wie werden schnell, bevölkerungswelt und langfristig Lernprozesse organisiert, mit denen sich einzelne Menschen, Gruppen und die gesamte Bevölkerung vor dem vorläufig unausrottbaren HI-Virus präventiv und ohne Diskriminierung schützen können (Bundesamt für Gesundheit, 2003, S. 10). Auf diese Strategie hat sich die Stop Aids Kampagne seit Beginn ihres Bestehens, d. h. seit Mitte der 1980er Jahre gestützt. Die sexuell aktive Schweizer Bevölkerung weiss also seit langem, wie man sich vor einer Ansteckung wirksam schützen kann – egal woher die SexualpartnerInnen kommen.

6.5.4 HIV-Test

Das vom Bundesrat verabschiedete Nationale HIV/Aids Programm 2004 - 2008¹⁸⁴ hält erneut fest, dass der internationale Standard bei HIV-Antikörpertests (Voluntary Counseling and Testing, VCT) auch für die Schweiz gilt. Das heisst, dass zuerst eine Beratung und dann ein freiwilliger Antikörpertest angeboten werden. Wenn nun dieser Standard geändert und an der Schweizer Grenze systematische HIV-Tests für Asylsuchende durchgeführt würden, so wäre dies eine Abkehr der bis-

¹⁸² Tagung der Aids Hilfe Schweiz „Mobile Menschen – mobile Viren“, 3. Februar 2004, Hotel Kreuz, Bern.

¹⁸³ SARS: Severe acute respiratory syndrom / Schweres akutes respiratorisches Syndrom

¹⁸⁴ Der Bericht kann unter www.bag.admin.ch/hiv_aids/00824/index.html?lang=de herunter geladen werden (Zugriff am 12. Dezember 2004).

herigen Praxis. Zudem wären bei Zwangstests für die vorherige Beratung Geld und Zeit erforderlich. Beides fehlt jedoch unter dem derzeitigen politischen Spardruck. Hinzu kommt auch, dass der HIV-Test keine Massnahme der Primärprävention, sondern eine diagnostische Intervention ist. Zur Primärprävention sind andere Instrumente erforderlich, die in der Schweiz seit bald zwanzig Jahren mit jährlich neu gestalteten Sujets an die breite Bevölkerung heran getragen werden: Die safer sex Regeln beachten oder Treue in der Partnerschaft. Ein Zwangstest wäre sogar kontraproduktiv, denn ein HIV-negatives Resultat könnte zu falscher Sicherheit führen, d. h. auch wenn der Test negativ ausfällt, bedeutet das nicht zwingend, dass die safer sex Regeln eingehalten wurden. Es könnte einfach nur Glück im Spiel sein, dass sich diese Person trotz risikoreichem Verhalten nicht angesteckt hat. Oder die Antikörper sind noch nicht nachweisbar, und damit liegt ein falsch-negatives Testresultat vor.

6.5.5 Migration

Aus der Sicht von „new public health“ macht es keinen Sinn, HIV-Tests nur bei Asylsuchenden durchzuführen, denn diese Beschränkung wird der gesellschaftlichen Mobilität niemals gerecht. Konsequenterweise müssten Zwangstests bei allen Menschen gemacht werden, die in die Schweiz einreisen, also beispielsweise bei SchweizerInnen, die vom Urlaub in einem Hochprävalenzland zurückkehren. Denn mit der Reisefreudigkeit der SchweizerInnen steigt auch das Risiko einer HIV-Infektion bei ungeschütztem Sexualverkehr in den Ferien (Baer 2004).

Aufgrund der weltweit zunehmenden Migrationsströme potenzieren sich nun ein altes und ein neues Phänomen: Aids und Migration. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ist diese Verknüpfung deshalb problematisch, weil Migration auch ohne Aids bereits mit einem höheren Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiko einher geht (Uniken Venema, Garretsen et al. 1995; Vranjes, Bisig et al. 1995; Hunkeler & Müller 2004).

Zu Beginn ihres Lebens in der Schweiz stehen für Asylsuchende und andere MigrantInnen die gesundheitlichen Probleme meistens nicht im Vordergrund. Vielmehr sind sie um ihren rechtlichen Status sowie um die finanziellen Möglichkeiten besorgt, damit sie den Lebensunterhalt verdienen und auch die Erwartungen ihrer Familien im Herkunftsland erfüllen können. Daher lassen sie sich in der Regel erst dann testen, wenn sich die Krankheit bereits durch Symptome zeigt. Für die professionellen HelferInnen heisst das, dass sie in Bezug auf HIV/Aids den Asylsuchenden meist erst dann begegnen, wenn sie bereits HIV-infiziert oder sogar schwer krank sind (Louhenapessy 1996).

6.5.6 Pflegerische und ärztliche Betreuung von HIV-infizierten Asylsuchenden

Tritt eine krankheitsbedingte Akutsituation ein, so ist dies für alle HIV-positiven Menschen ein Zusammenbruch einer mehr oder weniger stabilen Situation. Für Asylsuchende kommt jedoch ver-

schärfend hinzu, dass das Stigma rund Aids dazu führen kann, dass die mitunter nur mühsam erhaltenen oder neu gewonnenen sozialen Beziehungen im Aufnahmeland gefährdet sind und auseinander zu brechen drohen. Für das Klinikpersonal bedeutet dies, dass sie sowohl biomedizinisch als auch sozial komplexe Situationen zu meistern haben. Hinzu kommt, dass sich die kulturelle Fremdheit zwischen PatientInnen und Fachpersonal z. B. bei den Themenbereichen Sexualität, Nutzung der Gesundheitsinstitutionen oder Krankheit und Tod besonders bemerkbar machen und zu Behandlungsschwierigkeiten führen können (Jöhncke 1996). Zur Krankheit hinzu kommt, dass Asylsuchende aus administrativen und migrationspolitischen Gründen oft von einem Ort in der Schweiz an einen anderen verwiesen werden, z. B. von der Empfangsstelle an der Grenze zu den Durchgangszentren, wo sie rund sechs Monate leben, und danach folgt erneut die Zuweisung in eine Gemeinde. Das heisst, dass die Beziehungen zwischen den Gesundheitsfachleuten und den betroffenen Menschen mehrmals neu aufgebaut werden müssen. So wird die sprachliche und kulturelle Verständigung zu einem langen, mehrmals unterbrochenen und daher mitunter mühseligen Prozess (Louhenapessy 1996).

6.5.7 Ethische Verantwortung

Aus ethischer Sicht beleuchten wir hier zwei Aspekte bei Asylsuchenden:

- a) obligatorischer HIV-Test und
- b) freiwillig kein HIV-Test.

Grundsätzlich ist ein diagnostischer Test dann sinnvoll, wenn eine Therapie zur Verfügung steht. Daher müsste vor der Einführung eines obligatorischen Tests die Frage der Behandlung geregelt sein. Mit anderen Worten: Wenn obligatorisch getestet wird, muss auch die Möglichkeit für eine Behandlung angeboten werden. Sofern ein HIV-Test bei Asylsuchenden positiv ausfällt, so dürfte eine konsequente Ausweisung von HIV-positiven AsylbewerberInnen der Schweizer Menschenrechtstradition nicht Stand halten. Jedoch stellt sich die Frage der Finanzierung der Medikamente und der ärztlichen, pflegerischen und sozialen Betreuungskosten. In diesem Zusammenhang wurde spekuliert, ob Asylsuchende wegen der Behandlungsoptionen in die Schweiz oder nach Westeuropa migrieren. Dazu gibt es bislang keine zuverlässigen Erhebungen. Auf einen Punkt soll jedoch hingewiesen werden: Die Virämie sinkt bei einer wirkungsvollen Behandlung und dadurch auch das Infektionsrisiko bei ungeschützten Sexualkontakten. Falls die systematische Ausweisung von Asylsuchenden praktiziert würde, ist in Tourismusregionen der Herkunftsländer damit zu rechnen, dass sich besonders die HIV-positiven Frauen zur Prostitution gezwungen sehen, um ihren Lebensunterhalt zu bestreiten. Und an Orten, wo Kondome teuer, nicht erhältlich oder qualitativ ungenügend sind, dürfte dies ein Bumerang sein für den Sextourismus aus den westlichen Ländern in arme Hochprävalenzregionen.

Im Migrationskontext ist immer wieder zu beobachten, dass sich Asylsuchende auch freiwillig nicht auf HIV testen lassen, denn sie haben Angst, dass sich die HIV-Diagnose negativ auf ihre bereits schwierigen sozialen Lebensbedingungen auswirkt (Edubio & Sabanadesan 2001). Und zum andern fürchten sie, dass ihnen durch einen positiven HIV-Test negative Konsequenzen für das Asylverfahren erwachsen. Ethisch verantwortlich handeln heisst in diesem Fall, dass Pflegefachpersonen und andere Gesundheitsfachleute die betroffenen Menschen informieren und beraten, dass die Behandlung nicht mit dem Asylverfahren gekoppelt ist, und dass ein HIV-Test die frühe Behandlung ermöglicht und dadurch bessere Krankheitsprognosen wahrscheinlich sind.

6.5.8 Schlussfolgerung des SBK Observatoriums¹⁸⁵

All diese Punkte zusammen genommen führen für die geschilderte Situation von Margret zu folgendem Schluss:

- a) Ein HIV-Zwangstest für Asylsuchende macht keinen Sinn, weil damit eine einzelne Gruppe von Menschen herausgegriffen wird. Das ist sowohl diskriminierend als auch unsinnig, denn Menschen reisen über verschiedene Wege und mit unterschiedlichen Aufenthaltsgenehmigungen in die Schweiz ein. Bei Margret wäre kein HIV-Test durchgeführt worden, da sie als Touristin einreiste. Zu bedenken ist jedoch, dass ihr im Moment des Asylgesuches eine Beratung und ein freiwilliger Test gedient hätten, denn so wäre man möglicherweise der notfallmässigen Behandlung der Taubheit zuvor gekommen.
- b) Margret stammt aus einem afrikanischen Land mit einer HIV-Prävalenz von 3.1%. Das ist im afrikanischen Vergleich verhältnismässig wenig. Deshalb ist hier kritisch zu fragen, ob dieser Staat ein Hochprävalenzland ist. Die Frage stellt sich deshalb, weil bei einem Zwangstest definiert werden müsste, bei welchen Menschen, aus welchem Land, ab welchem Prävalenzwert ein HIV-Test gemacht werden müsste. Diese Kriterien sind kaum schlüssig festzulegen und würden wiederum Diskriminierungskritiken nach sich ziehen. Deshalb ist auch aus epidemiologischen Gründen ein Zwangstest kaum sinnvoll und durchführbar.
- c) Professionelle Betreuung für die Grundleistungen des KVG erhalten in der Schweiz alle Menschen, unabhängig vom rechtlichen oder finanziellen Status. Dies gilt auch für die antiretro-

¹⁸⁵ Das SBK Observatorium "Infektionskrankheiten" ist ein ständiges Gremium des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Es hat zum Ziel, aktuelle Tendenzen rund um Infektionskrankheiten frühzeitig zu erfassen, sowie die Relevanz für Pflegefachpersonen, deren sozialem Umfeld wie auch für PatientInnen und deren Familien aufzuzeigen und entsprechende Interventionsgrundlagen zu erarbeiten. Erschienen ist beispielsweise eine ausführliche Dokumentation zu Hepatitiden und entsprechende Anleitung für den Umgang im klinischen Alltag (Colombo, Bischofberger et al. 2005).

virale Aids-Therapie bei Margret. Allerdings sind in der Schweiz für AsylbewerberInnen und Menschen ohne rechtlichen Status („Sans-Papiers“) erst wenige Anstrengungen unternommen worden, um angepasste Behandlungs- und Versorgungspläne und deren Finanzierung zu erarbeiten. Für Margret heisst das, dass sie derzeit zwar die Kombinationstherapie erhält, jedoch greift bei ihr die ärztliche Betreuung in der Poliklinik aus sprachlichen Gründen wie auch dem Medikamentenmanagement eher zu kurz.

- d) Aufgrund des chronischen Krankheitsverlaufs ist die Begleitung von HIV-infizierten Asylsuchenden für den Alltag auch ausserhalb des Spitals wichtig, insbesondere bei Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus. Im Kanton Genf gibt es dazu bereits seit einigen Jahren Anlaufstellen, seit kurzem auch in Fribourg und geplant für Zürich. Zudem sind bei Margret Abklärungen im Gange, wie und ob in ihrem Heimatland die Therapie zugänglich ist, falls sie nach den 12 Monaten Aufenthalt in der Schweiz zurückkehren müsste. Behandlungspfade zwischen der Schweiz und den Herkunftsländern der Asylsuchenden sind für solche Situationen dringend erforderlich, z. B. unter Einbezug der staatlichen Rückkehrhilfe, durch Kontakte zum International Council of Nurses oder humanitären Organisationen wie Médecins sans Frontières.
- e) Aus ethischer Sicht wurde Margret bisher verantwortungsbewusst betreut, d. h. es wurde kein Zwangstest gemacht, und sie erhält aus humanitären Gründen zurzeit eine adäquate medikamentöse Therapie, obwohl die Verschreibungspraxis noch verbessert werden sollte. Zudem müssen die Abklärungen und Abwägungen weiter laufen, ob Margret in der Schweiz oder in ihrem Heimatland eine bessere Lebensqualität hat. In der Schweiz sind ihr als Asylbewerberin finanziell sehr enge Grenzen gesetzt, und das soziale Netz ist dünn. Allerdings hat sie grosse Hoffnungen in die Kombinationstherapie, die bisher gute Wirkungen gezeigt hat. Für ein Leben in ihrem Heimatland müssten die Behandlungsmöglichkeiten und auch die soziale Integration mit dem positiven HIV-Status abgeklärt werden.

All diese Punkte bedeuten für das SBK Observatorium, dass der Entscheid des BAG begrüsst und keinerlei Bestrebungen befürwortet werden, dass obligatorische HIV-Tests bei bestimmten Bevölkerungsgruppen in der Schweiz durchgeführt werden. Vielmehr werden Anstrengungen unterstützt, die HIV-Prävention im Asyl- und Migrationsbereich zu intensivieren sowie die Pflege und Betreuung HIV-positiver Asylsuchender konzeptionell zu verbessern und zu strukturieren.

7 DISKUSSION

In diesem Kapitel geht es nun darum, die Bewertung des gesamten Dissertationsprojektes vorzunehmen und den Bogen zu schlagen zu den in der Einleitung dargelegten Problemen und Innovationsansätzen (Kapitel 1) und zu den Zielen (Kapitel 3).

Aus gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Sicht interessieren insbesondere die Schnittstellen zwischen Prävention und Versorgung, die sich aus einer epidemiologisch stark betroffenen Bevölkerungsgruppe ergeben. Dazu werden die beiden Strategien "accessing" von Sub-Sahara Zielgruppen und "assessing" von HIV-infizierten afrikanischen PatientInnen näher beleuchtet sowie die zentralen Kategorien "Sichtbare Menschen – unsichtbares Virus" heraus gearbeitet. Dieses Hauptergebnis ist aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht und für die Schweiz deshalb relevant, weil das hiesige Gesundheitssystem eher durch Desintegration und Fragmentierung als durch Integration und Verzahnung von Prävention und Versorgung gekennzeichnet ist. Damit wird dem erhöhten Präventions- und Versorgungsbedarf der stark von HIV betroffenen Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften in der Schweiz zu wenig Rechnung getragen.

Anzumerken ist schliesslich, dass die intendierten inhaltlichen, methodischen und auch empirischen Beiträge zum Stand der Praxis und Forschung dazu geführt haben, dass die Kapitel Literaturanalyse (Kapitel 4), der Methodik (Kapitel 5) und der Datenpräsentation (Kapitel 6) ungefähr gleich gewichtet wurden. Dies ist auch der Tatsache entsprungen, dass der nationale und vor allem internationale Diskurs zum gewählten Dissertationsthema äusserst aktiv war und dadurch die Dokumentenbearbeitung und auch die methodische Auseinandersetzung erheblichen Raum einnahmen.

7.1 Diskurs in der Literatur: Prävention und Versorgung

7.2 Diskurs in der Methodik: Sozialwissenschaftliche und klinische Forschung

7.3 Diskurs in der Datenpräsentation: "Sichtbare Menschen – unsichtbares Virus"

7.4 Arbeitsmodell zur Integration von HIV-Prävention und HIV/Aids-Versorgung für Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften

7.1 Diskurs in der Literatur: Prävention und Versorgung

Im umfassenden Literaturkapitel wurde deutlich, dass – vorwiegend aus Grossbritannien – verbesserte sozio-demographische Kenntnisse zur afrikanischen Migrationsbevölkerung, spezifische Konzepte für die HIV-Primärprävention, differenzierte Zugangsstrategien für die HIV-Primärprävention sowie klinische Kenntnisse zum HIV-Krankheitsverlauf vorliegen. In Präventionspublikationen werden vor allem soziale, kulturelle, ökonomische und rechtliche Rahmenbedingungen im Leben von Sub-Sahara MigrantInnen sowie Erkenntnisse zum Projektmanagement beschrieben. Dabei kommen sowohl gesundheitsförderliche als auch präventive Aspekte zur Sprache. Klinische Publikationen hingegen fokussieren stark auf die pathophysiologischen Parameter, die vorwiegend mittels pharmazeutischer Interventionen verbessert werden konnten und als Konsequenz ein aus virologischer Perspektive "unsichtbares Virus" bewirken. Hier sind hauptsächlich Aspekte zur Sekundär- und Tertiärprävention verortet.

Prävention und Versorgung werden in der Literatur üblicherweise als zwei separate Stränge diskutiert. Im Schweizerischen Kontext des Gesundheits- und Sozialsystems bedeutet dies für Sub-Sahara MigrantInnen, dass sich Präventionsorganisationen am Bedarf für Informationen zur Primärprävention orientieren. Mitarbeitende arbeiten oft aufsuchend, um spezifische Zielgruppen vor allem an einschlägigen Orten wie Bars, Bahnhöfen oder Bordellen aber auch zuhause, z. B. mittels Radiosendungen zu erreichen (Gregori 2002; Oduwayie 2004; Lagneau 2005). In klinisch-epidemiologischen Publikationen hingegen folgen die Leistungsanbieter nicht dem Prinzip des "Bringdienstes" sondern des "Holdienstes". So finden die Konsultationen zur Überwachung des HIV-Krankheitsprozesses und der pharmazeutischen Behandlung oft oder zumindest für periodische Kontrollen in Zentrumsspitalern statt, wo spezialisierte HIV-Teams auf das Erscheinen der PatientInnen warten. Dabei werden sie oft damit konfrontiert, dass Sub-Sahara MigrantInnen erst spät im Krankheitsverlauf erscheinen und zu Beginn eine intensive medizinische und pflegerische Betreuung und damit eine enge Anbindung an das Versorgungssystem benötigen. Eine laufende Studie in England soll hier mehr Erkenntnisse bringen über das Krankheitsverständnis und die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen von neu HIV-diagnostizierten Sub-Sahara MigrantInnen¹⁸⁶.

Diese Fragmentierung des Präventions- und Versorgungsangebotes ist für die stark von HIV/Aids betroffenen Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften aus drei Gründen kritisch:

- Zum einen scheint es den aufsuchenden und auf Primärprävention ausgerichteten Organisationen bislang nicht hinreichend gelungen zu sein, den Zugang zu HIV-positiven Sub-Sahara MigrantInnen rechtzeitig zu finden, bzw. trotz aufsuchender Arbeit können die diagnostisch und therapeutisch verfügbaren Möglichkeiten nicht früh genug an diese Menschen heran getragen werden.

¹⁸⁶ SONHIA: Study of newly diagnosed HIV infection amongst Africans in London www.ucl.ac.uk/sexual-health/research/sonhia.htm (Zugriff am 1. September 2006)

- Zum andern sind in der Literatur kaum Anstrengungen ersichtlich, ob und wie sich die Versorgungsinstitutionen im primärpräventiven Bereich engagieren. Dazu überlassen sie das Feld weitgehend den Community-Organisationen. Allerdings wäre die Präsenz von VersorgungsakteurInnen in gemeindenahen Veranstaltungen ein wichtiger Schritt, um Zugangsbarrieren abzubauen, bzw. das Vertrauen für die allfällige spätere Behandlung und Pflege langsam aufzubauen. Hinzu kommt, dass die Sekundärprävention, bzw. der HIV-Test in der Schweiz an den meisten Orten bislang vor allem an hochspezialisierten HIV-Zentren angeboten wird. Dies bedeutet für marginalisierte Bevölkerungsgruppen oft eine (allzu) hohe Hürde für die Inanspruchnahme (Artemis 1996). Gezeigt hat sich auch in einer jüngeren Schweizer Studie, dass die Hausärzte als wichtige Gruppe der Primärversorger bislang die HIV-Prävention (immer noch zu) wenig beachtetten und dies insbesondere auch bei MigrantInnen und damit Chancen für eine frühzeitige Thematisierung und Therapie der HIV-Infektion verpassen (Meystre-Agustoni, Jeannin et al. 2005)¹⁸⁷.
- Schliesslich sind national und international kaum Diskussionen festzustellen, wie Präventions- und Versorgungseinrichtungen die Thematik der "Positive Prevention" (Kalichman 2005), d. h. der Prävention bei HIV-infizierten Sub-Sahara MigrantInnen angegangen wird¹⁸⁸. Hier dürfte jedoch ein grosser Bedarf bestehen, denn der positive HIV-Test fällt zeitlich oft mit der Aids-Diagnose zusammen, was darauf hinweist, dass das sekundärpräventive Potenzial nicht ausgeschöpft wurde¹⁸⁹.

Erst seit einigen Jahren sind in der Literatur gemeinsame Betrachtungen des Präventions- und Versorgungsgeschehens wie auch dem diesbezüglichen Interventionsbedarf erkennbar (Chinouya, Musoro et al. 2003; Weatherburn, Ssanyu-Sseruma et al. 2003). Analog zur methodischen Entwicklung kommt diese Sichtweise erneut im Rahmen von Aktionsforschungsprojekten zum Ausdruck und – wie bereits mehrfach betont – vorwiegend aus Studien und Praxisprojekten in Grossbritannien.

¹⁸⁷ Der Präsident der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen (EKAF) reagierte darauf mit einer Publikation im BAG Bulletin sowie mit einer Anleitung, bzw. mittels welchen Fragen das Thema in der Hausarztpraxis konkret aufgegriffen werden kann (Vernazza 2005; Vernazza & Fachkommission Klinik und Therapie HIV/Aids 2005).

¹⁸⁸ Allerdings ist darauf zu achten, dass dieses stark von den USA geprägte Konzept mit der Schweizer Aids-Präventionsstrategie und der intendierten gesellschaftlichen Lernstrategie übereinstimmt. Das jüngst von den US-amerikanischen Centers for Disease Control veröffentlichte Dokument für eine umfassende HIV-Prävention enthält – nach einem Leitsatz von US-Präsident George W. Bush – verschiedene Hinweise auf eine Kontrollstrategie, unter anderem das Zurückverfolgen von Sexualpartnern HIV-infizierter Menschen, auch Contact Tracing genannt, oder ein Monitoring nach Rasse, Risikogruppe oder Geschlecht (Centers for Disease Control and Prevention 2006). Der Fokus auf diese spezifischen Gruppen ist sicherlich gerechtfertigt, allerdings fällt auf, dass die breite Allgemeinbevölkerung für die HIV-Prävention weitgehend ausgeblendet wird. Ebenso werden – wie aus den USA längst bekannt – Safe Sex Regeln oder Kondome nicht erwähnt, obwohl sie für das Sexualverhalten HIV-positiver und HIV-negativer Menschen zentrale Schutzmöglichkeiten bieten.

¹⁸⁹ Vor kurzem wurde in Grossbritannien eine Kampagne "Beyond Condoms" für Sub-Sahara MigrantInnen gestartet, die auf safer sex Prinzipien und auch generell auf sexuelle Gesundheit aufmerksam machen will. Dazu wurden einige Merkblätter entwickelt, die spezifisch das Thema safer sex bei HIV-infizierten AfrikanerInnen thematisieren (siehe dazu www.nahip.org.uk/campaigns/index.php?page_id=79, Zugriff am 5. Juli 2006).

7.2 Diskurs in der Methodik: Sozialwissenschaftliche und klinisch-epidemiologische Forschung

Im Methodikkapitel wurde entlang der aufgegriffenen Punkte der guten Praxis in der qualitativen Gesundheitsforschung, der Zugangsstrategien zu Teilnehmenden und der Interviewgestaltung aufgezeigt, welche Herausforderungen in der Forschung mit einer marginalisierten und von Diskriminierung bedrohten Bevölkerungsgruppe zu meistern sind. Damit wurde gleichzeitig aufgezeigt, dass sozialwissenschaftliche Forschung immer noch und gerade mit stark von HIV/Aids betroffenen Bevölkerungsgruppen wie den Sub-Sahara MigrantInnen notwendig ist, um deren Perspektive zum Ausdruck zu bringen und dadurch Schlüsse für die Präventions- und Versorgungspraxis ziehen zu können, die auf der Sichtweise der NutzerInnen, bzw. PatientInnen basieren. Allerdings wurde in der Schweiz unlängst eine drohende Erosion für sozialwissenschaftliche Forschung im HIV/Aids-Bereich festgestellt (Frey & Kübler 2005). In der Tat ist hierzu-lande zur HIV/Aids-Situation mit Sub-Sahara MigrantInnen ein Mangel an methodischer Auseinandersetzung erkennbar. So gibt es lediglich drei Publikationen in denen jeweils Daten aus der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie verwendet wurden (Tonwe-Gold, Hirschel et al. 2002; Staehelin, Rickenbach et al. 2003; Staehelin, Egloff et al. 2004), und in einer Studie wurden zusätzlich semi-strukturierte Interviews mit Frauen in Genf geführt.

Diese geringe Forschungstätigkeit steht im Kontrast zur ausgeprägten methodischen und inhaltlichen Dynamik in Grossbritannien. Dort wurde von Forschungsteams in den letzten rund fünf Jahren vor allem mit Aktionsforschungsprojekten auf die drängenden Fragen angesichts der HIV-epidemiologischen Entwicklungen reagiert. Eindrücklich ist vor allem der auf gemeindenaher Forschung basierende und erfolgreiche Zugang zu afrikanischen Bevölkerungsgruppen, die bislang kaum für Forschungsprojekte gewonnen werden konnten. Trotzdem wird in einer britischen Literaturübersicht bemängelt, dass zu wenig Interventionsstudien durchgeführt worden seien (Prost 2005). Versteht man Interventionsforschung im klassischen Sinne als Experiment, wo die Kausalwirkung einer unabhängigen Variable auf ihre Signifikanz getestet wird, trifft dies sicherlich zu. Allerdings wird bei dieser Kritik verkannt, dass in der Aktionsforschung auch Interventionsforschung betrieben wird. Eindrücklich ist dies beispielsweise im Ubuntu-Hunhu Projekt aus England erkennbar (Chinouya, Musoro et al. 2003), wo Gesundheitsförderungs- und Präventionsinterventionen entlang des Forschungsprojektes von 16 geschulten "British-born Africans" durchgeführt wurden. Diese 16 Personen lebten zudem in den Regionen und Quartieren der potenziellen Studienteilnehmenden und waren somit Teil eines Interventionssystems.

Vereinzelt wurde in Projekten auch darauf geachtet, dass die Forschungskompetenz bei beteiligten "black African" WissenschaftlerInnen verbessert werden konnte (Weatherburn, Ssanyu-Sseruma et al. 2003) mit dem Ziel, dass der Graben zwischen "beforschten Schwarzen" und "forschenden Weissen" vermindert werden kann. Allerdings ist entlang der Entwicklung und Etablierung der partizipativen Forschung darauf zu

achten, dass bei den beteiligten Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften nicht der Eindruck erweckt wird, schwarze Forschende seien Teil eines dominanten Systems, das zu Ungunsten von marginalisierten Gruppen funktioniert. In der Schweiz wird diese Entwicklung auch befürwortet, d. h. die Kompetenz von Forschenden aus Entwicklungsländern soll gemäss Empfehlungen der Kommission für Forschungspartnerschaften mit Entwicklungsländern (1998) gefördert werden.

Die klinisch-epidemiologische Forschung mit Sub-Sahara MigrantInnen hat in Europa bereits eine etwas längere Tradition als die sozialwissenschaftliche Forschung. Hier liegt der Fokus auf deskriptiven, Survey-basierten, mono- wie auch multizentrischen Studien zu vorwiegend immunologischen, virologischen und epidemiologischen Veränderungen bei afrikanischen PatientInnen aus HIV-Zentrumsspitalern. Erforscht wurde üblicherweise die Gesamtpopulation der afrikanischen MigrantInnen, vereinzelt jedoch auch nur HIV-infizierte afrikanische Frauen.

Das zukünftige Ziel muss sein, die Pflege und Behandlungsprozesse so auszugestalten, dass die HIV-infizierten Sub-Sahara MigrantInnen in der langfristigen Krankheitsbewältigung erfolgreich unterstützt werden. Hier gilt es insbesondere die Fragen der Therapietreue und deren Einflussfaktoren genauer zu untersuchen (Sellier, Clevenbergh et al. 2006). Unter der Partizipationsperspektive und im Migrationssetting dürften sich vor allem Instrumente eignen, die eine offene Diskussion ermöglichen. Zurückhaltung wird im transkulturellen Setting empfohlen mit standardisierten Indices, da diese trotz guten psychometrischen Eigenschaften bei heterogenen Populationen Bias-Risiken bergen (Ponterotte, Gretchen et al. 1996).

7.3 Diskurs in der Datenpräsentation: "Sichtbare Menschen – unsichtbares Virus"

Aus den Kurzportraits der 40 Teilnehmenden wie auch den nachfolgenden Papers wurde eine weitere Dichotomie deutlich: sichtbare Sub-Sahara MigrantInnen, vor allem in der HIV-Primärprävention und andererseits ein unsichtbares Virus, sich entgegen von Erfahrungen auf dem afrikanischen Kontinent nicht durch körperliche Zeichen manifestiert.

Allerdings ist Sichtbarkeit hierzulande zunächst *nicht* auf die Menschen, sondern auf Zahlen bezogen, bzw. auf die überdurchschnittlich hohen Anteile HIV-positiver Tests von Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz und in Westeuropa und damit einhergehend die mediale Präsenz. Bei diesem öffentlichen Prozess konnten Sub-Sahara MigrantInnen nicht partizipieren, bzw. sie waren den Berichterstattungen und medial aufbereiteten Bildern mehr oder weniger ausgeliefert. MediatorInnen-Projekte bieten den beteiligten afrikanischen AkteurInnen nun die Möglichkeit, selber aktiv und als Menschen – nicht nur als Zahlen – sichtbar zu werden. Mit ihrer Sichtbarkeit haben vor allem die offiziellen Sub-Sahara MediatorInnen den Zahlen und Medienberichten, aber vor allem der HIV-Prävention ein Gesicht gegeben. Und diese Sicht-

barkeit wurde nicht – wie zuweilen befürchtet – zur doppelten Stigmatisierung. Vielmehr haben die MediatorInnen die Möglichkeit ergriffen und genutzt, um der Zuschreibung von Fehl- und Risikoverhalten wirkungsvoll entgegen zu treten und den Diskurs vor allem innerhalb der Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften zu fördern¹⁹⁰.

Punktuell hat sich auch gezeigt, dass sich die Angst vor Stigmatisierung zwischen HIV-negativen und HIV-positiven Sub-Sahara MigrantInnen vermindern lässt und damit erste Schritte in Richtung dem "Sieg gegen das Stigma" gemacht werden können. Dass Solidarpotenzial mit HIV-positiven Sub-Sahara MigrantInnen vorhanden ist, hat sich bei den MediatorInnen und auch bei anderen der 40 Teilnehmenden gezeigt.

Die Kategorie des "unsichtbaren Virus" ist vorwiegend durch die weitgehende Unsichtbarkeit von somatischen Aids-Krankheitszeichen bei den 10 HIV-infizierten Teilnehmenden charakterisiert. In diesem Punkt ist eine deutliche Homogenität zwischen den zehn HIV-positiven Studienteilnehmenden erkennbar, d. h. ausser einer Person mit starkem Gewichtsverlust leben sie äusserlich mit keinerlei Krankheitszeichen. Diese "virale Unsichtbarkeit" ist vor allem eine Folge der Verschreibungspraxis und Einnahme der potenten antiretroviralen Medikamente, deren flächendeckender Einsatz in Westeuropa 1996 begann. Diese Entwicklung der Zunahme HIV-positiver Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie und auch in anderen europäischen klinischen Studien geht zeitgleich einher mit der zunehmenden medizinischen Erfahrung mit den hochkomplexen Medikamentenregimes¹⁹¹. Somit können afrikanische PatientInnen in der Schweiz vom Erfahrungspotenzial der HIV-MedizinerInnen in just jener Zeitperiode profitieren, während der die HIV-Prävalenz in dieser Patientengruppe ständig zunahm.

Angesichts der beobachteten emotionalen Instabilität bröckelt die Homogenität des Krankheitszustandes allerdings ab, und ein breiter Fächer von Beschwerden aber auch Bewältigungsmechanismen öffnet sich. Einigen Teilnehmenden gelingt es sehr gut, eine hohe Stabilität im Krankheitsmanagement und im sozialen Leben zu erreichen. Bei anderen führt die HIV-Infektion zu sehr belastenden Konsequenzen, vor allem bei unfreiwillig getrennten Familienbanden zwischen der Schweiz und Afrika. Emotionale Zeichen wie Trauer, Apathie oder Wut sind bei den Teilnehmenden kaum sichtbar, sondern zeigen sich nur im Verborgenen. Zeugen davon sind oft nur einzelne Personen, z. B. Ehemänner oder Professionelle von Aids-Institutionen. In sozialer Hinsicht zeigt sich die Unsichtbarkeit auch in einer "Autoexklusion" (Kemajou 2004), d. h. einige Teilnehmende leben vorwiegend in ihren Wohnungen und versuchen so möglichst nicht ins Gespräch mit

¹⁹⁰ In der Zwischenevaluation zum AFRIMEDIA kommt ebenfalls zum Ausdruck, dass die Motivation und das Engagement der MediatorInnen ein entscheidender Faktor für eine erfolgreiche HIV-Primärprävention sind.

¹⁹¹ In der Gesamtkohortenstudie lag der Anteil HIV-infizierter Sub-Sahara MigrantInnen im Berichtszeitraum 1997 - 2000 bei 11.9 % (Stahelin, Rickenbach et al. 2003) bei den PatientInnen in der HIV-Sprechstunde am Inselspital in Bern jedoch bei 21 % (Stahelin, Egloff et al. 2004).

anderen AfrikanerInnen zu kommen. Sie nehmen dementsprechend auch kaum auf sie zugeschnittene Angebote in Anspruch. Besonders bei dieser Gruppe HIV-infizierter MigrantInnen gilt es die im Kapitel 6.2 aufgezeigten Zugangsstrategien mit den im Kapitel 6.3 identifizierten Assessment-Strategien zusammen zu führen, d. h. sie mittels aufsuchenden Strategien zu kontaktieren und ihren Behandlungs- und Unterstützungsbedarf mit einer transkulturell ausgerichteten Anamnese einzuschätzen.

Denkbar ist, dass sich durch solche aufsuchenden Strategien der Informations- und Behandlungsbedarf sowie die psychosoziale Unterstützung für HIV-positive Sub-Sahara MigrantInnen verstärken, insbesondere dann, wenn der HIV-Test weiter bekannt gemacht wird und zu einer höheren Testrate führt. Dabei könnte eine Analogie zu den Ergebnissen einer britischen Studie entstehen (Sadler, Fenton et al. 2005): Aufgrund von community-orientierten und niederschweligen Test-Zugangsstrategien und kultursensiblen Kommunikationstechniken wurde die Inanspruchnahme zum HIV-Test erhöht und eine hohe HIV-Prävalenz entdeckt. Angesichts solcher Test-Ergebnisse ist ein hohes Solidarpotenzial erforderlich, um den Behandlungs- und Betreuungsbedarf auch unter verschärften Bedingungen der Migrationspolitik absichern zu können.

7.4 Arbeitsmodell zur Integration von HIV-Prävention und HIV/Aids-Versorgung für Sub-Sahara MigratInnen

Aufgrund der bisher dargelegten Erkenntnisse in der Diskussion der Methodik, Literaturanalyse und Datenpräsentation kann nun ein Arbeitsmodell zur Integration von Präventions- und Versorgungsaspekten entworfen werden. Dabei geht es darum, die Schnittmengen auf dem Interventionskontinuum von Gesundheitsförderung bis zur Tertiärprävention einerseits und den Accessing- und Assessing-Strategien aufzuzeigen. Exemplarisch wird hier das Thema HIV-Test ausgewählt, da es epidemiologisch bei einer von HIV/Aids stark betroffenen Bevölkerungsgruppe sehr relevant ist und derzeit in der Literatur und Praxis dahingehend diskutiert wird, den anonymen und nicht-anonymen HIV-Test näher an die Lebensrealität der Sub-Sahara MigrantInnen heran zu tragen. Damit einhergehend soll die Inanspruchnahme von Präventions- und Versorgungsangeboten gefördert werden. Zunächst wird dieses Modell in der folgenden Tabelle 13¹⁹² mit leeren Schnittmengen präsentiert. Danach wird die Relevanz der Diskussion rund um den HIV-Test nochmals zusammenfassend erläutert. Anhand der in diesem Dissertationsprojekt gewonnenen Erkenntnisse wird die Tabelle 14 gefüllt.

		Interventionen auf dem Kontinuum zwischen Prävention und Versorgung			
		Gesundheits- förderung	Primär- prävention	Sekundär- prävention	Tertiärprävention / Rehabilitation
Zugangsstrategie mittels "sichtbaren Menschen" zu einem "unsichtbaren Virus"	Community "Accessing" Sub-Sahara Migrations- gemeinschaften				
	Klinik "Assessing" HIV-positive Sub-Sahara PatientInnen				

Tabelle 13: Arbeitsmodell zur Integration von HIV/Aids-Prävention und Versorgung für Sub-Sahara MigratInnen (adaptiert von Laaser & Hurrelmann 1998, S. 398)

¹⁹² Erläuterungen zum Verständnis der vier Interventionsebenen wurden in der Tabelle 3, Kapitel 4.3 präsentiert.

Zur aktuellen Diskussion des HIV-Tests bei Sub-Sahara MigrantInnen sind die Erkenntnisse aus der jüngst publizierten MAYISHA II Studie aus Grossbritannien besonders relevant (Sadler, Fenton et al. 2005). Dank Community-Orientierung und Partizipation von afrikanischen Projektmitarbeitenden konnte eine hohe Akzeptanz bei den aufgesuchten Zielgruppen in deren sozialem Umfeld für einen ad-hoc durchgeführten HIV-Speicheltest erreicht werden – allerdings mit dem Ergebnis, dass von den 1359 Teilnehmenden 15 % der Männer und 13 % der Frauen einen positiven HIV-Test aufwiesen, was einer hohen HIV-Prävalenz gleich kommt. Partizipation einer von der HIV-Epidemie stark betroffenen Gemeinschaft bedeutet demnach, dass mitunter eine für die HIV-diagnostizierten Menschen, aber auch für die afrikanischen Studienmitarbeitenden traurige und epidemiologisch bedenkliche Realität zum Vorschein kommt, mit der sich die einzelnen Menschen, die Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften wie auch die Aufnahmegesellschaft auseinandersetzen müssen. Daher kommt dem HIV-Test und der durch die Ergebnisse ausgelösten Dynamik eine grosse Bedeutung zu.

In der Schweiz wird der HIV-Test in jüngster Zeit nicht aus der Forschungs- sondern aus der Praxisperspektive thematisiert. Die Frage wird aufgeworfen, ob auch regionale Aidshilfen anonyme HIV-Tests flächendeckend durchführen sollen (Haas 2006a). Mit fachlich abgestützter Durchführung, beispielsweise durch Pflegefachpersonen, wie dies in der Aidshilfe Neuenburg bereits seit 16 Jahren praktiziert wird, würde ein medizinisches Diagnostikverfahren von denjenigen Organisationen flächendeckend angeboten, die sich traditionell durch Community-Orientierung, Partizipation und aufsuchende Präventionsarbeit hervor getan haben¹⁹³.

Sollten HIV-Tests tatsächlich breitflächig und niederschwellig angeboten werden, käme dies in der Schweiz einem Paradigmawechsel in der HIV-Testpolitik gleich, denn anonyme HIV-Tests wurden bislang weitgehend an ärztlich dominierten und grossen medizinischen Zentren durchgeführt, insbesondere an den HIV-Kohortenzentren an Universitäts- und Kantonsspitalern¹⁹⁴. Analog zum seit kurzem eingeführten, erweiterten Testangebot für schwule Männer in Zürich und Genf¹⁹⁵, dürfte sich nun angesichts der veränderten HIV-Epidemie, bzw. der hohen HIV-Prävalenz bei Sub-Sahara MigrantInnen ebenfalls ein Bedarf heraus zu kristallisieren, dass der Zugang zu diesen Zielgruppen nicht ausschliesslich über die bisherigen,

¹⁹³ Siehe dazu beispielsweise das Interview mit den Aidshilfe-Geschäftsstellenleitenden von Basel (Martina Saner), Bern (Béatrice Aebersold Krähenbühl) und Zürich (Reto Jeger) anlässlich der Veranstaltung zum 20jährigen Bestehen der Aidshilfe Schweiz am 14./15. Dezember 2005 (www.aids.ch/d/20_Jahre/aidshilfen.html, Zugriff am 3. Juli 2006).

¹⁹⁴ Die aktuelle Liste der anonymen HIV-Teststellen ist unter anderem auf der Webseite der Aids-Hilfe Schweiz aufgeführt: www.aids.ch/d/adressen/testen.php (Zugriff am 3. August 2006)

¹⁹⁵ Für schwule Männer und männliche Sexarbeiter gibt es jedoch in Genf und Zürich bereits dezentrale anonyme HIV-Teststellen, die an den jeweiligen lokalen Aidshilfen angeschlossen sind (siehe www.zah.ch, und www.dialogai.org, Zugriff am 5. Mai 2006).

meist auf Tertiärniveau¹⁹⁶ angesiedelten HIV-Teststellen angeboten werden soll, sondern auch dezentral, z.B. bei lokalen Aidshilfen.

In der folgenden Tabelle 14 sind Überlegungen am Beispiel des Voluntary Counsellings und des HIV-Tests entlang der einzelnen Felder im Arbeitsmodell formuliert. Es handelt sich dabei bewusst um Überlegungen sowohl zum anonymen und als auch zum namentlichen HIV-Test, denn die Teilnehmenden in dieser Studie haben sich zu beiden Testformen positiv geäußert: Einerseits suchen die MigrantInnen medizinische Hilfe oft erst im späteren Krankheitsverlauf auf, was einen anonymen HIV-Test redundant macht, denn die Therapie läuft unter Namensangaben¹⁹⁷. Andererseits ist der anonyme HIV-Test eine besonders geeignete Form, um den Test grundsätzlich niederschwellig anbieten zu können.

Die blauen Pfeile weisen darauf hin, dass die Übergänge zwischen den einzelnen Feldern nicht starr abgesteckt sind. Das heisst, dass jeweils Beziehungen bestehen zwischen dem 4-Punkt Interventionskontinuum und den beiden Zugangsstrategien.

¹⁹⁶ Mit Tertiärniveau sind medizinische Institutionen mit Zentrumsfunktion gemeint, d. h. Universitäts- und Kantonsspitäler. Im Gegensatz dazu steht die Primärversorgung, d. h. das Angebot von Spitex oder Hausarztpraxen.

¹⁹⁷ Eine anonyme Behandlung ist nur an wenigen Orten in der Schweiz möglich, unter anderem bei den beiden von Médecins sans Frontières initiierten medizinischen Anlaufstellen in Fribourg und Zürich (siehe dazu <http://msf.ch/index.php?id=88&L=1>, Zugriff am 10. August 2006). Allerdings handelt es sich dabei nicht um ein Angebot für komplexe Therapien wie es die HIV-Infektion erfordert, sondern vor allem um eine niederschwellige Erstkonstulationsmöglichkeit mit nachfolgender Weiterbehandlung auf Primär-, Sekundär- oder Tertiärversorgungsebene.

		Interventionen auf dem Kontinuum zwischen Prävention und Versorgung			
		Gesundheitsförderung	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention / Rehabilitation
Zugangsstrategien mittels "sichtbaren Menschen" zu einem "unsichtbaren Virus"	Community "Accessing" Sub-Sahara Migrations- gemeinschaften	<ul style="list-style-type: none"> Mittels Peer Edukations-Ansatz Fragen von HIV/Aids und HIV-Test im Kontext der sexuellen Gesundheit ansprechen und mit dem Motto LOVE LIFE – STOP AIDS verbinden Förderung der Gesundheitskompetenz, um den Boden zu bereiten für frühzeitige Inanspruchnahme geeigneter HIV-Präventions- und Versorgungsangebote 	<ul style="list-style-type: none"> Mittels Peer Edukation Prinzip Unterschied zwischen namentlichem und anonymem Testprozedere bekannt machen 	<ul style="list-style-type: none"> Anonymen HIV-Test in Asylaufnahmezentren systematisch anbieten, da Asylsuchende aufgrund ihrer kaum auf Gesundheit ausgerichteten Prioritäten ein hohes Risiko für den späten Therapiebeginn haben AfrikanerInnen gewinnen, die einen anonymen oder namentlichen HIV-Test gemacht haben, der negativ ausfiel, und die ihre Erfahrungen mit dem Testprozedere in Präventionsveranstaltungen weitergeben 	<ul style="list-style-type: none"> HIV-MediatorInnen gewinnen Leitungspersonen von afrikanischen Organisationen, um diese für die Förderung des HIV-Tests gewinnen zu können. Ziel ist es, dass das VCT Prozedere möglichst breit in afrikanischen Gemeinschaften thematisiert wird und besonders bei bereits symptomatischen Personen angesprochen wird, um den Rehabilitationsverlauf zu verbessern
	Klinik "Assessing" HIV-infizierte Sub-Sahara PatientInnen	<ul style="list-style-type: none"> Bei PatientInnen sexuelle Gesundheit und Empowerment fördern und Unterstützung bieten, dass sie mit ihren SexualpartnerInnen über den Bedarf eines HIV-Tests sprechen können 	<ul style="list-style-type: none"> Prinzip des "schlafenden Virus", bzw. des Infektionsprozesses erläutern, und betonen, dass der HIV-Test positiv bleibt, auch wenn die virale Last nicht mehr nachgewiesen werden kann; SexualpartnerInnen benötigen demnach weiterhin ein Kondom. 	<ul style="list-style-type: none"> Unterlagen der HIV-Test Kampagne des britischen African HIV Policy Networks und der französischen INPES prüfen¹⁹⁸, um anhand der Materialien mit PatientInnen zu diskutieren, ob in ihrem Umfeld ein Bedarf nach einem HIV-Test besteht 	<ul style="list-style-type: none"> Solidarpotenziale bei AfrikanerInnen nutzen, um offen über die HIV-Erkrankung sprechen zu können und damit das Bewusstsein für einen HIV-Test bei weiteren Kreisen von AfrikanerInnen in der Schweiz zu fördern

Tabelle 14: Arbeitsmodell zur Integration von HIV/Aids-Prävention und Versorgung für Sub-Sahara MigratInnen am Beispiel "Voluntary Counselling and HIV Testing"

¹⁹⁸ Details siehe www.nahip.org.uk/campaigns/index.php?page_id=80, www.inpes.sante.fr (Zugriff am 5. August 2006)

8 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

In diesem abschliessenden Kapitel geht es nun zum einen darum, die bisherigen Erkenntnisse zusammen zu führen und zum andern die Bedeutung für die Schweiz aufzuzeigen. Dazu werden zentrale Erkenntnisse für die HIV-Primärprävention und HIV/Aids-Versorgung im Schweizer Kontext zusammen getragen. Abgeschlossen wird das Kapitel mit Empfehlungen für die Praxis, Forschung und Strategieentwicklung, die entlang den Themenfeldern im BAG Kreismodell (siehe Abbildung 1) aufgelistet sind. Diesem Modell werden vier weitere Themenfelder hinzugefügt, die sich aufgrund der Ergebnisse in diesem Dissertationsprojekt ergeben haben.

8.1 Bedeutung der Studienergebnisse für die Schweiz

8.2 Empfehlungen für Praxis, Forschung und Strategieentwicklung

8.1 Bedeutung der Studienergebnisse für die Schweiz

- **Vor allem in den Kurzportraits war intendiert, den Sub-Sahara MigrantInnen im Kontext von HIV/Aids und anhand ihrer vielfältigen Lebens- und Krankheitskontexte ein Gesicht zu geben,** das in der Schweiz bislang weitgehend hinter den epidemiologischen Fakten verborgen blieb. Zudem sollten aufsuchende Strategien und primärpräventive Interventionen Einblick geben in die Perspektiven einer Zielgruppe, die in der HIV-Prävention in der Schweiz bislang wenig berücksichtigt wurde. Schliesslich bieten die vorgeschlagenen Inhalte zum Assessment der HIV-positiven Teilnehmenden eine Ergänzung zu den bisherigen Kenntnissen, die vorwiegend aus der Schweizer HIV-Kohortenstudie stammen. Durch all Ergebnisse werden in der Schweiz vorhandene Wissens-, Erfahrungs-, Solidar- und Sprachpotenziale sowie Fähigkeiten zum Krankheitsmanagement bei Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften sichtbar. Diese in Expertengremien einfliessen zu lassen ist erklärtes Ziel gemäss einem jüngst erschienen BAG Bericht zur HIV/Aids-Epidemienüberwachung der zweiten Generation (Dubois-Arber, Jeannin et al. 2006).
- **Allerdings kommen auch problematische Punkte ans Licht, etwa Bildungslücken in bezug auf HIV/Aids, Ignoranz gegenüber dem Kondom und Safe Sex Regeln, soziale Schwierigkeiten vor allem bei Teilnehmenden mit unsicherem Aufenthaltsstatus, oder Schuldzuweisungen auf politischem Parkett.** Diese zuletzt genannten Punkte sichtbar zu machen bedeutet auch, auf Verletzlichkeiten einer Minderheit im Kontext einer stigmatisierenden Krankheit hinzuweisen. Dies wiederum bietet eine Projektionsfläche für Schuldzuweisungen sowohl von afrikanischen Gemeinschaften als auch von der Schweizer Gesellschaft. Mitunter wird gar eine Mediendebatte mit Negativschlagzeilen initiiert¹⁹⁹. Interessant ist, dass es nach der Debatte im Herbst 2003/Winter 2004 in den Medien ruhig geworden ist. Auch der Initiant, der das Inserat in der Sonntagszeitung platzierte (siehe Abbildung 18), hat seinen Text zu Aids im Asylbereich seit Oktober 2003 nicht mehr aktualisiert²⁰⁰, obwohl die aktuellen epidemiologischen Zahlen nicht viel weniger bedrückend sind als damals. Es scheint, als hätte das Thema an politischem und medialem Reiz verloren²⁰¹. Zudem liegt die Vermutung nahe, dass das Inserat, bzw. die politische Debatte nicht aus Sorge für die Gesundheit lanciert

¹⁹⁹ Siehe dazu die Fussnote 26

²⁰⁰ Siehe dazu www.pikom.ch/themen/thema22.htm (Zugriff am 11. August 2006)

²⁰¹ Anlässlich der soeben zuende gegangenen Weltaidskonferenz in Toronto fand dennoch ein Artikel zu Aids bei Sub-Sahara MigrantInnen den Weg in die Zeitung, allerdings unter ganz anderen Vorzeichen als vor drei Jahren: Das Multicolore MediatorInnen-Projekt in Bern hat ihre Angebotspalette jüngst durch Humor und Zauberkünste ausgeweitet, um vor allem der non-verbalen Kommunikation und der Heiterkeit in der HIV-Prävention einen höheren Stellenwert beizumessen (Müller 2006). Damit greifen die MediatorInnen auf einen Präventionsansatz zurück, der im Aidsbereich sowohl in Swasiland (Schuler 2006) als auch in der Schweiz thematisiert wurde (Bischofberger 2002).

wurde, denn dazu hätten weitere Stellungnahmen folgen müssen angesichts der weiterhin hohen HIV-Prävalenz. Viel eher scheint die Verknüpfung von Sub-Sahara MigrantInnen und Aids ein ideales Parkett zu sein, um für asylpolitische Positionen und insbesondere Restriktionen zu werben.

- **An Kontur gewonnen haben hingegen Überlegungen im Rahmen des "new public health" und die damit eng verknüpfte gesellschaftliche Lernstrategie** in bezug auf die Zielgruppe der Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften, denn mit dem finanziellen Engagement des BAG und der Projektsteuerung des STI und SRK im Rahmen des AFRIMEDIA Projektes ist ein wichtiger Schritt gegen die Schuldzuschreibung und Stereotypisierung von "afrikanischem" Verhalten gelungen. Damit verbunden ist auch die Erfahrung, dass die Zielgruppen-orientierte Prävention ohne die Bereitschaft der MediatorInnen für ihre Sichtbarkeit, ihre aufsuchenden Zugangsstrategien und ihre sichtbaren Interventionen nicht zu meistern ist. Ohne ihr Engagement bestünde noch immer ein Erkenntnis- und vor allem Handlungsdefizit. Und die Geschichte der gesellschaftlichen Lernstrategie in der Schweizer Aidsprävention wäre um ein Kapitel ärmer.
- **Durch die Perspektive von HIV/Aids-MediatorInnen für Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften konnten auch die Erfahrungen mit Peer-Edukationsprojekten in der Schweiz erweitert und vertieft werden**, denn zu dieser Zielgruppe waren in einer umfassenden Evaluation von Peer-Edukation im Jahr 1999 noch keine Informationen enthalten (Haour-Knipe, Meystre-Agustoni et al. 1999). Anzumerken ist allerdings, dass die Umsetzung von Peer Edukation im Bereich Migration und Gesundheit in der Schweiz auch kritisch beurteilt wurde (Efionayi-Mäder, Chimienti et al. 2001). Zwar wird der partizipative und aufsuchende Ansatz gewürdigt, aber die Überführung von einem basisnahen und stark auf persönliches Engagement abgestützten Projekt hin zu inhaltlich und personell ausgeweiteten und etablierten Strukturen war gemäss Evaluationsbericht zu wenig geplant und begleitet. Das Management von Peer-Edukationsprojekten ist in der Tat komplex, wie auch in der Literaturanalyse in diesem Dissertationsprojekt deutlich wurde (Kapitel 4.1.2.6). Die Einbindung von MigrantInnen aus verschiedenen Sprach- oder Nationengruppierungen, über mehrere Kantone oder Regionen hinaus, bei marginalisierten Gruppen und zu oft sensiblen Themen wie HIV/Aids ist sehr anspruchsvoll. Hinzu kommt, dass sich die Wirkung des Projektes im Rahmen eines komplexen Projektumfeldes kaum messen lässt, was mitunter zur Kritik der geringen oder nicht erbrachten Wirksamkeit von community-orientierten und auf Peer Edukation basierenden Projekten führt. Die Schwierigkeit, Effekte in komplexen Fragen und Projekten zu messen wird vom BAG anerkannt. Als wichtigste Messungen gelten gemäss einem jüngst veröffentlichten BAG-Dokument ein sorgfältiges Monitoring, Controlling

und die Evaluation (Bundesamt für Gesundheit 2005a)²⁰². In diesen Punkten wurde dem AFRIMEDIA Projekt insgesamt eine gute Beurteilung erstellt (Trageser & Hammer 2006). Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass das STI und SRK als Projektträgerschaft im Verlaufe der Projektdauer ein gutes Management für ein Peer Edukationsprojekt möglich gemacht haben²⁰³. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht in bezug auf Peer Edukation ist letztlich vor allem zu fragen, welche Interventions-, bzw. Präventionsmöglichkeiten übrig bleiben, wenn *keine* Peer-Eduaktionsprojekte durchgeführt werden. Das Aufsuchen von marginalisierten Gruppen wäre ohne geschulte Peers kaum denkbar, und basierend auf den Leitideen von "new public health" wäre deshalb der Ausbreitung von stigmatisierenden Infektionskrankheiten ohne MediatorInnen kaum beizukommen. Zudem waren gleichzeitig die Entwicklung von Accessing-Strategien *und* Informationsvermittlung erforderlich. Beides ist in Peer Edukationsprojekten integraler Bestandteil. Angesichts dessen, dass in der Schweiz zurzeit eine weitere Empfehlung eines Forschungsprojektes für aufsuchende Arbeit zu sexueller und reproduktiver Gesundheit im Bereich Migration und Gesundheit vorliegt (Achermann & Stotzer 2006), dürfte die Wahl von Gesundheitsprojekten für MigrantInnen in Zukunft erneut auf Peer-Edukationsprojekte fallen²⁰⁴.

- **In diesem Dissertationsprojekt konnte auch aufgezeigt werden, dass die Verzahnung von Prävention und Versorgung erforderlich ist, um das Aufsuchen der Zielgruppe einerseits und die Behandlung andererseits wirksam angehen zu können.** Diesem Bedarf stehen in der Schweiz jedoch die gesetzgeberischen Lücken zur Prävention einerseits und die Arbeitsteilung im Gesundheitssystem andererseits entgegen. Ersteres wird zwar seit September 2005 von einer speziell mandatierten Fachkommission "Prävention und Gesundheitsförderung" des Eidgenössischen Departementes des Innern aufgegriffen, und erste Ideen stehen bereits als Vision und sieben Thesen zur Verfügung

²⁰² Ein weiteres für die Schweiz ebenfalls besonders relevantes Dokument zur Wirkungsüberprüfung von Projekten ist das von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz entwickelte Ergebnismodell. Darin wird versucht, die Komplexität der Ursache-Wirkungszusammenhänge greifbar zu machen (Gesundheitsförderung Schweiz 2005). Auch in diesem Dokument kommt stark zum Ausdruck, dass die Ergebnisse von Gesundheitsförderungsprojekten nur mit mehrdimensionalen Modellen und über längere Zeit hinweg beurteilt werden können.

²⁰³ Dass Übergänge bei Pilotprojekten in neue Trägerschaften und Projektstrukturen ein kritischer Moment in der Projektentwicklung sind, hat sich im Projekt Migration und Gesundheit mehrfach gezeigt. Es wird sich weisen, wie die Überführung des AFRIMEDIA in die Aids-Hilfe Schweiz im Frühling 2006 aus Projektmanagementsicht zukünftig beurteilt wird. Die Festanstellung des AFRIMEDIA Koordinators bei der neuen Projektträgerschaft bietet dazu eine gewisse Kontinuität. Allerdings sind unter anderem die Projektziele und –aufträge neu zu formulieren und mit den MediatorInnen zu kommunizieren. Ziel dabei sollte es sein, dass ihre organisatorische Einbindung gestärkt wird, und insbesondere die in der Evaluation genannte Erhöhung der kleinen Teilpensen vorgenommen wird. Denkbar ist beispielsweise, dass zur Ausgestaltung dieser neuen Phase das Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz herangezogen wird (siehe Fussnote 202).

²⁰⁴ Zudem wurde im Auftrag des BAG der Forschungsbedarf zur Situation von Migration und Gesundheit für die Zeitperiode 2002 – 2006 erhoben, um darauf aufbauend Mandate zur sozialwissenschaftlichen Grundlagenforschung zu vergeben (Maggi & Cattacin 2003). Aufgrund von Empfehlungen dieser mittlerweile weitgehend beendeten Studien dürften zukünftig weitere Praxis- und auch Forschungsprojekte in diesem thematischen Feld durchgeführt werden (Schlussberichte diverser Studien: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395/00401/02058/index.html?lang=de, Zugriff am 5. August 2006).

(Bundesamt für Gesundheit & Fachkommission Prävention und Gesundheitsförderung 2006). Allerdings geht aus diesem Text nicht klar hervor, ob die angedachte gleichwertige Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung mit der Behandlung, Rehabilitation und Pflege auch eine enge Abstimmung und Verzahnung *mit und zwischen* diesen Bereichen vorsieht. Dies wäre dringend erforderlich, denn vor allem Menschen mit chronischen Krankheiten – so auch HIV-positive Sub-Sahara MigrantInnen – benötigen entlang ihres Krankheitsverlaufes, bzw. dem beschriebenen Kontinuum Gesundheitsförderung bis hin zur Rehabilitation ein stabiles, integriertes und koordiniertes Netz an Information, Beratung und Behandlung²⁰⁵. Wie sich in den Daten gezeigt hat, sind die Kontinuität in der persönlichen Beziehung zu VersorgungsakteurInnen für HIV-positive Sub-Sahara MigrantInnen und auch das Spezialwissen zu HIV/Aids sehr wichtig. Hier wäre beispielsweise zu prüfen, ob und wie sich mit denjenigen HIV-MediatorInnen in der Schweiz, die bereits als Pflegefachpersonen arbeiten, das Modell der "African Liaison Nurse" (Bingham 2002; Erwin, Morgan et al. 2002) an einer HIV-Sprechstunde realisieren liesse, denn diese MediatorInnen verfügen sowohl über Präventions- als auch Versorgungserfahrung. Aufgrund der Datenpräsentation in den Kurzportraits könnten die beiden Pflegefachfrauen Bernadette (6E) und Suzanne (23W) aufgrund ihres Fachwissens und ihrer hohen Sozial- und Kommunikationskompetenz eine "Brückenbauerfunktion" zwischen afrikanischen Gemeinschaften, Präventionsorganisationen und Versorgungsinstitutionen übernehmen. Ein solches Modell wäre in zweifacher Hinsicht interessant: Zum einen würde es als transmurales Angebot die Projektpalette der zurzeit laufenden BAG-Initiative "migrant-friendly hospitals"²⁰⁶ ergänzen, die bislang – so auch der Fokus – stark auf Spitalangebote ausgerichtet sind. Allerdings haben MigrantInnen im spitalexternen Bereich einen ebenso grossen – wenn nicht sogar grösseren Bedarf – an Innovationen. Und dafür wäre die aufsuchende Arbeit ein innovativer Ansatz. In einer der bislang sehr seltenen Studien zu Spitex und Migration wird bemängelt, dass der Zugang zu MigrantInnen zu Spitexleistungen ungenügend ist (Jacobs Schmid 2000). Daher könnte dieses Modell der "African Liaison Nurse" für HIV-positive Sub-Sahara MigrantInnen neue Impulse in der spitalexternen Versorgung setzen. Die Entwicklung und Etablierung solcher mobilen und wenig formalisierten Zugangsstrategien werden in der Nationalen Strategie Migration und Gesundheit gefordert. Dazu sollen auch – gemeinsam mit Kran-

²⁰⁵ Ein innovatives Projekt einer solchen Integration von Prävention und Versorgung ist beispielsweise das Angebot einer Raucherentwöhnung an einer HIV-Sprechstunde (Voggensperger, Nicca et al. 2004). Falls jedoch eine Fachperson einer HIV-Sprechstunde ein Angebot für ihre ambulanten PatientInnen ausserhalb des Krankenhauses anbietet, beispielsweise eine Beratung zuhause bei PatientInnen zur Optimierung der Therapie im häuslichen Umfeld und damit eine sekundärpräventive Leistung, so scheidet dieses Vorgehen in der Regel am Verrechnungsmodus, der nicht auf transmurale erbrachte Leistungen ausgerichtet ist.

²⁰⁶ Für das Schweizer Spitalnetzwerk siehe [www.hplus.ch/main/Show\\$Id=3988.html](http://www.hplus.ch/main/Show$Id=3988.html); für das europäische Netzwerk siehe www.mfh-eu.net (Zugriff am 15. Mai 2006)

kenversicherern – unkomplizierte Finanzierungsmodelle erarbeitet werden (Bundesamt für Gesundheit 2003c, S. 34).

- **Schliesslich hat die Studie eine Bedeutung für das vom BAG jüngst lancierte Thema Gesundheitskompetenz.** Diese versteht sich für die Zielgruppen dieses Dissertationsprojektes als die Fähigkeit, sich im Migrationskontext Informationen zum Thema HIV/Aids und Verhaltensweisen zum Schutz vor einer HIV-Ansteckung oder zum HIV-Behandlungsmanagement zu erschliessen und in wirksames Präventions- oder Krankheitsverhalten umzusetzen. Für diesen Kompetenzerwerb spielen auf individueller Ebene verschiedene Einflüsse eine Rolle, etwa die Migrationsmotivation, der Bildungshintergrund, oder die Dauer des Aufenthaltes in der Schweiz. Auf gesellschaftlicher Ebene ist eher bedeutsam, wie HIV/Aids thematisiert wird, etwa die Offenheit über Sexualität zu reden, die Rolle von Frauen und Männern in einer Partnerschaft, bzw. einer sexuellen Beziehung oder die Bereitstellung von Präventionsmaterialien für eine pluralistische Gesellschaft. Diese zwei Ebenen und vielfältigen Themen für den Erwerb von Gesundheitskompetenz weisen darauf hin, dass es nicht *die* Gesundheitskompetenz gibt. Vielmehr ist beispielsweise für die HIV-Prävention relevant, in welcher Form die Informationen vorliegen, damit sie wahr- und aufgenommen werden und für das Gesundheitsverhalten berücksichtigt werden können, d. h. unter anderem, dass das Primat der mündlichen vor den schriftlichen Informationen und der visuellen vor den auditiven Informationsmaterialien gilt, sowie der aufsuchenden vor den abwartenden Präventionsstrategien.
- **Parallel zur Gesundheitskompetenz drängt sich auch auf, über die Krankheitskompetenz von HIV-infizierten Sub-Sahara MigrantInnen und deren Angehörigen nachzudenken.** Bei den langjährig HIV-diagnostizierten Teilnehmenden haben sich eine erhebliche Routine und ein recht stabiles Alltagsmanagement eingestellt, was von hoher Krankheitskompetenz zeugt. Wie dies zu erreichen ist, wäre für weitere Kreise afrikanischer PatientInnen eine wichtige Ressource, insbesondere für diejenigen, die erst seit wenigen Jahren in der Schweiz leben und die für die Stabilität im Alltag auf ein breiteres und stärkeres Unterstützungsnetz angewiesen sind. In diesem Dissertationsprojekt wie auch in der Schweiz (Haour-Knipe 2005b) und international (Doyal & Anderson 2005) haben sich vor allem langjährig HIV-diagnostizierte Frauen als Stütze füreinander aber auch für ihre Kinder und Familien erwiesen. Interessant ist dabei auch, dass die ASFAG, d. h. die Organisation zur Solidarität mit HIV-infizierten afrikanischen Frauen in Genf, derzeit die einzige Organisation von Menschen mit HIV/Aids in der Schweiz ist und auch mit einer Webseite sowie Vertreterinnen in der Öffentlichkeit auftritt. Eine Organisation "People living with HIV/AIDS" gibt es in der Schweiz derzeit nicht (mehr). Das bedeutet, dass gerade diejenige Gruppe HIV-infizierter Menschen am ehesten sichtbar ist, für die

innerhalb ihrer afrikanischen Gemeinschaften wie auch in der Schweizer Gesellschaft ein mehrfaches Stigmatisierungsrisiko befürchtet wurde. Diese Sichtbarkeit im Sinne von Bestärkung und Unterstützung ist umso erfreulicher, als im Vergleich zu marginalisierten Gruppen, die sich in den ersten Jahren nach dem Aufkommen von Aids in Selbsthilfegruppen zusammengeschlossen haben, namentlich homosexuelle Männer, VertreterInnen von AFRIMEDIA und ASFAG zusätzlich – wenn auch längst nicht vollständig – Schwierigkeiten entlang des Migrationshintergrundes bewältigt haben. Damit sind die Probleme in der HIV-Prävention und Aids-Versorgung nicht gelöst, aber zumindest sind Eckpunkte für diese Zielgruppe besser sichtbar.

8.2 Empfehlungen für Praxis, Forschung und Strategieentwicklung

Aufgrund der Studienergebnisse in der Literaturanalyse, den empirischen Daten sowie der vorangegangenen Diskussion werden nun zum Schluss Empfehlungen für die Praxis, Forschung sowie Strategieentwicklung formuliert. Als Rahmen dient dazu das BAG Kreismodell, das bereits in der Einleitung erläutert wurde (siehe Abbildung 1). Ein äusserer Kreis mit vier Themenbereichen wurde hinzugefügt, die sich in dieser Studie für Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften als besonders relevant erwiesen haben. Somit sind insgesamt 30 Empfehlungen aufgelistet.

Die Priorisierung dieser Empfehlungen fällt naturgemäss je nach Arbeitsbereich unterschiedlich aus. Entscheidend ist, dass die bisher initiierten Präventions- und Versorgungsinnovationen für Sub-Sahara MigrantInnen langfristig abgesichert werden, denn die hohe HIV-Prävalenz bei dieser Bevölkerungsgruppe machen Interventionen weiterhin in hohem Masse nötig. Der Handlungsdruck hat deshalb sowohl im Präventions- als auch Versorgungsbereich keinesfalls nachgelassen. Vielmehr stehen jetzt *gleichzeitig* der Erhalt des bisher Erreichten auf der Agenda wie auch die Entwicklung weiter führender Fragen.

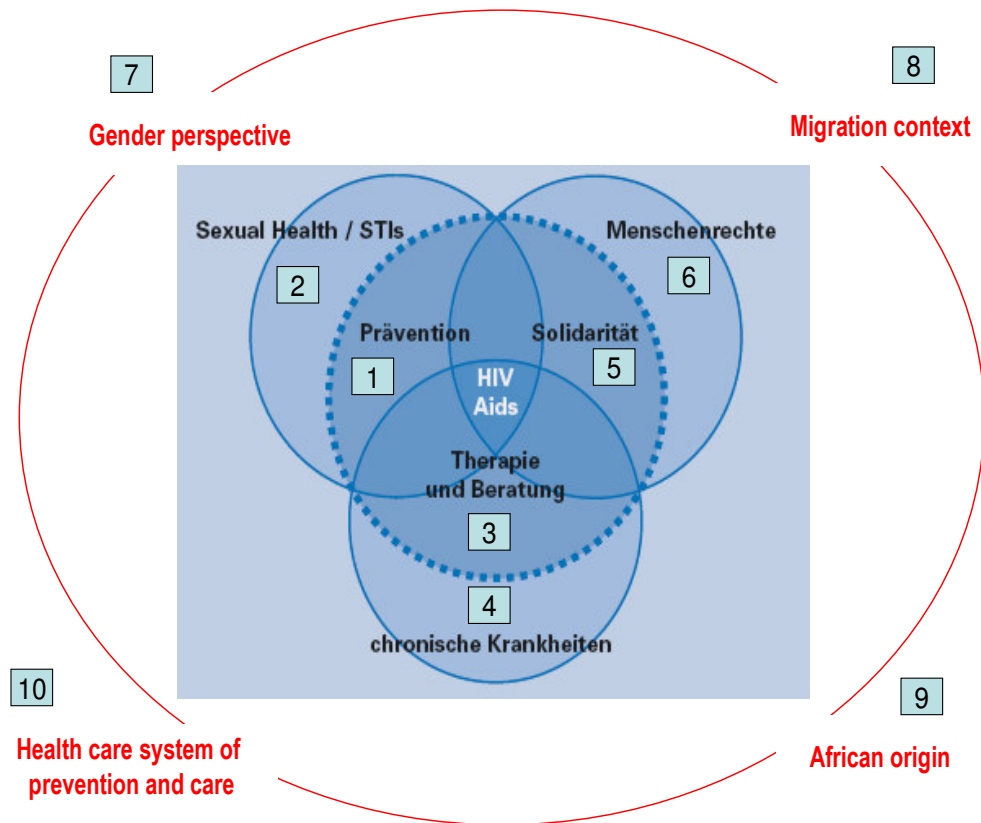


Abbildung 19: Ergänztes BAG Kreismodell als Rahmen für Empfehlungen

No.	Empfehlungen	A Praxis	B Forschung	C Strategieentwicklung
1	<i>HIV-Prävention</i>	<p>1A</p> <p>Arbeitsbedingungen für MediatorInnen verbessern, v. a. Entlastung von administrativen Aufgaben und gleichzeitig höhere Stellenpensen, um sowohl das Networking wie auch die eigentlichen Informationsveranstaltungen zeitlich vereinbaren zu können. Ziel ist die Absicherung und Weiterentwicklung des in Pilotprojekten entwickelten Aufgabenprofils.</p> <p>Integration und Aufbereiten der zahlreichen und neu erschienenen Dokumentationen, v.a. aus Grossbritannien, um sie für MediatorInnen-Projekte bei der Aids-Hilfe Schweiz und bei lokalen Aidshilfen zugänglich zu machen</p>	<p>1B</p> <p>Nähe zwischen Forschung und Praxis anhand von Aktionsforschungsprojekten fördern, um dadurch dem epidemiologisch noch immer hohen Handlungsdruck gerecht werden zu können sowie Partizipationsmöglichkeiten zu bieten</p> <p>Pilotstudie zur Akzeptanz von vaginal anwendbaren Mikrobiziden durchführen analog zur AFRIMEDIA Studie zum Femidom</p> <p>Kontakte knüpfen zum britischen African HIV Research Forum, um Forschungspartnerschaften zu prüfen, insbesondere im Bereich Entwicklung des Peer-edukations Ansatzes und dessen Wirksamkeit</p>	<p>1C</p> <p>Institutionelle Kooperationen (oder zumindest Mitgliedschaft) prüfen mit britischen KollegInnen aus dem African HIV Policy Network, um von Erfahrungen in England zu profitieren und Materialien für die Schweiz anpassen zu können</p> <p>Sekundärprävention:</p> <p>VCT breitflächig und niederschwellig ausserhalb von Spitälern bekannt machen und dabei ermöglichen, dass Sub-Sahara MigrantInnen mit einer afrikanischen Person sprechen können, die einen HIV-Test gemacht hat, der jedoch negativ ausfällt. Ziel ist es, das Prozedere und v.a. die damit verbundenen Gefühle hervor zu heben</p>
2	<i>Sexuelle Gesundheit / sexuell übertragbare Infektionen</i>	<p>2A</p> <p>Veranstaltung zur sexuellen Gesundheit mit afrikanischen Eltern von jugendlichen Kindern durchführen, um den Bedarf an Information zu sexueller Gesundheit zu erheben und gleichzeitig die Kommunikation über Sexualität zu fördern</p>	<p>2B</p> <p>Mixed-method Studie zur Wahrnehmung von und zum Wissensstand zu sexuell übertragbaren Infektionen bei erwachsenen afrikanischen Männern und Frauen</p>	<p>2C</p> <p>Sexuelle Gesundheit bei afrikanischen MigrantInnen im Rahmen der Strategie "migrant-friendly hospitals" integrieren mit einem Fokus auf Abteilungen der Geburtshilfe, Gynäkologie und Urologie</p>

No.	Empfehlungen	A Praxis	B Forschung	C Strategieentwicklung
3	<i>HIV-Therapie / Beratung</i>	<p>3A</p> <p>MediatorInnen geben Fortbildungssequenzen für Versorgungsfachleute in HIV-Spezialabteilungen mit dem Ziel, die Insider-Perspektive des Lebens als AfrikanerIn im Kontext von HIV/Aids vorzustellen sowie ins Gespräch zu kommen über Schnittstellen zwischen Primärprävention und HIV/Aids-Versorgung</p> <p>Zusammenstellen eines Dossiers mit empfehlenswerten Informationsmaterialien und Webseiten, v.a. aus England und Frankreich für klinisch tätige HIV-Teams</p> <p>Enges klinisches Monitoring der PatientInnen während den Tagen/Wochen nach der Diagnosestellung im Hinblick auf Suizidzeichen</p>	<p>3B</p> <p>Klinisches Forschungsprojekt zur Beurteilung und Verbesserung der Medikamenten-Adhärenz insbesondere bei afrikanischen Asylsuchenden, die oft in prekären Situationen leben</p> <p>Symptommanagement erforschen unter Einbezug der Problematik des späten Behandlungsbeginns, insbesondere bei gleichzeitiger Diagnosestellung von Tuberkulose und Aids</p>	<p>3C</p> <p>Entwicklung eines Konzeptes für die Arbeit von mobilen Equipen bestehend aus VersorgungsakteurInnen, die eng mit HIV-MediatorInnen zusammenarbeiten, um die Verfügbarkeit von Therapieangebote durch physische Präsenz bei Präventionsveranstaltungen zu verbessern</p> <p>Förderung der Entwicklung und systematischen Anwendung von transkulturell angepassten Anamneseinstrumenten für das klinische Setting</p> <p>Behandlungsoptionen für HIV-infizierte Asylsuchende und Sans-papiers flächendeckend bekannt machen mit dem Argument, dass der geregelte Zugang zur Versorgung auch ein wichtiger Beitrag zur HIV-Prävention ist</p>
4	<i>Chronische Krankheiten</i>	<p>4A</p> <p>Sub-Sahara MigrantInnen leben heute länger und somatisch besser. Daher stellt sich die Frage, wie sie ihre Behandlungskontinuität aufrechterhalten können, wenn sie einige Monate pro Jahr in Afrika verbringen möchten. Dazu sind klinische Behandlungspfade erforderlich.</p>	<p>4B</p> <p>Fragen in einem mixed-method Projekt untersuchen, wie die familialen und sozialen Netzwerke von HIV-infizierten AfrikanerInnen aussehen, und ob sie mittel- und längerfristig ausgebaut werden müssen, um der langdauernden Betreuung und Begleitung stand zu halten</p>	<p>4C</p> <p>Integration von zwei zentralen WHO Publikationen zu Konzepten von Chronisch-Kranksein (World Health Organization 2002; Matic, Lazarus et al. 2006) in die Strategie "Migration und Gesundheit" und deren Umsetzung auf Bundes- und Kantonebene sowie bei Spitälern und Heimen</p>

No.	Empfehlungen	A Praxis	B Forschung	C Strategieentwicklung
5	<i>Solidarität mit Aidskranken, bzw. mit afrikanischen Subgruppen</i>	<p>5A</p> <p>Den PatientInnen und deren Angehörigen die Solidaritätstradition in der Schweizer Aidsprävention aufzeigen, beispielsweise anhand der Bilder der Stop Aidskampagne und die PatientInnen darin bestärken, dass diese Tradition auch für sie und ihre Familien gilt</p> <p>Fortbildung für HIV-MediatorInnen, um Situationen auszutauschen, wenn sie HIV-infizierten AfrikanerInnen begegnen, bzw. Hilfe leisten</p>	<p>5B</p> <p>Spezifische, besonders marginalisierte Sub-Sahara MigrantInnen für ein qualitatives Forschungsprojekt gewinnen, in dem sie über Ressourcen und Probleme in ihrem Leben im Kontext von HIV/Aids berichten können (Gefangene, Sans-Papiers, Prostituierte, sowie Männer, die mit Männern Sex haben), mit dem Ziel, die Prävention bei HIV-infizierten AfrikanerInnen wirksam zu gestalten</p>	<p>5C</p> <p>Prüfen einer "Wiederbelebung" der Solidaritätsstrategie für die Stop Aids – Love Life Kampagne unter Integration von Menschen verschiedener Kulturen und prominenten Personen und Meinungsbildnern in der Schweiz</p>
6	<i>Menschenrechte</i>	<p>6A</p> <p>Allfällige Stereotypisierungen von afrikanischen PatientInnen im Rahmen von betrieblichen Gremien (z.B. Fallbesprechungen) ansprechen und Kontroversen, bzw. Werthaltungen diskutieren</p>	<p>6B</p> <p>Literaturanalyse (z.B. für eine Masterarbeit) zu internationalen Menschenrechtsvereinbarungen und –dokumenten im Kontext von HIV/ Aids und deren Umsetzung in der Schweizer HIV/Aidsprävention</p>	<p>6C</p> <p>Prüfen von rechtlichen und finanziellen Möglichkeiten, wie HIV-positive AfrikanerInnen, die in der Schweiz leben, den Kontakt zu ihren Familien, insbesondere ihren Kindern, besser aufrecht erhalten und pflegen können.</p>

No.	Empfehlungen	A Praxis	B Forschung	C Strategieentwicklung
7	<i>Genderperspektive von SSM</i>	<p>7A</p> <p>Prüfen eines "FemmesTisches" Themenschwerpunktes für AfrikanerInnen zur Frage wie sie bei Verdacht der Untreue ihres Ehemannes das HIV-Ansteckungsrisiko ansprechen können mit dem Ziel, die HIV-Prävention innerhalb von Ehepaaren zu verbessern</p> <p>(www.femmestisches.ch)</p>	<p>7B</p> <p>Anhand eines qualitativen Forschungsprojektes das Verständnis vertiefen für die Situation HIV-infizierter schwangerer Afrikanerinnen, und darauf aufbauend Handlungsoptionen für die Schwangerschaftsbetreuung entwerfen</p>	<p>7C</p> <p>Entwicklung einer Strategie zu Männergesundheit in der Migration um dem drohenden oder eingetretenen Statusverlust entgegen zu wirken</p>
8	<i>Migration von SSM</i>	<p>8A</p> <p>Förderung der HIV Prävention "auf Distanz", indem gemeinsam mit afrikanischen Gemeinschaften und Botschaften ein Projekt entworfen wird, in dem AfrikanerInnen von der Schweiz aus per Telefon, Mail, Post etc. HIV-Präventionsbotschaften und ev. Materialien an ihre Familien schicken können.</p>	<p>8B</p> <p>Mixed-method Untersuchung zur Prüfung des erhöhten HIV-Risikos bei Asylsuchenden nach Nichteintretensentscheid auf ihr Asylgesuch, daher Ausscheiden aus der Sozialhilfe und möglichem Anstieg von risikoreichem Sexualverhalten</p>	<p>8C</p> <p>Dokument der DEZA zum Mainstreaming HIV/AIDS bei Sub-Sahara MigrantInnen und MediatorInnen bekannt machen, die sich in ihren Heimatländern für die HIV-Prävention und Aids-Versorgung engagieren.</p>

No.	Empfehlungen	A Praxis	B Forschung	C Strategieentwicklung
9	<i>Afrikanische Herkunft</i>	<p>9A</p> <p>Einladung für einen Workshop an VertreterInnen von religiösen Gemeinschaften, in denen eine grössere afrikanische Gruppe aktiv ist, aber auch an inoffizielle Gebetskreise (soweit öffentlich bekannt) mit dem Ziel, die Schweizer HIV-Prävention und den vermittelten religiösen Verhaltensregeln zu diskutieren und idealerweise zu harmonisieren.</p>	<p>9B</p> <p>Untersuchung mit der Fragestellung, ob VersorgungsakteurInnen anhand von afrikanischen Symbolen und Materialien den kommunikativen Zugang zu Sub-Sahara MigrantInnen fördern können (z.B. Kola Nuss, Sprichwörter), Ziel ist es zu prüfen, inwiefern die erworbenen Strategien aus der Primärprävention auch für die Versorgung und die Verwendung von nicht-AfrikanerInnen genutzt werden können.</p>	<p>9C</p> <p>Prüfen, ob "Memory Work" als Form der Trauerbewältigung auch für den Migrationskontext ein hilfreiches Konzept ist; zwar tritt der Tod weniger unmittelbar auf, aber die Zahl der hier lebenden Menschen aus Afrika steigt und damit die Wahrscheinlichkeit, dass Sub-Sahara MigrantInnen während ihres Lebens in Afrika mit Aids-Todesfällen konfrontiert sind oder waren.</p>
10	<i>Gesundheitssystem</i>	<p>10A</p> <p>Projekt entwickeln, in dem eine afrikanische Fachperson als Brücke zwischen Spezialklinik und Primärversorgung sowie für Kontakte zu afrikanischen Gemeinschaften wirkt (Modell "African Liaison Nurse")</p>	<p>10B</p> <p>Kontinuierliche quantitative und qualitative Evaluation der Präventionswirkung von Peer Edukation (Fokusgruppengespräche, Survey) mit dem Ziel, die Meinungen und Handlungsweisen bezüglich Schutzmassnahmen besser zu kennen und Verläufe aufzeigen zu können</p>	<p>10C</p> <p>Case Management Angebote entwickeln und umsetzen zur besseren Vernetzung zwischen Sozial- und Versorgungssystem, insbesondere im Bereich der HIV-infizierten Asylsuchenden</p>

Tabelle 15: Empfehlungen für die Praxis, Forschung und Strategieentwicklung für Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften in der Schweiz entlang den BAG Kerngeschäftsfeldern im Nationalen HIV/Aids-Programm 2004 – 2008 (inkl. vier neuen Bereichen)

9 BIBLIOGRAPHIE

- Aavitsland, P., O. Nilsen, A. Lystad and A. Björndal (2002). "Impact of antenatal HIV screening to prevent HIV infection in children in Norway 1987-99." *Journal of Medical Screening* 9(2): 57-59.
- Achermann, C. and U. Stotzer (2006). Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Migration - Rapid Assessment. Neuchâtel, Schweizerisches Forum für Bevölkerungs- und Migrationsstudien: 36.
- Aebersold, B. (2005). Projekt Multicolore. Schweizer Aidsforum 2005, 15. Dezember, Technopark Zürich.
- African Health Team (1992). Report from a project on HIV-preventional work in the African community of Oslo: because we care. Oslo, African Health Team.
- African HIV Policy Network (2002). Modernising HIV-services in London - A strategy for HIV prevention, treatment and support services in London 2002-2005. London, African HIV Policy Network.
- African HIV Prevention Network (2005). Changing perspectives - Annual report 2004-2005. London, African HIV Prevention Network.
- Aggarwal, I., M. Smith, I. Tatt, S. Murad, N. Osner, A. Geretti and P. Easterbrook (2006). "Evidence for onward transmission of HIV-1 non-B subtype strains in the United Kingdom." *Journal of the Acquired Immune Deficiency Syndrom* 41(2): 201-209.
- Aggleton, P., K. Wood, A. Malcolm and R. Parker (2005). HIV-related stigma, discrimination and human rights violation - Case studies of successful programmes. Geneva, Jointed United Nations Programme on HIV/AIDS.
- AIDES Fédération Nationale (2002). Les Africains subsahariens face au VIH/sida: Perceptions, connaissances et pratiques en matière de prévention, de dépistage et d'accès aux soins réalisées en Ile de France juillet/septembre 1999. Paris, Aides.
- Aids-Hilfe Bern (2005). Jahresbericht 2004. Bern, Aids-Hilfe Bern.
- All-Party Parliamentary Group on AIDS (2003). Migration and HIV: Improving lives in Britain. London, APPG-AIDS.
- Alonzo, A. A. and N. R. Reynolds (1995). "Stigma, HIV and AIDS: An exploration and elaboration of a stigma trajectory." *Social Science and Medicine* 41(3): 303-315.
- Altpeter, E., B. Burnard, G. Capkun, R. Carrel, B. Cerutti, M. Mausezahl-Feuz, M. Gassner, C. Junker, N. Kunzli, C. Lengeler, C. Minder, M. Rickenbach, D. Schorr, J. Vader, E. Zemp and Swiss Society for Public Health Epidemiology Group (2005). "Essentials in good epidemiological practice." *Sozial- und Präventivmedizin* 50(1): 12-15.

- Anderson, J. and L. Doyal (2004). "Women from Africa living with HIV in London: a descriptive study." *AIDS Care* 16(1): 95-105.
- Arendt, G., H. von Giesen and HIV-Women's Forum Northrhine-Westphalia (2003). "HIV-1-positive female migrants in Northrhine-Westphalia - Relevant, but unfocussed problem?" *European Journal of Medical Research* 8(4): 137-141.
- Artemis, L. (1996). "Migrant health care: creativity in primary care." *Advanced Practice Nursing Quarterly* 2(2): 45-49.
- Backes, H. and K. Schönbach, Eds. (2002). *Peer education - Ein Handbuch für die Praxis*. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Baer, C. (2004). "Die Schweizer brauchen keinen Schutz" - Umstrittene Aids-Tests für Asylbewerber. *Neue Zürcher Zeitung*, 24./25. Januar 2004. Zürich: 14.
- Bandura, A. (1994). *Social cognitive theory and excersise of control over HIV infection*. Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions. R. J. DiClemente and J. Peterson. New York, Plenum-Press: 25-56.
- Barrett, J., C. Bhatt and S. Browning (1995). *Needs assessment for HIV prevention*. London, The HIV Project.
- Barroso, J. (1997). "Social support and long-term survivors of AIDS." *Western Journal of Nursing Research* 19(5): 554-582.
- Barry, S., S. Lloyd-Owen, S. Madge, A. Cozzi-Lepri, A. Evans, A. Phillips and Johnson M.A. (2002). "The changing demographics of new HIV diagnoses at a London centre from 1994 to 2000." *HIV Medicine* 3: 129.
- Beier, S. (2005). "Afrikanische Migranten in Deutschland und ihr Umgang mit HIV/AIDS." *Curare* 28(2/3): 188-200.
- Bergman, M. M. and T. S. Eberle (2005). "Qualitative Forschung, Archivierung, Sekundärnutzung: Eine Bestandesaufnahme." *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal]* 6(2, <http://www.qualitative-research.net/fqs/fqs-d/inhalt2-05-d.htm>, Zugriff am 3. Januar 2006).
- Bertschy, S., M. Opravil, M. Cavassini, E. Bernasconi, V. Schiffer, P. Schmid, M. Flepp, J. Chave, A. Christen, Furrer H and the Swiss HIV Cohort Study (2006). "Discontinuation of maintenance therapy against toxoplama encephalitis in AIDS patients with sustained response to antiretroviral therapy." *Clinical Microbiology and Infection* 12: 666-671.
- Bhatt, C., C. Phellas and A. Pozniak (2000). *National African HIV prevention projects: Evaluation report for the Department of Health and Enfield & Haringey Health Authority*. London, Goldsmiths College University of London: 84.

- Bhatt, C. et. al (1991). AIDS and the Black Communities BHAN Policy Report 1. London, BHAN.
- Bibeau, G. and D. Pedersen (2002). A return o scientific racism in medical social sciences. New horizons in medical anthropology - Essay in honor of Charles Leslie. M. Nichter and M. Lock. London, Routledge Harwood: 141-171.
- Bingham, J. S. (2002). "The sins of the fathers - Africans with HIV infection in London; lessons for others?" International Journal of STD and AIDS 13(Suppl 2): 42-44.
- Bischofberger, I. (2002). "Keine Chance, ich habe Aids. "Das kann ja heiter werden" - Humor und Lachen in der Pflege. I. Bischofberger. Bern, Hans Huber Verlag: 119-131.
- Bischofberger, I. and B. Obrist van Eeuwijk (2005). "Zugang gewinnen - Rekrutierungsphase als Herausforderung." Pflege - Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 18(4): 219-225.
- Bischofberger, I. and C. Panchaud (2005). "Prävention statt Zwangstests." Krankenpflege 99(12): 12-15.
- Bischofberger, I. and D. Schaeffer (2001). "Normalisierung von Aids - von der akuten Krise zur Dauerkrise." Pflege & Gesellschaft 6(2): 37-45.
- Bischoff, A. (2005). Der Mediator als Dolmetscher - der Dolmetscher als Mediator. Hinter den Kulissen der Mediation - Kontexte, Perspektiven und Praxis der Konfliktbearbeitung. A. von Sinnen and M. Zirkler. Bern, Haupt Verlag: 115-126.
- Bischoff, A., P. A. Boviera, R. Isaha, G. Franoisea, E. Arielb and L. Loutan (2003). "Language barriers between nurses and asylum seekers: Their impact on symptom reporting and referral." Social Science and Medicine 57(3): 503-512.
- Bolz, U., Ed. (2005). Public Private Partnership in der Schweiz. Grundlagenstudie - Ergebnis einer gemeinsamen Initiative von Wirtschaft und Verwaltung. Zürich, Schulthess.
- Boyd, A. E., S. Murad, S. O'shea, A. de Ruiter, C. Watson and P. J. Easterbrook (2005). "Ethnic differences in stage of presentation of adults newly diagnosed with HIV-1 infection in south London." HIV Medicine 6(2): 59-65.
- Bude, H. (2000). Die Kunst des Interpretierens. Qualitative Forschung - Ein Handbuch. U. Flick, E. von Kardoff and I. Steinke. Reinbek, Rowohlt: 569-578.
- Bundesamt für Gesundheit (1993). HIV-Prävention in der Schweiz - Ziele, Strategien, Massnahmen. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (1998). "Aids und HIV in der Schweiz - Epidemiologische Situation." Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit (48): 8-13.
- Bundesamt für Gesundheit (2002). Forschungskonzept Gesundheit 2004 - 2007. Bern, Bundesamt für Gesundheit.

- Bundesamt für Gesundheit (2003a). Aids und HIV in der Schweiz - Epidemiologische Situation Ende 2002. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (2003b). "Epidemiologie von HIV in der Schweiz - Anstieg der positiven HIV-Tests im Jahr 2002." Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit (16): 268-273.
- Bundesamt für Gesundheit (2003c). Migration und Gesundheit – Strategische Ausrichtung des Bundes 2002–2006. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (2003d). Nationales HIV/Aids-Programm 2004 - 2008. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (2004). "Die positiven HIV-Tests verharren seit 2002 auf hohem Niveau." Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit(49): 916-922.
- Bundesamt für Gesundheit (2005a). Assessing the effects of public health policies and actions - Evaluation strategic framework. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (2005b). "Die HIV-positiven Tests in der Schweiz entwickeln sich verschieden je nach Ansteckungsweg." BAG Bulletin (48): 878-885.
- Bundesamt für Gesundheit (2005c). "Die sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten in der Schweiz, 1997 - 2003." Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit (46): 844-849.
- Bundesamt für Gesundheit (2005d). Eckdaten zur Epidemie von HIV und Aids in der Schweiz, Zugriff am 8. April 2005, Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (2005e). Nationales HIV/Aids-Programm 2004 - 2008 - Bericht über aktuelle Entwicklungen und Stand der Umsetzung des Aids-Programmes des BAG nach 20 Monaten Laufzeit. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (2006a). Factsheet Sektion Chancengleichheit und Gesundheit - Fachbereich Migration und Gesundheit. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (2006b). "HIV-Zahlen: Der Trend bestätigt sich!" Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit (31): 2-5.
- Bundesamt für Gesundheit (2006c). "Neuausrichtung der grenzsanitätsdienstlichen Massnahmen." Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit (1): 14-16.
- Bundesamt für Gesundheit (2006d). "Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz." Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit (12): 211-212.
- Bundesamt für Gesundheit & Fachkommission Prävention und Gesundheitsförderung (2006). Vision und Thesen zur Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bern, Bundesamt für Gesundheit.

- Bundesamt für Gesundheit & Fachkommission Klinik und Therapie HIV/Aids (2004). "Schwangerschaft und HIV: Empfehlungen der FKT zur Prävention der vertikalen HIV-Transmission." Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit (53): 1008-1011.
- Bundesamt für Gesundheit & Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (2000). HIV - aktuelles Wissen zu Test und Diagnostik. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Migration (2005). Asylstatistik 2004. Wabern, Bundesamt für Migration.
- Bundesamt für Statistik (2004). Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz - Bericht 2004. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2005a). Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz - Bericht 2005. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2005b). Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1992-2002: Schweizerische Gesundheitsbefragung. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Bungener, C., N. Marchand-Gonod and R. Jouvent (2000). "African and European HIV-positive women: psychological and psychosocial differences." AIDS Care 12(5): 541-548.
- Burgi, D. and F. Fleury (1996). A national AIDS prevention programme for migrants. Crossing borders - Migration, ethnicity, AIDS. M. Haour-Knipe and R. Rector. London, Taylor & Francis: 136-153.
- Burns, F., K. A. Fenton, L. Morison, C. Mercer, B. Erens, J. Field, A. J. Copas, K. Wellings and A. M. Johnson (2005). "Factors associated with HIV testing among black Africans in Britain." Sexually Transmitted Infections 81(6): 494-500.
- Burns, F. M., A. O. Fakoya, A. J. Copas and P. D. French (2001). "Africans in London continue to present with advanced HIV disease in the era of highly active antiretroviral therapy." AIDS 15(18): 2453-2455.
- Cattacin, S., S. Lüthi, G. Schwitter, U. Steiner-König and C. A. Zenger, Eds. (2005). Solidarität und soziale Rechte - Ueberlegungen ausgehend von der HIV/Aids-Problematik. Zürich, Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik.
- Cavaleri, A., M. Verwey, E. Konings and F. Dubois-Arber (1996). Prévention du sida auprès des prostituées étrangères: le projet "Barfüsserfrauen" - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : Phase 6, 1993-1995. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Centers for Disease Control (1982). "Update on Kaposi's sarcoma and opportunistic infections in previously healthy persons." Morbidity and Mortality Weekly Report 31(22): 294, 300-301.

- Centers for Disease Control and Prevention (2005). Fact sheet: HIV/AIDS among men who have sex with men, National Center for HIV, STD and TB Prevention, Divisions of HIV/AIDS Prevention (access on August 11, 2005).
- Centers for Disease Control and Prevention (2006). Comprehensive HIV Prevention - Essential components of a comprehensive strategy to prevent domestic HIV. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention.
- Chappatte, S. (2006). Session à haut niveau de l'Assemblée générale des NU consacrée au sida - Rapport de la délégation Suisse. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- Chime, O. (2003). Voices for the future: Needs assessment of black and ethnic minority communities in Brighton & Hove and East Sussex in relation to sexual health and HIV/AIDS. Brighton.
- Chinouya, M. (2001). HIV Prevention and African communities living in England: A study of challenges in service provision. London, National AIDS Trust.
- Chinouya, M. and O. Davidson (2003). The Padare Project - Assessing HIV-related knowledge, attitudes and behaviours of HIV-positive Africans accessing services in north central London. London, African HIV Policy Network & Camden Primary Care Trust.
- Chinouya, M., O. Davidson and K. Fenton (2000). The Mayisha Study: Sexual attitudes and lifestyles of migrant Africans in inner London. Horsham, AVERT.
- Chinouya, M., L. Musoro and E. O'Keefe (2003). Ubuntu-Hunhu in Hertfordshire - Black Africans in Herts: Health & social care issues - A report on action research interventions in the county. Herts, The Crescent Support Group.
- Chinouya, M. and R. Reynolds (2001). HIV prevention and African communities living in England: A review of the literature. London, The AIDS Trust, UK.
- Chinouya, M., W. Ssanyu-Sseruma and A. Kwok (2003). Shibah report. London, Health First.
- Choi, K.-H., J. Wojcicki and D. Valencia-Garcia (2004). "Introducing and negotiating the use of female condoms in sexual relationships: Qualitative interviews with women attending a family planning clinic." *AIDS and Behavior* 83: 251-261.
- Clarke, A. E. (2002). Neue Wege der qualitativen Forschung und die Grounded Theory. *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. D. Schaeffer and G. Müller-Mundt. Bern, Hans Huber: 71-86.
- Colombo, C., I. Bischofberger and R. Prion (2005). Virale Hepatitis - Hepatitis Erreger: Bedeutung in der Pflege. Bern, Observatorium Infektionskrankheiten des Schweizer Berufsverbandes der Krankenschwestern und Krankenpfleger.

- Conaty, S. J., J. A. Cassell, U. Harrison, P. Whyte, L. Sherr and Z. Fox (2005). "Women who decline antenatal screening for HIV infection in the era of universal testing: results of an audit of uptake in three London hospitals." *Journal of Public Health (Oxf)* 27(1): 114-117.
- Cooke, I. E. and D. L. Sackett (1996). "Finding the evidence." *Clinical Obstetrics and Gynecology* 10(4): 551-567.
- Cooper, A. (2003). *African men on combination therapy - A guide for African men with HIV*. London, Terrence Higgins Trust.
- Coppard, D., R. Merkle and C. Kessler Bodiang (2006). "'Have fun, learn about HIV/AIDS, and change behaviour"- Young Africans in Tanzania and Switzerland winning in the 2005 Scenarios from Africa contest." *Bulletin Medicus Mundi Schweiz* (101, Juni): 26-29.
- Corbin, J. and A. Strauss (1993). *Weiterleben lernen*. München, Piper.
- Culley, L. and S. Dyson, Eds. (2001). *Ethnicity and nursing practice*. New York, Palgrave.
- Darbes, L. A., G. E. Kennedy, G. Peersman, L. Zohrabyan and G. W. Rutherford (2002). *Systematic review of HIV behavioral prevention research in African Americans*, University of California San Francisco, Centre for HIV Information. (www.hivinsite.org/InSite?page=kb-07-04-09, accessed July 26, 2005).
- Daunt, D. J. (2003). "Ethnicity and recruitment rates in clinical research studies." *Applied Nursing Research* 16(3): 189-195.
- De Cock, K. M. and N. Low (1997). "HIV and AIDS, other sexually transmitted diseases, and tuberculosis in ethnic minorities in United Kingdom: Is surveillance serving its purpose?" *British Medical Journal* 314: 1747-1751.
- Del Amo, J., G. Bröring and K. Fenton (2003). "HIV health experiences among migrant Africans in Europe: how are we doing?" *AIDS* 17: 2261-2263.
- Del Amo, J., G. Bröring, F. F. Hamers, A. Infuso and K. Fenton (2004). "Monitoring of HIV/AIDS in Europe's migrant communities and ethnic minorities." *AIDS* 18: 1867-1873.
- Del Amo, J., B. T. Goh and G. E. Forster (1996). "AIDS defining conditions in Africans resident in the United Kingdom." *International Journal of STD and AIDS* 7(1): 44-47.
- Del Amo, J., A. Petruckevitch, A. Phillips, A. Johnson, J. Stephenson, N. Desmond, T. Hanscheid, N. Low, A. Newell, A. Obasi, K. Paine, A. Pym, C. Theodore and K. De Cock (1996). "Spectrum of disease in Africans with AIDS in London." *AIDS* 10(13): 1563-1569.
- Del Amo, J., A. Petruckevitch, A. Phillips, A. M. Johnson, J. Stephenson, N. Desmond, T. Hanscheid, N. Low, A. Newell, A. Obasi, K. Paine, A. Pym, C. M. Theodore and K. M. De Cock (1998). "Disease progression and survival in HIV-1-infected Africans in London." *AIDS* 12(10): 1203-1209.

- Del Rio, C. (2003). "New challenges in HIV care: Prevention among HIV-infected patients." *Topics in HIV Medicine* 10(4): 140-144.
- Department of Health (2005a). *Department of Health Action Plan: HIV related stigma and discrimination*. London, DoH.
- Department of Health (2005b). *HIV and AIDS in African communities - A framework for better prevention and care*. London, DoH / National AIDS Trust / African HIV Policy Network.
- Derenthal, O. (2002). *Aids in Afrika und die Rede von Gott*. Münster, LIT Verlag.
- Deutsche Forschungsgemeinschaft (1998). *Empfehlungen der Kommission zur "Selbstkontrolle in der Wissenschaft"*, Bonn, DFG (www.dfg.de/aktuelles_presse/reden_stellungnahmen/download/empfehlung_wiss_praxis_0198.pdf, Zugriff am 15. Mai 2006).
- DiClemente, R. J. and J. L. Peterson, Eds. (1994). *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. Berlin, Springer.
- Dodds, C. (2002). "Messages of responsibility: HIV/AIDS prevention materials in England." *Health: An interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 6(2): 139-171.
- Dodds, C., P. Keogh, C. Ogo, T. Haruperi, B. Nabulya, W. Ssanyu-Sseruma and P. Weatherburn (2004). *Outsider status: Stigma and discrimination experienced by gay men and African people with HIV*. London, Sigma Research.
- Domenig, D. (2001a). *Einführung in die transkulturelle Pflege. Professionelle Transkulturelle Pflege*. D. Domenig. Bern, Hans Huber: 139-158.
- Domenig, D., Ed. (2001b). *Professionelle transkulturelle Pflege*. Bern, Hans Huber Verlag.
- Domenig, D. and Y. Stauffer (2001). *Transkulturelle Pflegeanamnese. Professionelle Transkulturelle Pflege*. D. Domenig. Bern, Hans Huber: 227-235.
- Doyal, L. and J. Anderson (2005). "'My fear is to fall in love again...' How HIV-positive African women survive in London." *Social Science and Medicine* 60: 1729-1738.
- Doyal, L., J. Anderson and P. Apentent Barts (2005). 'I want to survive, I want to win, I want tomorrow': An exploratory study of African men living with HIV in London. London, Terrance Higgins Trust.
- Dubois-Arber, F. and M. Haour-Knipe (2001). "HIV/AIDS institutional discrimination in Switzerland." *Social Science and Medicine* 52(10): 1525-1535.
- Dubois-Arber, F., A. Jeannin, E. Konings and F. Paccaud (1997). "Increased condom use without other major changes in sexual behaviour among the general population in Switzerland." *American Journal of Public Health* 87: 558-566.

- Dubois-Arber, F., A. Jeannin and G. Meystre-Agustoni (2006). "Ein Überwachungssystem der zweiten Generation für eine bessere Überwachung von HIV/Aids in der Schweiz." Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit (15): 277-280.
- Dubois-Arber, F., A. Jeannin, G. Meystre-Agustoni, B. Spencer, F. Moreau-Gruet, H. Balthasar, F. Benninghoff, K. Klaue and F. Paccaud (2003). Evaluation der HIV/Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz - Siebter Synthesebericht 1999 - 2003. Lausanne, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.
- Duffey, L. (2005). "Suffering, shame, and silence: the stigma of HIV/AIDS." Journal of the Association of Nurses in AIDS Care 16(1): 13-20.
- Eberding, A., Ed. (1995). Sprache und Migration - Landesweite Fachtagung in Essen. Frankfurt a.M., IKO-Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- Edubio, A. and R. Sabanadesan (2001). African communities in Northern Europe and HIV/AIDS - Report of two qualitative studies in Germany and Finland on the perception of HIV/AIDS in selected African communities. Tampere/Woerden NL, University of Tampere/European Project AIDS & Mobility.
- Edwards, S. G., N. Larbalestier, P. Hay, A. de Ruiter, J. Welch, G. P. Taylor and P. Easterbrook (2001). "Experience of nevirapine use in a London cohort of HIV-infected pregnant women." HIV Medicine 2(2): 89-91.
- Efionayi-Mäder, D., M. Chimienti, S. Losa and S. Cattacin (2001). Evaluation des Gesamtprogrammes "Migration und Gesundheit" des Bundesamtes für Gesundheit. Neuchâtel, Schweizerisches Forum für Migrationsstudien an der Universität Neuchâtel.
- Efionayi-Mäder, D., J. Moret and M. Pecoraro (2005). Trajectoires africaines - Determinations des migrations d'Afrique occidentale vers la Suisse. Neuchâtel, Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- Egger, M., J. von Overbeck, B. Janin, P. Francioli and the Swiss HIV Cohort Study. (1996). "The evolving spectrum of opportunistic infections between 1988-1994." Medicine & Hygiene 54: 306-10.
- Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (2006). Tätigkeitsbericht 2005. Bern, EKAF.
- Eidgenössisches Departement des Innern (2006a). "Bundesgesetz über die Forschung am Menschen, Vorentwurf vom 1. Februar 2006, (www.bag.admin.ch/aktuell/vernehmlassungen/02127/index.html?lang=de, Zugriff am 5. März 2006)
- Eidgenössisches Departement des Innern (2006b). Verfassungsbestimmung über die Forschung am Menschen - Erläuternder Bericht zum Vorentwurf, EDI,

- (www.bag.admin.ch/aktuell/vernehmlassungen/02127/index.html?lang=de, Zugriff am 15. März 2006).
- Elam, G., K. Fenton, A. M. Johnson, J. Nazroo and J. Ritchie (1999). Exploring ethnicity and sexual health. London, National Centre for Social Research.
- Elam, G., A. McNunn, J. Nazroo, M. Apwonyoke, M. Brookes, M. Chinouya, G. Decktor, S. Ibrahim and G. Lutaaya (2001). Feasibility study for health surveys among black African populations living in England - Final report 2003 - Implications for the Health Survey in England. London, Joint Health Surveys Unit of the University College London and National Center for Social Research: 105.
- Elangot, F. (1987). "Uganda: an AIDS control programme." *AIDS Action* (1): 6.
- El-Karimy, E., M. Gras and C. Varkevisser (2001). "Risk perception and sexual relations among African migrants in Amsterdam." *Medische Anthropologie* 13(2): 301-322.
- Ellis, S. and A. Grey (2004). Prevention of sexually transmitted infections (STIs): A review of reviews into the effectiveness of non-clinical interventions - Evidence briefing. London, National Health Service.
- Emerson, R. M., R. I. Fretz and L. L. Shaw (2001). Participant observations and fieldnotes. *Handbook of ethnography*. P. Atkinson, A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland and L. Lofland. London, Sage: 352-368.
- Erickson, K. and D. Stull (1997). *Doing team ethnography: Warnings and advice*. London, Sage.
- Ernst, M.-L., M. Haour-Knipe and B. Spencer (1998). Evaluation des Aktionsprogrammes "Gesundheit von Frauen: Schwerpunkt HIV-Prävention 1994-1997", *Raisons de santé* 22. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Erwin, J., M. Morgan, N. Brittan, K. Grey and B. Peters (2002). "Pathways to HIV-testing and care by black Africans and white patients in London." *Sexually Transmitted Infections* 78: 37-39.
- Erwin, J. and B. Peters (1999). "Treatment issues for HIV+ Africans in London." *Social Science and Medicine* 49(15): 1519-1528.
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (2005). *HIV/AIDS Surveillance in Europe: End-year report 2004*, No. 71. St. Maurice, Institut de veille sanitaire - Département maladies infectieuses.
- Ezeoba, M. (2000). "Zur Lebenssituation der dunkelhäutigen Menschen in der Schweiz." *Tangram - Bulletin der Eidgenössischen Kommission gegen Rassismus* (8): 27-32.
- Fakhouri, W., P. Tubb, C. Bonnell, M. Bitel, J. Annetts and L. Levy (1997). *Developing a strategy for primary care HIV prevention work with African communities - A report to the Communicable Disease Branch*. London, Department of Health.

- Fakoya, I. (2004). Assessing the research, evaluation and training needs of African organisations and researchers in the UK. 3rd National African HIV Prevention Conference, What next? - The future of HIV prevention with African communities, 11 - 12 March, London.
- Fantuzzo, J., C. McWayne and S. Childs (2006). Scientist-community collaborations. The handbook of ethical research with ethnocultural populations and communities. J. E. Trimble and C. B. Fisher. Thousand Oaks, Sage: 27-49.
- Fassin, D. (2005). Prévention du sida et politiques de l'immigration, Conférence de l' Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé & de l' Office des Migrations Internationales, 26 Mai, Marseille.
- Faust, S. C. (2000). Providing inclusive healthcare across culture. Advanced nursing practice roles and clinical application. J. V. Hickey, R. M. Onimette and S. C. Venegoni. Philadelphia, Lippincott: 400-412.
- Faya, J. (2004). "Migrants africains: Du dépistage du sida à la prévention." *La santé de l'homme* 370: 40-43.
- Fee, E. and D. M. Fox (1992). *AIDS - the making of a chronic disease*. Berkley, University of California Press.
- Fenton, K. (2004). Research with African communities... How are we doing? Conference Report of the 3rd National African HIV Prevention Conference, What next? - The future of HIV prevention with African communities, 11 - 12 March, London, National African HIV Prevention Programme.
- Fenton, K., M. Cadette, P. Boakye, C. Aina, E. Asante-Mensah, C. Burnell, A. Gault, W. Gillgower, S. Jauhar, S. Nelson, N. Shafi and P. Weatherburn (2002). Good Practice Guidelines for HIV health promotion with black gay and bisexual men. London, Gay Men Fighting AIDS: 40.
- Fenton, K., M. Chinouya, O. Davidson, A. Copas and MAYISHA study team (2002). "HIV testing and high risk sexual behaviour among London's migrant African communities: a participatory research study." *Sexually Transmitted Infection* 78(4): 241-245.
- Fenton, K., B. White, P. Weatherburn and M. Cadette (1999). What are you like? Assessing the sexual health needs of Black gay and bisexual men. London, Big Up and Sigma Research.
- Fenton, K. A., M. Chinouya, O. Davidson, A. Copas and on behalf of the MAYISHA research team (2001). "HIV transmission risk among sub-Saharan Africans in London travelling to their countries of origin." *AIDS* 15(11): 1442-1445.
- Fernandez, C. (2003). *Les pratiques d'assèchement vaginal*. Lyon, Hôtel-Dieu.
- Fesenfeld, A. (2002). ""... aber es ist für viele auch ein grosser Schritt: vom Todgeweihten zum Lebensbejahenden..."" *Pflege* 15(1): 6-14.

- Flepp, M., J. Jost, B. Hirschel, R. Weber and für die Subkommission Klinik der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen (2000). "Empfehlungen zur antiretroviralen HIV-Therapie." *Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit* (51): 994-100.
- Fleury, F. (1989). *Evaluation des campagnes de prévention du sida en Suisse: Les migrants: rapport final*. Lausanne, Université de Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Cahiers de Recherches et de Documentation 39.
- Flick, U. (2000). Design und Prozess qualitativer Forschung. *Qualitative Forschung - Ein Handbuch*. U. Flick, E. von Kardoff and I. Steinke. Reinbeck, Rowohlt: 252-265.
- Flick, U. (2002a). Innovation durch New Public Health: Einleitung und Überblick. *Innovation durch New Public Health*. U. Flick. Göttingen, Hogrefe: 3-19.
- Flick, U. (2002b). *Qualitative Sozialforschung - Eine Einführung*. Reinbek, rowohlt.
- Foley, E. E. (2005). "HIV/AIDS and African immigrant women in Philadelphia: Structural and cultural barriers to care." *AIDS Care* 17(8): 1030 - 1043.
- Fontana, A. and J. H. Frey (2000). The interview: From structured questions to negotiated text. *Handbook of qualitative research*. N. K. Denzin and Y. S. Lincoln. Thousand Oaks, Sage. 2nd: 645-672.
- Forschungsbereich Health Literacy (2005). *Denkanstösse für ein Rahmenkonzept zu Health Literacy*. Lugano, Health Care Communication Laboratory, Università della Svizzera Italiana: 37.
- Fourquet, F., J. Le Chenadec, M.-J. Mayaux, L. Meyer and for the SEROCO and SEROGEST groups (2001). "Reproductive behaviour of HIV-infected women living in France, according to geographical origin." *AIDS* 15(16): 2193-2196.
- Frater, A. J., D. T. Dunn, A. J. Beardall, K. Ariyoshi, J. R. Clarke, M. O. McClure and J. N. Weber (2002). "Comparative response of African HIV-1-infected individuals to highly active antiretroviral therapy." *AIDS* 16(8): 1139-1146.
- Frech, M. (2006). *Evaluation der nationalen STOP AIDS-Kampagne 2005*. Zug, mrc - marketing research & consulting.
- Frey, K. and D. Kübler (2005). *Sozialwissenschaftliche HIV/Aids-Forschung in der Schweiz 1987-2004 - Förderung, Vermittlung und zukünftige Entwicklung*. Zürich, Universität Zürich, Institut für Politikwissenschaft.
- Friedemann, M.-L., P. Astedt-Kurki and E. Paavilainen (2003). "Development of a family assessment instrument for transcultural use." *Journal of Transcultural Nursing* 14(2): 90-99.
- Geissler, E. M. (1994). *Pocket guide to cultural assessment*. St. Louis, Mosby.

- Georgiadis, S. (2005). Zielgruppen-spezifische HIV-Prävention bei Sub-Sahara Migrantinnen in der Schweiz. Arbeits- und Organisationspsychologie. Zürich, Hochschule für Angewandte Psychologie.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2006). Palliative Care in der stationären akutsomatischen Versorgung im Kanton Zürich. Zürich, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2005). Anleitung zum Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz - Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern / Lausanne, Gesundheitsförderung Schweiz.
- Giger, N. J. and R. E. Davidhizar, Eds. (2003). Transcultural nursing: Assessment and intervention. St. Louis, Mosby.
- Gilbert, D. J. and E. M. Wright, Eds. (2003). African American Women Living with AIDS: Critical Responses for the New Millennium. Praeger Publisher, Westport/CT.
- Glaser, B. and A. Strauss (1967). The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Chicago, Aldine.
- Glass, T., S. De Beest, R. Weber, P. Vernazza, M. Rickenbach, H. Furrer, E. Bernasconi, M. Cavassini, B. Hirschel, M. Battegay, H. Bucher and the Swiss HIV Cohort Study (2006). "Correlates of self-reported nonadherence to antiretroviral therapy in HIV infected patients." Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome 41: 385-392, (project 420).
- Glass, T., J. Young, P. Vernazza, M. Rickenbach, R. Weber, M. Cavassini, B. Hirschel, M. Battegay, H. Bucher and the Swiss HIV Cohort Study (2004). "Is unsafe sexual behavior increasing among HIV-infected individuals?" AIDS 18: 1707-1714.
- Gras, M. J., J. F. Weide, M. W. Langendam, R. A. Coutinho and A. van den Hoek (1999). "HIV prevalence, sexual risk behaviour and sexual mixing patterns among migrants in Amsterdam, The Netherlands." AIDS 13(14): 1953-1962.
- Gregori, D. (2002). "„Radio Somalia“ - Gesundheitsvorsorge und HIV-Prävention." Bulletin Netzwerk Medicus Mundi Schweiz (86, Oktober): 8-11.
- Gregori, D. (2004). Pilotprojekt zur HIV/Aids-Prävention bei der Grenzsanitärischen Untersuchung für Asylsuchende in Basel. Zürich, Aids-Hilfe Schweiz.
- Greyson, L. and A. Gomersall (2003). A difficult business: Finding the evidence for social science reviews. London, ESRC UK Center for Evidence Based Policy and Practice, University of London.
- Grundfest Schoepf, B. (2004). AIDS, history, and struggles over meaning. HIV & AIDS in Africa - Beyond epidemiology. E. Kalipeni, S. Craddock, J. R. Opong and J. Ghosh. Oxford, Blackwell Publishing: 15-28.

- Guillemaut, F. (2005). Femmes migrantes, prostitution et prévention du VIH. Lyon / Toulouse, Cabiria: 31.
- Gustafson, D. L. (2005). "Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective." *Advances in Nursing Science* 28(1): 2–16.
- Haas, J. (2006a). "HIV-Tests in regionalen Aids-Hilfen?" *Swiss Aids News* (3): 6-7.
- Haas, J. (2006b). "Schnelltests verändern HIV-Diagnostik." *Swiss Aids News* (2): 6-8.
- Hafner, I. (2003a). AIDS und Gesundheitsprävention für MigrantInnen aus Schwarzafrika in der Region Essen/Ruhrgebiet - Abschlussbericht. Essen, Caritasverband für das Bistum Essen e.V..
- Hafner, I. (2003). Zielgruppenspezifische HIV-Prävention bei MigrantInnen aus dem südlichen Afrika - Handlungsempfehlungen. Essen, Caritasverband.
- Hamers, F. F. and A. M. Downs (2004). "The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies?" *Lancet* 364(9428): 83-94.
- Haour-Knipe, M. (1993). "AIDS prevention, stigma and migrant status." *Innovation in Social Science Research* 6: 19-35.
- Haour-Knipe, M. (2000). "Migration und HIV/Aids in Europa." *Aids Infothek* 12(5): 4-14.
- Haour-Knipe, M. (2005a). Association Solidarité des Femmes Africaines de Genève (ASFAG): Consultant's review. Bern / Geneva, Bundesamt für Gesundheit / International Organization of Migration.
- Haour-Knipe, M. (2005b). Global mobility, HIV and AIDS. *World Migration 2005: Costs and benefits of international migration*. International Organization of Migration. Geneva, International Organization of Migration: 339-349.
- Haour-Knipe, M., F. Fleury and F. Dubois-Arber (1999). "HIV/AIDS prevention for migrants and ethnic minorities: three phases of evaluation." *Social Science and Medicine* 49: 1357-1372.
- Haour-Knipe, M., G. Meystre-Agustoni, F. Dubois-Arber, D. Kessler and avec la collaboration d'Isabelle Delbos Piot (1999). *Médiateurs et prévention du VIH/Sida*. Lausanne, Institut de Médecine Social et Préventive: Raisons de Santé, No. 41.
- Haour-Knipe, M., S. Ospina, F. Fleury and E. Zimmermann (1992). HIV/AIDS knowledge and migrant workers. *AIDS: Rights, risk and reason*. P. Aggleton, G. Hart and P. Davies. London, Falmer Press: 85-101.
- Haour-Knipe, M. and R. Rector (1996). Introduction. *Crossing borders - Migration, Ethnicity and AIDS*. M. Haour-Knipe and R. Rector. London, Taylor & Francis: 1-14.
- Hart, E. and M. Bond (1995). *Action research for health and social care*. Buckingham, Open University Press.
- Heiniger, M. (2000). ""Farbige" in der Schweiz - Aus der Sicht der Statistik." *Tangram* (8): 80-82.

- Hirschel, B. (1989). AIDS - Diagnose, Betreuung, Behandlung - Ein Leitfadens für Ärzte und Pflegepersonal. Bern, Verlag Hans Huber.
- Hoey, J. (2000). "Who wrote this paper anyway?" Canadian Medical Association Journal 163(6): 716-717.
- Holzemer, W. L., S. B. Henry, K. M. Nokes, I. B. Corless, M. A. Brown, G. M. Powell-Cope, H. A. Turner and J. Inouye (1999). "Validation of the sign and symptom check-list for persons with HIV disease." Journal of Advanced Nursing 30(5): 1041-1049.
- Hopf, C. (2000). Forschungsethik und qualitative Forschung. Qualitative Forschung - Ein Handbuch. U. Flick, E. von Kardoff and I. Steinke. Reinbek, Rowohlt: 589-600.
- Humphrey, L. and F. Porcher (1992). The challenge of HIV/AIDS in communities of color. Washington, D.C, National Commission on AIDS.
- Hunkeler, B. and E. Müller (2004). Aufenthaltsstatus und Gesundheit. Eine ressourcenorientierte qualitative Untersuchung zur Unsicherheit des Aufenthaltsstatus im Zusammenhang mit der psychosozialen Gesundheit bei Migrantinnen in der Stadt Zürich. Zürich, Psychologisches Institut, Sozial- und Gesundheitspsychologie, Universität Zürich.
- Hurrelmann, K., U. Laaser and O. Razum, Eds. (2003). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Juventa.
- Imane, L., M. R. Ros Collado, M. Louhenapessy and R. van Duifhuizen (1998). Training guide for female African migrants: African women confronting AIDS. Woerden, Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention.
- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (2004). Campagne de Communication - Les populations originaires d'Afrique sub-saharienne. Paris, Fernsehkanal TV5, (www.inpes.sante.fr/index.asp?page=10000/campcom/c13300.htm, Zugriff am 9. Juli 2005).
- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé & Centre Regional d'Information et de Prévention du Sida (2005a). L'Afrique contre le Sida - Matériel d'information et de prévention. Saint-Denis / Paris, INPES / CRIPS.
- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé and Centre Regional d'Information et de Prévention du Sida (2005b). Outils de prévention Sida/Hépatites à destinations des migrants. Saint-Denis / Paris, INPES / CRIPS.
- International Committee of Medical Journal Editors (2006). Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: Writing and editing for biomedical publication, (www.icmje.org/#author, Zugriff am 30. Mai 2006).
- International Council of AIDS Service Organizations (ICASO) (1998). HIV-AIDS and human rights. Toronto, ICASO.

- International Council of Nurses (2002). *Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision-making*. Geneva/Oxford, International Council of Nurses/Blackwell Sciences.
- International Organization of Migration (2006). *IOM guide for HIV counsellors in the context of migration health assessment*. Geneva, International Organization of Migration.
- Jacobs Schmid, I. (2000). "Migration und Spitex - Wie können die MigrantInnen die Spitex-Dienste nutzen?" *Soziale Medizin* (2): 6-7.
- Jäger, H., Ed. (1989). *Frauen und Aids - Somatische und psychosoziale Aspekte*. Berlin, Springer Verlag.
- Jöhncke, S. (1996). *Culture in the clinic: Danish service providers' view of immigrants with HIV*. Crossing borders - migration, ethnicity and AIDS. M. Haour-Knipe and R. Rector. London, Bristol, Taylor & Francis: 167-177.
- Joint United Nations Program on HIV/AIDS (2003). *UNAIDS Global Reference Group on HIV/AIDS and Human Rights, Second Meeting in Geneva August 25 - 27*. Geneva, UNAIDS.
- Joint United Nations Program on HIV/AIDS (2004). *AIDS epidemic update: December 2003*. Geneva, UNAIDS/WHO.
- Joint United Nations Program on HIV/AIDS (2005a). *AIDS epidemic update*. Geneva, UNAIDS.
- Joint United Nations Program on HIV/AIDS (2005b). *Intensifying HIV prevention - UNAIDS policy position paper*. Geneva, UNAIDS.
- Joint United Nations Program on HIV/AIDS (2006). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.
- Joint United Nations Program on HIV/AIDS and United Nations High Commissioner for Refugees (2005). *Strategies to support the HIV-related needs of refugees and host populations*. Geneva, UNAIDS, UNHCR.
- Kalibala, S. (2000). "Welche Rolle spielt die Familie bei der HIV-Prävention?" *Aids Infothek* 12(Special Edition): 23-26.
- Kalichman, S. C., Ed. (2005). *Positive Prevention - Reducing HIV transmission among people living with HIV/AIDS*. Springer, New York.
- Kalipeni, E., S. Craddock, J. R. Oppong and J. Ghosh, Eds. (2004). *HIV and AIDS in Africa: Beyond epidemiology*. Oxford, Blackwell.
- Kaplan, J. B. and T. Bennett (2003). "Use of race and ethnicity in biomedical publication." *Journal of the American Medical Association* 289: 2709-2716.
- Kauffman, K. (1994). "The insider/outsider dilemma: Field experience of white researcher "getting in" a poor black community." *Nursing Research* 43(3): 179-183.

- Kelagher, M., G. Williams and L. Manderson (1999). "Towards evidence-based health promotion and service provision for new migrants to Australia." *Ethnicity and Health* 4(4): 305-312.
- Kelly, J., J. St Lawrence, Y. Diaz, L. Stevenson, A. Hauth, Brasfield TL, S. Kalichman, J. Smith and M. Andrew (1991). "HIV risk behavior reduction following intervention with key opinion leaders of population: an experimental analysis." *American Journal of Public Health* 81(2): 168-171.
- Kelty, M. F., R. R. Hoffmann III, M. G. Ory and J. T. Harden (2000). Behavioral and socio-cultural aspects of aging, ethnicity, and health. *Handbook of gender, culture, and health*. R. R. Eisler and M. Hersen. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum: 139-158.
- Kemajou, É. (2004). "Un besoin immense d'accompagnement social." *La santé de l'homme*(369): 36-37.
- Kerr, T., J. Walsh, E. Lloyd-Smith and E. Wood (2005). "Measuring adherence to highly active antiretroviral therapy: Implications for research and practice." *Current HIV/AIDS Reports* 2(4): 200-205.
- Kesby, M., K. Fenton, P. Boyle and R. Power (2003). "An agenda for future research on HIV and sexual behaviour among African migrant communities in the UK." *Social Science and Medicine* 57: 1573-1592.
- Kessler Bodiang, C. (2003). HIV/Aids Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen - Epidemiologische und demographische Eckdaten. unveröffentlichtes Manuskript, Schweizerisches Tropeninstitut, Universität Basel.
- Kessler Bodiang, C. (2005). Studien Teilbericht: Monitoring Migrants: HIV/Aids und sexuell übertragbare Infektionen MigrantInnen aus den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawiens in den Kantonen BS/BL, Bundesamt für Gesundheit, 12. September, Bern.
- Kessler Bodiang, C. and J. Okullo (2002). "HIV-Prävention bei afrikanischen Migrantinnen und Migranten: Eine Herausforderung für die schweizerische Gesundheitspolitik." *Aids Infothek* 14(3): 4-9.
- Kessler Bodiang, C., N. Tshibangu, R. Merkle and B. Callensten (2005). Pilotstudie zur Akzeptanz des Femidoms bei Subsahara Migrantinnen in Zürich. Basel/Bern, Schweizerisches Tropeninstitut/Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Kirton, C., Ed. (2003). ANAC's core curriculum on HIV/AIDS nursing. Sage, Thousand Oaks.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley, University of California Press.
- Koch-Straube, U. (1997). *Fremde Welt Pflegeheim: Eine ethnologische Studie*. Bern, Hans Huber.

- Kommission für Forschungspartnerschaften mit Entwicklungsländern (1998). Guidelines for research in partnership with developing countries. Bern, KFPE (www.kfpe.ch/download/Guidelines_e.pdf, Zugriff am 12. August 2005).
- Kowal, S. and D. C. O'Connell (2000). Zur Transkription von Gesprächen. *Qualitative Forschung - Ein Handbuch*. U. Flick, E. von Kardoff and I. Steinke. Reinbek, rororo: 437-447.
- Krause, I.-B. (2003). "Learning how to ask in ethnography and psychotherapy." *Anthropology & Medicine* 10(1): 4-21.
- Kvale, S. (1995). Validierung: Von der Beobachtung zu Kommunikation und Handeln. *Handbuch qualitative Sozialforschung*. U. Flick, E. von Kardoff, H. Keupp, L. von Rosenstiel and S. Wolff. Weinheim, Psychologie Verlags Union: 427-431.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks / CA, Sage.
- Laaser, U. and K. Hurrelmann (1998). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. K. Hurrelmann and U. Laaser. Weinheim, Juventa: 395-424.
- Lagneau, M. M. (2005). "Action Gare". Colloque national - Prévention VIH chez les migrants en France, Marseille, 25-27 Mai.
- Lamnek, S. (1995a). *Qualitative Sozialforschung - Methoden und Techniken*. Weinheim, Beltz/Psychologische VerlagsUnion.
- Lamnek, S. (1995b). *Qualitative Sozialforschung - Methodologie*. Weinheim, Beltz/PsychologieVerlagsUnion.
- Lane, T., A. Pettifor, S. Pascoe, A. Fiamma and H. Rees (2006). "Heterosexual anal intercourse increases risk of HIV infection among young South African men." *AIDS* 20(1): 123-125.
- Le Vu, S., F. Lot and C. Semaille (2005). "Les migrants africains au sein du dépistage anonyme du VIH, 2004." *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*(46 / 47): 233-235.
- Ledergerber, B., M. Egger, V. Erard, R. Weber, B. Hirschel, H. Furrer, M. Battegay, P. Vernazza, E. Bernasconi, M. Opravil, D. Kaufmann, P. Sudre, P. Francioli, A. Telenti and f. t. S. H. C. Study (1999). "AIDS-related opportunistic illnesses occurring after initiation of potent antiretroviral therapy - The Swiss HIV Cohort Study." *Journal of the American Medical Association* 282(23): 2220-2226.
- Lee, R. M., Ed. (1993). *Doing research on sensitive topics*. London, Sage.
- Lee, R. M. (1995). *Dangerous fieldwork*. Thousand Oaks, Sage.
- Lee-Treweek, G., Ed. (2000). *Danger in the field: Ethics and risk in social research*. New York, Routledge.

- Lehmann, F., R. Geene, L. Kaba-Schönstein, H. Kilian, M. Meyer-Nürnberg, S. Brandes and G. Bartsch (2005). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten - Ansatz, Beispiele, weiterführende Informationen. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Leininger, M. and M. R. McFarland (2002). Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice. Columbus/OH, McGraw-Hill.
- Leonard, N. R., P. Lester, M. J. Rotheram-Borus, K. Mattes, M. Gwadz and B. Ferns (2003). "Successful recruitment and retention of participants in longitudinal behavioral research." *AIDS Education and Prevention* 15(3): 269-281.
- Lester, B. (1993). "The social context of HIV transmission in the African-American community." *Ethnicity and Disease* 3(4): 387-394.
- Lincoln, Y. S. and E. G. Guba (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Sage.
- Lipson, J. G. and A. I. Meleis (1990). Methodological issues in research with immigrants. *Cross-cultural nursing: Anthropological approaches to nursing research*. J. M. Morse. Philadelphia, Gordon and Breach Science Publishers: 103-115.
- Longrich, B. (2005). ""Wir leisten ganz direkte Präventionsarbeit"." *Krankenpflege* 99(12): 16-17.
- Longo, B., P. Pezzotti, S. Boros, R. Urcioli and G. Rezza (2005). "Increasing proportion of late testers among AIDS cases in Italy, 1996–2002." *AIDS Care* 17(7): 834 - 841.
- Lot, F. (2005). *Epidémiologie du HIV/sida chez les migrants en France*. Colloque national - Prévention VIH chez les migrants en France, Marseille, 26-27 Mai.
- Lot, F., C. Larsen, N. Valin, P. Gouëzel, T. Blanchon and A. Laporte (2004). "Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Île-de-France, 2002." *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* (5): 17-20.
- Louhenapessy, M. (1996). Care issues and migrants. *Crossing borders - migration, ethnicity and AIDS*. M. Haour-Knipe and R. Rector. London, Bristol, Taylor & Francis: 154-166.
- Louhenapessy, M. and B.-P. Baruani (1999). La prévention du SIDA auprès des populations d'origine sub-saharienne: Spécificités et contraintes. *Santé conjugée - Patients sans frontières: L'approche interculturelle en soins de santé primaires*. A. Hoffmann. Bruxelles, Fédération des Maisons Médicales. 7: 47-52.
- Low, N., K. Paine, R. Clark, M. Mahalingam and A. L. Pozniak (1996). "AIDS survival and progression in black Africans living in south London, 1986-1994." *Genitourinary Medicine* 72(1): 12-16.
- Lucas, G. (2002). *Positive changes - A review of progress on African HIV prevention in Enfield and Haringey 1997 - March 2002*. London, Haringey Council, National Health Service.

- Lüders, C. (2000). Herausforderungen qualitativer Forschung. *Qualitative Forschung - Ein Handbuch*. U. Flick, E. von Kardoff and I. Steinke. Reinbek, Hamburg: 632-642.
- Lüscher, K., Ed. (1988). *Die postmoderne Familie*. Konstanz, Universitätsverlag.
- Maggi, J. and S. Cattacin (2003). Needed basic research in "Migration and Health" in 2002 - 2006 in Switzerland. Neuchâtel, Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- Maharaj, K., I. Warwick and G. Whitty (1996). An assessment of HIV prevention interventions with refugees and asylum seekers - With particular reference to refugees from the African continent. London, University of London, Institute of Education, Health and Education Research Unit.
- Malanda, S., J. Meadows and J. Catalan (2001). "Are we meeting the psychological needs of Black African HIV-positive individuals in London? Controlled study of referrals to a psychological medicine unit." *AIDS Care* 13(4): 413-419.
- Matic, S., J. V. Lazarus and M. C. Donoghoe, Eds. (2006). *HIV/AIDS in Europe - Moving from death sentence to chronic disease management*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
- Mayring, P. (1996). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim, Beltz.
- McKenzie, M., Tulsy J. P., Long, H. L., Chesney, M., Moss, A. (1999). "Tracking and follow-up of marginalized populations: A review." *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 10(4): 409-429.
- McMunn, A. M., R. Mwanje, K. Paine and A. L. Pozniak (1998). "Health service utilization in London's African migrant communities: implications for HIV prevention." *AIDS Care* 10(4): 453-462.
- Mennel, K. (2000). "'... vier Mohrenköpfe, bitte' - Sprache ist nicht immer wertfrei." *Tangram* (8): 64-66.
- Merkens, H. (2000). Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. *Qualitative Forschung - ein Handbuch*. U. Flick, E. von Kardoff and I. Steinke. Reinbek bei Hamburg, rowohlt: 286-299.
- Métraux, A. (2000). Verfahrenskunst, Methodeninnovation und Theoriebildung in der qualitativen Sozialforschung. *Qualitative Forschung - Ein Handbuch*. U. Flick, E. von Kardoff and I. Steinke. Reinbeck, Rowohlt: 643-652.
- Meystre-Agostoni, G., A. Jeannin and F. Dubois-Arber (2005). HIV/Aids-Epidemie: Präventionsarbeit durch Hausärztinnen und Hausärzte in der Schweiz. *Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit* (39): 690-695.
- Miles, M. B. and A. M. Huberman (1994). *Qualitative data analysis - An expanded sourcebook*. Thousand Oaks, Sage Publications.

- Milgram, S. (1974). *Das Milgram Experiment. Zur Gehorsamkeitsbereitschaft gegenüber Autorität.* Reinbek, Rowohlt.
- Miller, T. and L. Bell (2002). Consenting to what? Issues of access, gate-keeping and 'informed' consent. *Ethics in qualitative research.* M. Birch, T. Miller, M. Mauthner and J. Jessop. London, Sage: 53-69.
- Minkler, M., N. Wallerstein and B. Hall, Eds. (2002). *Community-based participatory research for health.* San Francisco, Jossey-Bass.
- Molyneux, C., N. Peshu and K. Marsh (2004). Understanding of informed consent in a low-income setting: three case studies from the Kenyan coast. *Social Science and Medicine* 59: 2547-2559.
- Morin, S. F., K. A. Koester, W. T. Steward, A. Maiorana, M. McLaughlin, J. J. Myers, K. Vernon and M. A. Chesney (2004). Missed opportunities: prevention with HIV-infected patients in clinical care settings. *Journal of the Acquired Immune Deficiency Syndrom* 36(4): 960-966.
- Müller, S. (2006). *Mit einem Lächeln Brücken bauen.* Tages Anzeiger, 16. August. Zürich.
- Muluneh, A. and A. Waka (2000). *Afrikanische Communities in Deutschland. AIDS und Migration.* Deutsche AIDS-Hilfe. Berlin, DAH e.V.: 133-175.
- Murphy, A. and B. Nabulya (2005). *More Shibah - Report on the workshop with HIV positive women.* London, NHS Health Firs - Specialists in health promotion for Lambeth, Southwark and Lewisham.
- Musso, S. (2005). The fifth "H": The question of women immigrants and AIDS in France. A cultural approach to HIV/AIDS prevention and care. UNESCO/UNAIDS. Geneva, UNESCO/UNAIDS: 35-57.
- Myer, L., L. Kuhn, Z. A. Stein, T. C. J. Wright and L. Denny (2005). Intravaginal practices, bacterial vaginosis, and women's susceptibility to HIV infection: epidemiological evidence and biological mechanisms. *Lancet Infectious Disease* 5(12): 786-794.
- Nakyonyi, M. M. (1993). HIV/AIDS education participation by the African community. *Canadian Journal of Public Health* 84 (Suppl 1): S19-23.
- National AIDS Trust (2001). *HIV prevention and African communities living in England - A framework for action.* London, National AIDS Trust.
- National Statistics (2003). *Ethnic group statistics - A guide for the collection and classification of ethnicity data.* London, Her Majesty's Stationery Office (HMSO).
- Ndofor-Tah, C., H. Ford, P. Weatherburn, N. A. Amamoo, Y. Majekodunmi, D. Reid, F. Robinson, W. Sanyu-Sseruma and A. Zulu (2000). *Capital assets - A community research intervention by The African Forum in Redbridge and Waltham Forest (London).* London, Sigma Research.

- Niederberger, A. (2004). Ein HIV-Test aus unterschiedlichen Motiven. Neue Zürcher Zeitung, 5. Februar. Zürich: 7.
- Nyamathi, A. M. and C. E. Lewis (1991). "Coping of African-American women at risk for AIDS." *Womens Health Issues* 1(2): 53-62.
- Obrist van Eeuwijk, B. and S. Büchi (2006). *Gesundsein in der Migration*, unveröffentlichter Forschungsbericht. Basel, Ethnologisches Seminar.
- Oduwayie, J. (2004). Campagne contre le VIH/sida parmi les Africains sub-sahariens en Suisse - AFRIMEDIA s'adresse à la communauté. *Africa Link*: September, 22-25.
- O'Farrell, N., R. Lau, K. Yoganathan, C. Bradbeer, G. Griffin and A. L. Pozniak (1995). "AIDS in Africans living in London." *Genitourinary Medicine* 71(6): 358-362.
- O'Laughlin, B. (1995). *Myth of the African family in the world of development. Women wielding the hoe: Lessons from rural Africa for feminist theory and development practice*. D. F. Bryceson. Oxford, Berg Publishers: 63-91.
- Oppong, J. R. and E. Kalipeni (2004). *Perceptions and misperceptions of AIDS in Africa. HIV & AIDS in Africa - Beyond epidemiology*. E. Kalipeni, S. Craddock, J. R. Oppong and J. Ghosh. Oxford, Blackwell Publishing: 47-57.
- Osei-Wusu, A. (2004). *Welten begegnen sich - Interkulturelle Aspekte der HIV-Versorgung von Menschen aus Afrika*, Duisburg, 13. Oktober 2004, Institut für Aus- und Fortbildung der Stadt Duisburg.
- Owen, H. (1997). *Open Space technology - A user's guide*. San Francisco, Berrett-Koehler Publishers.
- Oxford Development Partnership (2004a). *Audit and collection of HIV information materials targeting African people living in the UK*. London, African HIV Policy Network.
- Oxford Development Partnership (2004b). *Database of HIV/AIDS resources relevant to African people living in England (CD-Rom)*. London, National African HIV Prevention Programme.
- Padilla, A. M. (1996). *Issues in culturally appropriate assessment*. Handbook of. L. E. Suzuki and P. J. Meller. San Francisco, Jossey-Bass Publishers: 5-27.
- Papadopoulos, I. and S. Lees (2002). "Developing culturally competent researchers." *Journal of Advanced Nursing* 37(3): 258-264.
- Parker, R. and P. Aggleton (2003). "HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action." *Social Science and Medicine* 57(1): 13-24.
- Petticrew, M. (2001). "Systematic reviews from astronomy to zoology: myths and misconceptions." *British Medical Journal* 322: 98-101.

- Pfaff, H. and J. Bentz (1997). *Subjektive Daten - Objektive Analyse. Das Public Health Buch - Gesundheit und Gesundheitswesen.* F. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe and J. Siegrist. München, Urban & Schwarzenberg: 310-345.
- Philippis, O. (2004). The invisible presence of homosexuality: Implications for HIV/AIDS and rights in southern Africa. *HIV & AIDS in Africa: Beyond epidemiology.* E. Kalipeni, S. Craddock, J. R. Oponong and J. Ghosh. Oxford, Blackwell Publishing: 155-166.
- Pollner, M. and R. M. Emerson (2001). Ethnomethodology and ethnography. *Handbook of Ethnography.* R. Atkins, A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland and L. Lofland. London, Sage: 118-135.
- Ponterotto, J. E., D. Gretchen and R. V. Chauhan (1996). Cultural identity and multicultural assessment: Quantitative and qualitative tools for the clinician. *Handbook of multicultural assessment.* L. E. Suzuki, P. J. Meller and J. E. Ponterotto. San Francisco, Jossey-Bass Publishers: 67-100.
- Porter, C. P. and A. M. Villarruel (1993). "Nursing research with African American and Hispanic people: Guidelines for action." *Nursing Outlook* 41(2): 59-61.
- Powell, R. A., E. Leye, A. Jayakody, F. N. Mwangi-Powell and L. Morison (2004). "Female genital mutilation, asylum seekers and refugees: The need for an integrated European Union agenda." *Health Policy* 70(2): 151-162.
- Prochaska, J. O., J. Norcross and R. J. DiClemente (1994). *Changing for good.* New York, Avon Books.
- Prost, A. (2005). A review of research among black African communities affected by HIV/AIDS in the UK and Europe. Glasgow, Occasional Paper No. 15, Social and Public Health Unit, Medical Research Council.
- Prost, A., Elford, J., Imrie, J., Petticriew, M. and Hart GJ (2007). Social, behavioural, and intervention research among people of Sub-Saharan African origin living with HIV in the UK and Europe: Literature review and recommendations for intervention. *Aids and Behaviour* (Epub ahead of print, Mai 12).
- Pulle, S., J. Lubega, O. Davidson and M. Chinouya (2004). *Doing it well - A good practice guide for choosing and implementing community-based HIV prevention interventions with African communities in England.* London, National African HIV Prevention Programme.
- Rahm, C. (2000). *Auswertung der Befragung afrikanischer Personen aus der Region Basel.* Basel, Aidshilfe beider Basel.
- Rennie, D., V. Yank and L. Emanuel (1997). "When authorship fails: A proposal to make contributors accountable." *Journal of the American Medical Association* 271: 469-471.

- Retzlaff, C. (1999). "Female genital mutilation: not just over there." *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care* 5(5): 28-37.
- Rifkin, S. B. (2002). *Partizipative Interventionsforschung - Prinzipien und Strategien. Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. D. Schaeffer and G. Müller-Mundt. Bern, Hans Huber: 167-178.
- Robinson, J. and A. Cooper (2003). *African women and combination therapy - A guide for African women with HIV*. London, Terrence Higgins Trust.
- Robson, C. (2002). *Real world research*. Malden, Blackwell.
- Roseman, M. J., S. Gruskin and S. Banerjee (2004). *HIV/AIDS and human rights in a nutshell - A quick and useful guide for action as well as a framework to carry HIV/AIDS and human rights actions forward*. Toronto / Boston, Programm on International Health and Human Rights, François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health & International Council of AIDS Service Organizations (ICASO).
- Rosenbrock, R. (1992). *Aids: Fragen und Lehren für Public Health*. Berlin, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung.
- Rosenbrock, R. (2002). *Aidspolitik, Gesundheitspolitik und Schwulenpolitik. Normalisierung von Aids*. R. Rosenbrock and D. Schaeffer. Berlin, sigma: 111-127.
- Rosenbrock, R., F. Dubois-Arber, M. Moers, P. Pinell, D. Schaeffer and M. Setbon (2000). "The normalization of AIDS in Western European countries." *Social Science and Medicine* 50(11): 1607-1629.
- Rosenbrock, R., D. Schaeffer, M. Moers, F. Dubois-Arber, P. Pinell and M. Setbon (1999). *Die Normalisierung von Aids in Westeuropa - Der Politik-Zyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit*. Berlin, Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Rubin, H. and I. Rubin (2005). *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. Thousand Oaks, Sage.
- Rüesch, P. (2006). *Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen und Behinderung in der Schweiz - Eine Analyse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002*. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Sabbioni, M. and C. Salis Gross (2006). *Die migrationspezifische Anamnese. Vulnerabilität, Migration und Altern - Medizinethnologische Ansätze im Spannungsfeld von Theorie und Praxis*. P. van Eeuwijk and B. Obrist. Zürich, Seismo: 166-201.
- Sadler, K., K. Fenton, G. Elam, C. McGarrigle, D. Mercey and O. Davidson (2005). *Mayisha II main study report - Assessing the feasibility and acceptability of community based prevalence surveys*

- of HIV among black Africans in England. London, Health Protection Agency Center for Infections.
- Salis Gross, C., C. Moser, B. Zuppinger and C. Hatz (1997). "Die Arzt-Patienten Interaktion aus der Sicht von MigrantInnen: Vorschläge für die ärztliche Praxis." *Praxis - Schweizerische Rundschau für Medizin* 86: 887-894.
- Salman, R. (2001). *Zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen. Professionelle transkulturelle Pflege*. D. Domenig. Bern, Hans Huber: 87-98.
- Saul, J., J. Erwin, J. Bruce and B. Peters (2000). "Ethnic and demographic variations in HIV/AIDS presentation at two London referral centres 1995-9." *Sexually Transmitted Diseases* 76(3): 215.
- Saunders, C. and D. Clark (2006). *Cicely Saunders: Selected writings 1958-2004*. Oxford, Oxford University Press.
- Sawyer, L., H. Regev, S. Proctor, M. Nelson, D. Messias, D. Barnes and A. Meleis (1995). "Matching versus cultural competence in research: Methodological considerations." *Research in Nursing and Health* 18(6): 557-567.
- Schaeffer, D. (2002). *Geschichte und Entwicklungsstand qualitativer Gesundheits- und Pflegeforschung im deutschsprachigen Raum. Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. D. Schaeffer and G. Müller-Mundt. Bern, Hans Huber: 13-31.
- Schaeffer, D. (2004). *Der Patient als Nutzer - Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit*. Bern, Hans Huber.
- Schaeffer, D., M. Moers and R. Rosenbrock, Eds. (1994). *Public Health und Pflege - zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. Berlin, sigma.
- Schaeffer, D., M. Moers and R. Rosenbrock (1994). *Zum Verhältnis von Public Health und Pflege. Public Health und Pflege - Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. D. Schaeffer, M. Moers and R. Rosenbrock. Berlin, sigma: 7-25.
- Schaeffer, D. and G. Müller-Mundt, Eds. (2002). *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern, Hans Huber.
- Schensul, J. and M. LeCompte (1999). *Analysing and interpreting ethnographic data*. Walnut Creek, Mira Press.
- Schuler, K. (2006). "Neue Wege in der Aidsprävention - "Schööööööööööön"." *Bulletin Medicus Mundi Schweiz* (101, Juni): 14-15
- Schütz, A. and T. Luckmann (1994). *Strukturen der Lebenswelt*. Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- Schwartz, F., B. Badura, R. Leidl, H. Raspe and J. Siegrist (1997). *Das Public Health Buch - Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Urban & Schwarzenberg.

- Schweizerische Eidgenossenschaft (1992). Bundesgesetz über den Datenschutz (Stand am 3. Oktober 2000). (www.admin.ch/ch/d/sr/2/235.1.de.pdf, Zugriff am 10. April 2006.)
- Schweizerischer Nationalfonds (2003). Aids-Forschung in der Schweiz. Bern, Schweizerischer Nationalfonds.
- Schweizerischer Nationalfonds (2005). Erklärung zum Umgang des SNF mit wissenschaftlichem Fehlverhalten, (Scientific Misconduct, Medienmitteilung vom 13. Dezember 2005), www.snf.ch/D/Documents/Stellungnahmen/stn_ScientMisconduct_d.pdf, Zugriff am 23. Juli 2007).
- Sciarra, D. T. (2001). Assessment of diverse family systems. The new handbook of multicultural assessment - Clinical, psychological, and educational applications. L. A. Suzuki, P. J. Meller and J. E. Ponterotto. San Francisco, Jossey-Bass Publishers: 135-168.
- Searle, A. (2000). The first national African communities conference for HIV primary prevention. London, St Pancras Hospital London, March 9 & 10.
- Sellier, P., Clevenbergh, P., Ljubicic, L., Simoneau, G., Evans, J., Delcey, V., Diemer, M., Bendenoun, M., Mouly, S. and Bergmann, J.F. (2006). Comparative evaluation of adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan African native HIV-infected patients in France and Africa. *Clinical Infectious Disease*, 43(5), 654-657.
- Service International de Recherche d'Education et d'Action Sociale (2004a). Evaluation du travail communautaire et d'accompagnement des personnes migrantes vivant avec le VIH/SIDA. Bruxelles, Siréas.
- Service International de Recherche d'Education et d'Action Sociale (2004b). Le roman photo un outil innovant - Nouveau dispositif collectif de prévention du sida. Bruxelles, Siréas.
- Shamoo, A. F. and D. B. Resnik (2003). Responsible conduct of research. Oxford University Press, New York.
- Shtarkshall, R. and V. Soskolne (2000). Migrant populations and HIV/AIDS: The development and implementation of programmes: theory, methodology and practice. Geneva, UNESCO/UNAIDS.
- Siegrist, J. (1998). Machen wir uns selbst krank? Das Public Health Buch - Gesundheit und Gesundheitswesen. F. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe and J. Siegrist. München, Urban & Schwarzenberg: 110-123.
- Siering, U., J. Staender and E. Bergner (2002). Leitfadenorientierte Interviews - eine geeignete Methode zur Ergründung der Handlungsrelevanz von Therapiestandards in der Kardiologie? *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. D. Schaeffer and G. Müller-Mundt. Bern, Hans Huber: 285-304.
- Silverman, D. (2004). Doing qualitative research. London, Sage.

- Simcock, M., P. Sendi, B. Ledergerber, T. Keller, J. Schüpbach, M. Battegay, H. Günthard and the Swiss HIV Cohort Study (2006). "A longitudinal analysis of health care costs after treatment optimisation following genotypic antiretroviral resistance testing: does resistance testing pay off?" *Antiviral Therapy* 11: 305-314, (project 400).
- Sinka, K., J. Mortimer, B. Evans and D. Morgan (2003). "Impact of HIV epidemic in sub-Saharan Africa on the pattern of HIV in the UK." *AIDS* 17(11): 1683-1690.
- Society of Sexual Health Advisors (2004). *The manual for sexual health advisors*. London, Society of Sexual Health Advisors.
- Somaini, B., W. Twisselmann, and B. Ferber (1999). *HIV und Aids: Nationales Programm 1999-2003*. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- Spirig, R., K. Moody, M. Battegay and S. De Geest (2005). "Symptom management in HIV/AIDS: Advancing the conceptualization." *Advances in Nursing Science* 28(4): 333-344.
- Spirig, R., D. Nicca, V. Werder, J. Voggensperger, M. Unger, I. Bischofberger, A. Kesselring, M. Battegay and S. De Geest (2002). "Entwicklung und Etablierung einer erweiterten und vertieften HIV/Aids-Pflegepraxis." *Pflege* 15: 293-299.
- Staehelin, C., N. Egloff, M. Rickenbach, C. Kopp, H. Furrer and for the Swiss HIV Cohort Study (2004). "Migrants from Sub-Saharan Africa in the Swiss HIV Cohort Study: A single center study of epidemiologic migration-specific and clinical features." *AIDS Care* 18(11): 43-53.
- Staehelin, C., M. Rickenbach, N. Low, M. Egger, B. Ledergerber, B. Hirschel, V. D'Acromont, M. Battegay, T. Wagels, E. Bernasconi, C. Kopp, H. Furrer and and the Swiss HIV Cohort Study (2003). "Migrants from Sub-Saharan Africa in the Swiss HIV Cohort Study: access to antiretroviral therapy, disease progression and survival." *AIDS* 17(15): 2237-2244.
- Stark, K. and I. Guggenmoos-Holzman (1997). *Wissenschaftliche Ergebnisse deuten und nutzen. Das Public Health Buch - Gesundheit und Gesundheitswesen*. F. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe and J. Siegrist. München, Urban & Schwarzenberg: 284-309.
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung - Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. Weinheim, Juventus.
- Sterne, J., M. Hernan, B. Ledergerber, K. Tilling, R. Weber, P. Sendi, M. Rickenbach, J. Robins, M. Egger and Swiss HIV Cohort Study (2005). "Long-term effectiveness of potent antiretroviral therapy in preventing AIDS and death: a prospective cohort study." *Lancet* 366(9483): 378-84.
- Stockmann, R. (2000). *Evaluationsforschung: Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder*. Opladen, Leske + Budrich.
- Stolte, I., M. Gras, B. Van Benthem, R. A. Coutinho and J. van den Hoek (2003). "HIV testing behaviour among heterosexual migrants in Amsterdam." *AIDS Care* 15(4): 563-574.

- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Strauss, A. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung - Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen Sozialforschung*. München, Wilhelm Fink Verlag.
- Strauss, A. and J. Corbin (1990). *Grounded Theory: procedures and techniques*. Thousand Oaks, Sage.
- Stuker, R. (2001). *Professionelles Dolmetschen. Professionelle Transkulturelle Pflege*. D. Domenig. Bern, Hans Huber: 185-199.
- Swiss Agency for Development and Cooperation (2004). *Mainstreaming HIV/AIDS in practice - A toolkit with a collection of resources, checklists and examples on CD Rom for SDC and its partners*. Bern, Swiss Agency for Development and Cooperation.
- The Global Dialogues Trust (2002). *Guide de l'utilisateur pour les scénarios du Sahel*. Ouagadougou, The Global Dialogues Trust.
- Thierfelder, C., M. Tanner and C. Kessler Bodiang (2005). "Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system." *European Journal of Public Health* 15(1): 86-90.
- Thomas, S. and S. Quinn (1991). "The Tuskegee Syphilis Study, 1932-1972: Implications for HIV education and AIDS education program in the Black community." *American Journal of Public Health* 81: 1498-1505.
- Tonwe-Gold, B., B. Hirschel, D. Roulin, M. Haour-Knipe and M. Rickenbach (2002). "HIV-positive afrikanische Migrantinnen in der Schweiz: Ihre Charakteristika, Lebensbedingungen und ihre Bedürfnisse nach sozialer Unterstützung." *Aids Infothek* 14(3): 44-51.
- Trageser, J. and S. Hammer (2006). *Zwischenevaluation AFRIMEDIA*. Bern / Zürich, Bundesamt für Gesundheit / Infrac.
- Tshibangu, N. (2000). "Le courtier (in)volontaire - Être africain dans un poste à responsabilités." *Tangram*(8): 41-44.
- Turner, G. and J. Shepherd (1999). "A method in search of a theory: peer education and health promotion." *Health Education Research* 14(2): 235-247.
- UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance (2005). *Mapping the issues - HIV and other sexually transmitted infections in the United Kingdom: 2005*. Longon, Health Protection Agency Centre for Infections.
- UNESCO/UNAIDS (2005). *Women migrants and HIV/AIDS - An anthropological approach*. Paris, UNESCO.

- Uniken Venema, H. P., H. F. L. Garretsen and P. J. Van der Maas (1995). "Health of migrants and migrant health policy: The Netherlands as an example." *Social Science and Medicine* 41(6): 809-818.
- United Nations General Assembly (2001). Special Session: Declaration of Commitment on HIV/AIDS - Global Crisis - Global Action, New York, United Nations.
- United Nations High Commissioner on Human Rights and Joint United Nations Program on HIV/AIDS (1998). HIV/AIDS and human rights - International guidelines - 2nd international consultation. New York / Geneva, OHCHR / UNAIDS.
- Valsecchi, F. (2004). Krienserin klärt Afrikaner auf. *Neue Luzerner Zeitung*. Luzern: 28.
- Vernazza, P. (2005). "(HIV-)Prävention beginnt in der Arztpraxis." *Schweizerische Ärztezeitung* 86(28): 1729.
- Vernazza, P. and Fachkommission Klinik und Therapie HIV/Aids (2005). "HIV-Testberatung: Ein kurzes Vademecum für die Praxis." *Schweizerische Ärztezeitung* 86(28): 1737-1738.
- Voggensperger, J., D. Nicca, M. Battegay, J. Zellweger and R. Spirig (2004). "Ein Rauchstopp-Programm für HIV-infizierte Menschen." *Pflege* 16(5): 283-288.
- von Elm, E. and M. Egger (2005). "Commentary I: Essentials of good epidemiological practice: Are guidelines following guidelines?" *Sozial- und Präventivmedizin* 50: 28-30.
- Vranjes, N., B. Bisig and F. Gutzwiller (1995). *Gesundheit der Ausländer in der Schweiz (Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit)*. Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Wagner, A., B. Gandek, N. Aaronson, C. Acquadro, J. Alonso, G. Apolone, M. Bullinger, J. Bjorner, S. Fukuhara, S. Kaasa, A. Leplege, M. Sullivan, S. Wood-Dauphinee and J. J. Ware (1998). "Cross-cultural comparisons of the content of SF-36 translations across 10 countries: results from the IQOLA Project (International Quality of Life Assessment)." *Journal of Clinical Epidemiology* 51(11): 925-32.
- Waugh, S. (2003). "Parental views on disclosure of diagnosis to their HIV-positive children." *AIDS Care* 15(2): 169-176.
- Weatherburn, P., W. Ssanyu-Sseruma, H. Ford, S. McLean and D. Reid (2003). *Project Nasah - An investigation into the HIV treatment information and other needs of African people with HIV resident in England*. London, Sigma Research, Faculty of Humanities & Social Sciences, University of Portsmouth, Eurolink Business Center.
- Weidner, F. (1995). *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung*. Frankfurt, Mabuse.
- Welbourn, A. (1995). *Stepping Stones*. St Albans / UK, Strategies for Hope.

- Wicker, H.-R., R. Fibbi and W. Haug, Eds. (2002). Migration und Schweiz - Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogrammes "Migration und interkulturelle Beziehungen". Zürich, Seismo.
- Widmer, L. (2005). Chômage et population étrangères. Migrants et marché du travail. W. Haug and P. Wanner. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik: 39-70.
- Wiessner, P. and K. Lemmen (2005). Quick reference - Travel and residence regulations for people with HIV and AIDS. Berlin, Deutsche AIDS-Hilfe e.V..
- Williamson Eberle, C. (2004). Mediennutzung von Sub-Sahara Migrantinnen und Migranten in der Schweiz - Eine explorative Studie am Beispiel von Somalierinnen und Somaliern in Zürich. Departement für Gesellschaftswissenschaften, Fachbereich Medien- und Kommunikationswissenschaft. Freiburg, Universität Freiburg / Schweiz.
- Wilson, B. D. and R. L. Miller (2003). "Examining strategies for culturally grounded HIV prevention: A review." *AIDS Education and Prevention* 15(2): 184-202.
- Wolff, S. (2000). Wege ins Feld und ihre Varianten. *Qualitative Forschung - ein Handbuch*. U. Flick, E. von Kardoff and I. Steinke. Reinbek bei Hamburg, rowohlt: 334-349.
- Women's Association for African Networking and Development (WAND) (2005). Building partnerships for development - HIV prevention information needs of African women in the London boroughs of Camden and Islington. London, African Women Family Health Support Project.
- World Health Organization (1977). Global strategy for health for all by the year 2000 (Resolution WHA30.43). Geneva, WHO.
- World Health Organization (1986). Ottawa Charter for Health Promotion - First International Conference on Health Promotion "The move towards a new public health", November 17 - 21, World Health Organization.
- World Health Organization (1989). "Unlinked anonymous screening for the public health surveillance of HIV infections. Proposed international guidelines for the Global Programme on AIDS." *GPA/SFI 3*: 1-7.
- World Health Organization (2001). Female genital mutilation - The prevention and management of health complications - Policy guidelines for nurses and midwives. Geneva, WHO.
- World Health Organization (2002). Innovative Care for Chronic Conditions - Building Blocks for Action: Global Report. Geneva, World Health Organization, Noncommunicable Diseases and Mental Health.
- Wright, K. (2005). The time is now! - The state of AIDS in Black America. Los Angeles, Black AIDS Institute.
- Young, A. (1997). The female condom - A review. Geneva, World Health Organization.

Zuber, O., P. Ntumba, N. Tshibangu and C. Kessler Bodiang (2003). AFRIMEDIA - Un nouveau projet pour prévenir le VIH/SIDA parmi les migrants de l'Afrique Subsaharienne en Suisse. Africa Link: November, 17-18.

Zuppinger, B., C. Kopp and H.-R. Wicker (2000). Interventionsplan HIV/Aids-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen. Bern, Institut für Ethnologie, Universität Bern.

10 ANHÄNGE

Die Anhänge A, D, E, F, J und M wurden im selben Wortlaut auch auf Englisch und Französisch erstellt.



Informierte Einverständniserklärung

Für die Doktorarbeit am Schweizerischen Tropeninstitut an der Universität Basel führt Iren Bischofberger Interviews durch. Dafür werden Personen gesucht, die aus Sub-Sahara Afrika stammen, in der Schweiz leben und über HIV/Aids reden möchten.

Worum geht es im Gespräch?

Um die HIV-Prävention und auch die Gesundheitsversorgung in der Schweiz verbessern zu können, muss man noch mehr darüber wissen, welche Meinung die Sub-Sahara MigrantInnen zu HIV/Aids haben. Im Rahmen des Forschungsprojektes wird deshalb untersucht, was Menschen aus Sub-Sahara Afrika über HIV und Aids denken und zu sagen haben.

Was geschieht bei der Teilnahme am Gespräch?

- Teilnahme: Das Gespräch findet zwischen der Interviewerin und der befragten Person statt. Am Schluss wird um einige Angaben (z. B. Alter, Wohnort etc.) gebeten, damit über die Befragung eine Zusammenfassung aller teilnehmenden Personen gemacht werden kann. Die Teilnehmenden müssen mindestens achtzehn Jahre alt sein.
- Dauer: Das Gespräch wird erfahrungsgemäss ein bis zwei Stunden dauern.
- Sprache: Das Gespräch kann auf Schweizerdeutsch, Hochdeutsch, Englisch oder Französisch geführt werden.
- Tonband: Damit das Gespräch schriftlich abgefasst werden kann, soll es mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet werden. Der Name der befragten Person erscheint weder auf dem Band, noch in der schriftlichen Abfassung des Gesprächs, noch in Veröffentlichungen. Ausser der Interviewerin hört nur eine weitere Person die Tonbänder ab, die bei der schriftlichen Abfassung behilflich ist. Sie steht auch unter Schweigepflicht. Nach Abschluss der Arbeit, ungefähr im Winter 2005, wird das Tonband vernichtet.
- Datenschutz: Alle Angaben, die die befragten Personen erkennbar machen könnten, werden bei der Abschrift der Tonbänder vertraulich behandelt und so verändert, dass keine Rückschlüsse

auf die befragte Person möglich sind. Die Unterlagen für die Doktorarbeit werden zuhause bei der Interviewerin in einem abgeschlossenen Schrank aufbewahrt.

Welches sind die Rechte?

- Selbstverständlich ist die Teilnahme freiwillig.
- Informationen über das Ziel der Abschlussarbeit werden abgegeben, und die Fragen zufriedenstellend beantwortet.
- Auch nach der Einwilligung kann das Gespräch frühzeitig beendet werden. Zu einzelnen Fragen kann auch keine Antwort gegeben werden. Die Angaben werden nicht weiter verwendet, wenn dies am Schluss des Gesprächs gewünscht wird. Die befragte Person kann auch jederzeit verlangen, dass die von ihr erhobenen Daten vernichtet werden. Daraus wird ihr kein Nachteil erwachsen.
- Die befragten Personen müssen den Namen nicht angeben. Jedoch werden sie gebeten, die Einwilligung zu unterschreiben (siehe nächste Seite). Die Unterschrift kann auch unleserlich sein. In Ausnahmefällen genügt auch eine mündliche Einwilligung, z.B. wenn jemand nicht schreiben kann oder keinen gültigen Aufenthaltsstatus in der Schweiz hat. Im Falle einer mündlichen Einwilligung ist eine Person anwesend, die diese mündliche Einwilligung bestätigt.
- Auf Wunsch der befragten Person wird sie nach Abschluss über die Ergebnisse der Befragung informiert. Dazu wird keine private Postadresse benötigt, aber eine Adresse, wo die Informationen bereit gelegt werden können.

Welches Risiko besteht bei der Teilnahme?

- Es ist möglich, dass während dem Gespräch und danach Gedanken auftauchen, die die befragte Person beschäftigen werden. Wer nach dem Gespräch das Bedürfnis für eine weitere Aussprache hat, kann die Interviewerin telefonisch während der Bürozeiten unter der Telefonnummer 061-321 03 69 erreichen. Falls sie nicht persönlich erreichbar ist, kann eine Nachricht auf dem Band hinterlassen werden. Die Interviewerin wird sich sobald als möglich melden. Sollte sich herausstellen, dass eine weitergehende Begleitung gewünscht wird, werden nützliche Adressen in der näheren Umgebung vermittelt.
- Die befragte Person hat selber keinen direkten Nutzen durch die Mitarbeit an der Studie.

- HIV/Aids-MediatorIn
 Sub-Sahara MigrantIn
 HIV-positive Sub-Sahara MigrantIn

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Mit der Unterschrift bestätigt die unterzeichnende Person (bestätigen die unterzeichnenden Personen), dass sie freiwillig und informiert an dem Gespräch teilnimmt (teilnehmen) und dass ihre Fragen zufriedenstellend beantwortet wurden. Die Informationen werden für die Doktorarbeit am Schweizerischen Tropeninstitut der Universität Basel verwendet.

Name/n und Vorname/n

a)

b)

Die Teilnahme ist auch möglich, ohne dass der Name (die Namen) genannt werden. Die Unterschrift genügt. Sie kann auch unleserlich sein. In Ausnahmefällen kann auch nur eine mündliche Einwilligung gegeben werden.

Ort und Datum Unterschrift 1. befragte Person

Ort und Datum Unterschrift 2. befragte Person

Ort und Datum Unterschrift Forscherin

Ein Exemplar dieser unterzeichneten Einverständniserklärung geht an die Interviewerin, ein Exemplar bleibt bei der/den befragten Person(en).

Herzlichen Dank für alle zur Verfügung gestellten Informationen!

Anhang B: Einwilligungsformular für die Geheimhaltung der Projektmitarbeitenden



Iren Bischofberger Ostenbergstrasse 15 4410 Liestal

Einwilligungsformular

Liebe / r

Ich mache dich darauf aufmerksam, dass du alle Informationen, die du im Rahmen der Transkriptionen meiner Doktorarbeit erfährst, gemäss Strafgesetzbuch Art. 321 bis. geheimhalten musst. Diese Geheimhaltung gilt auch nach Abschluss deiner Mitarbeit. Zuwiderhandlung gegen diesen StGB Artikel im Zusammenhang mit Artikel 321 kann auf Antrag mit Gefängnis oder Busse bestraft werden.

Die Transkripte müssen in anonymisierter Form an mich abgegeben werden. Dies kann auf elektronischem Weg geschehen. Den Tonträger gibst du mir nach der Transkription zurück.

Du erklärst mit deiner Unterschrift, vom Inhalt dieser Information betreffend Umfang und Bedeutung der Geheimhaltung im Rahmen deiner Mitarbeit an meiner Doktorarbeit Kenntnis genommen zu haben und erklärst dich bereit, diese Verpflichtung einzuhalten.

Name und Vorname:

Ort und Datum:

Unterschrift:

Anhang C: Eckpfeiler zum Projekt und Zusammenfassung



Iren Bischofberger Ostenbergstrasse 15 4410 Liestal

Einige Eckpfeiler zum Projekt

Titel	HIV/Aids-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz – Herausforderungen und Lösungsansätze aus Sicht der MigrantInnen
Forschungsansatz	Qualitatives Design (40 vertiefende, leitfadengestützte Interviews)
Name	Iren Bischofberger
Akademisches Niveau	Master of Science Pflegewissenschaft (Universität Basel) Master of Science in Occupational Health (University of Surrey, Guildford, UK)
Institution	Schweizerisches Tropeninstitut, Basel
Interner Referent	Prof. Dr. phil. Marcel Tanner, Direktor Schweizerisches Tropeninstitut der Universität Basel
Externer Referent	Prof Dr. med. Hansjakob Furrer, Medizinische Poliklinik, Inselspital Bern
Dissertationsleiterin	PD Dr. phil Brigit Obrist van Eeuwijk, Ethnologisches Seminar Universität Basel und Schweizerisches Tropeninstitut der Universität Basel
Expertin	Dr. med et MPH Claudia Kessler Bodiang
Eingereicht	30. Oktober 2003

ZUSAMMENFASSUNG

Im geplanten Forschungsvorhaben greift die Forscherin eine Diskussion auf, die ansatzweise seit einigen Jahren in der Schweiz geführt wird: Sub-Sahara Migration und HIV/Aids. Die Zahl der Menschen aus diesem Erdteil ist in der Schweiz während der vergangenen Dekade ständig gestiegen. Zudem sind die seit zwei Jahren angestiegenen Zahlen der HIV-Prävalenz in der Schweiz unter anderem mit Sub-Sahara MigrantInnen in Verbindung gebracht worden. Bisher wurde im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) ein Rapid Assessment mit zahlreichen Empfehlungen zu Interventionen der HIV-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen erstellt (Zuppinger, Kopp et al. 2000). Darauf basierend wurde in einem weiteren vom BAG finanzierten Projekt damit begonnen, rund 15 Sub-Sahara MigrantInnen zu HIV/Aids-MediatorInnen zu schulen, damit diese in ihren afrikanischen Gemeinschaften die HIV-Prävention vorantreiben können. Ebenso wurden – hier mit Blick auf die Sekundärprävention und die Versorgung – in zwei Studien Daten aus der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie extrahiert und analysiert. In einer dieser Studien wurden zudem qualitative Interviews mit HIV-positiven Sub-Sahara Migrantinnen aus Genf geführt.

Im vorliegenden Forschungsvorhaben soll nun dieser qualitative Ansatz weiter verfolgt werden mit dem Ziel, Hinweise für die HIV/Aids-Prävention aus der genuinen Sicht der Sub-Sahara MigrantInnen herauszuarbeiten. HIV-Prävention wird hier nicht nur als Primär-, sondern auch als Sekundär- und Tertiärprävention verstanden. Daher wird die Sicht der betroffenen Menschen soll aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet: Zum einen werden offene Interviews mit den geschulten HIV/Aids-MediatorInnen aus Sub-Sahara Afrika geführt. Zum andern werden auch Sub-Sahara MigrantInnen befragt, die sich noch kaum oder nicht spezifisch mit der HIV-Thematik auseinandergesetzt haben. Und schliesslich sollen HIV-positive Sub-Sahara MigrantInnen von ihrer eigenen Situation berichten können. Die Ergebnisse dieser Interviews werden sodann analysiert und erneut mit den HIV/Aids-MediatorInnen im Rahmen einer Fokusgruppe diskutiert. Dieses Forschungsvorgehen basiert zum einen auf Kriterien der partizipativen qualitativen Forschung, und zum andern wird die kommunikative Validierung der Daten angestrebt.

Die Resultate des Forschungsprojektes sollen sowohl den HIV/Aids-MediatorInnen Hinweise für ihre Arbeit mit Sub-Sahara MigrantInnen geben. Zudem sollen die Ergebnisse auch beratend und klinisch tätigen AkteurInnen helfen, die Situation dieser MigrantInnen besser zu verstehen.



Liestal, Frühling 2004

Stammen Sie aus Subsahara Afrika, und möchten Sie über HIV/Aids reden?

Dann möchte ich Sie gerne für ein Gespräch gewinnen!

Sehr geehrte Damen und Herren

Ich heisse Iren Bischofberger und arbeite an meiner Doktorarbeit am Schweizerischen Tropeninstitut an der Universität Basel. Für mein Forschungsprojekt möchte ich mit Personen ein Gespräch führen, die aus Subsahara Afrika stammen, in der Schweiz leben und über HIV/Aids reden möchten.

Worum geht es im Gespräch?

Um die HIV-Prävention und auch die Gesundheitsversorgung in der Schweiz verbessern zu können, müssen wir noch mehr darüber wissen, welche Meinung die Menschen aus Subsahara Afrika zu HIV/Aids haben. Im Rahmen meiner Doktorarbeit möchte ich deshalb herausfinden, was diese Menschen über das Thema HIV und Aids denken und zu sagen haben.

Was geschieht, wenn Sie am Gespräch teilnehmen?

- Fragen: Ich werde Fragen stellen wie z. B.: Was geht Ihnen durch den Kopf, wenn Sie das Wort HIV/Aids hören? Oder: Wie informieren Sie sich selber über HIV/Aids?
- Teilnahme: Das Gespräch findet zwischen Ihnen und mir statt. Wenn jedoch eine weitere Person, die Ihnen nahe steht, teilnehmen möchte, so ist dies möglich. Am Schluss werde ich um einige Angaben (z. B. Alter, Wohnort etc.) bitten, damit ich über die Befragung eine Zusammenfassung aller teilnehmenden Personen machen kann. Für die Teilnahme sollten Sie und allenfalls die weitere Person mindestens 18 Jahre alt sein. Sie können erst seit kurzem oder schon länger in der Schweiz leben.
- Zeitraum: Ich möchte die Gespräche zwischen Januar und Mai 2004 führen.
- Dauer: Das Gespräch wird erfahrungsgemäss ein bis zwei Stunden dauern.
- Ort: Das Gespräch kann bei Ihnen zuhause oder an einem anderen von Ihnen gewünschten Ort stattfinden, wo es ruhig und ungestört ist.

- Sprache: Das Gespräch kann auf Schweizerdeutsch, Hochdeutsch, Englisch oder Französisch geführt werden. Englische und französische Informationsblätter sende ich bei Bedarf gerne zu.
- Tonband: Damit ich unser Gespräch schriftlich abfassen kann, möchte ich es mit einem Tonbandgerät aufzeichnen. Ihr Name erscheint weder auf dem Band, noch in der schriftlichen Abfassung des Gesprächs, noch in Veröffentlichungen. Ausser mir hört nur eine weitere Person die Tonbänder ab, die mir bei der schriftlichen Abfassung behilflich ist. Sie steht auch unter Schweigepflicht. Nach Abschluss der Arbeit, ungefähr im Winter 2005, werde ich das Tonband vernichten.
- Datenschutz: Alle Angaben, die Sie als Person erkennbar machen könnten, werden ich und die Person, die mir bei der Abschrift der Tonbänder hilft, vertraulich behandeln und so verändern, dass keine Rückschlüsse auf Sie möglich sind. Die Unterlagen für die Abschlussarbeit bewahre ich bei mir zuhause in einem abgeschlossenen Schrank auf.

Welches sind Ihre Rechte?

- Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme freiwillig.
- Sie können auch nach Ihrer Einwilligung das Gespräch frühzeitig beenden oder zu einzelnen Fragen keine Antwort geben. Ihre Angaben werden nicht weiter verwendet, wenn Sie dies am Schluss des Gesprächs wünschen.
- Auf Ihren Wunsch informiere ich Sie nach Abschluss gerne über die Ergebnisse der Befragung.

Welches Risiko gehen Sie bei einer Teilnahme ein?

- Es ist möglich, dass während dem Gespräch und danach Gedanken auftauchen, die Sie beschäftigen werden. Allerdings kann es wohltuend sein, mit jemandem über das Thema HIV/Aids zu sprechen.

Wie geht es weiter, wenn Sie mitmachen möchten?

- Sie füllen den beiliegenden Talon aus und senden ihn an meine Adresse (siehe oben), oder Sie senden mir eine e-mail. Ich werde mich dann bei Ihnen melden, um weitere Details für das Gespräch zu besprechen.

Ich danke Ihnen für Ihr Interesse an dieser Studie und stehe Ihnen gerne für allfällige Fragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Iren Bischofberger

Antworttalon

Mit Ihren Angaben, die Sie mir zukommen lassen, erklären Sie sich damit einverstanden, dass ich mit Ihnen Kontakt aufnehmen darf, um das weitere Vorgehen besprechen zu können.

Frau Herr

Name und Vorname

Adresse

Telefonnummer

E-Mail Adresse:

Ort und Datum

Bitte senden Sie den Talon an:

Iren Bischofberger, Ostenbergstrasse 15, 4410 Liestal

Telefon 061-321 03 69

Telefax 086-061-321 03 69

e-mail: ib@email.ch



Liestal, Frühling 2004

**Stammen Sie aus Subsahara Afrika, sind HIV-positiv und möchten über
HIV/Aids reden?**

Dann möchte ich Sie gerne für ein Gespräch gewinnen!

Sehr geehrte Damen und Herren

Ich heisse Iren Bischofberger, bin Krankenschwester und arbeite an meiner Doktorarbeit am Schweizerischen Tropeninstitut an der Universität Basel. Für mein Forschungsprojekt möchte ich mit Personen ein Gespräch führen, die aus Subsahara Afrika stammen, HIV-positiv sind, in der Schweiz leben und über HIV/Aids reden möchten.

Worum geht es im Gespräch?

Um die HIV-Prävention und auch die Gesundheitsversorgung für Menschen von Subsahara Afrika in der Schweiz zu verbessern, müssen wir noch mehr darüber wissen, welche Meinung diese Menschen zu HIV/Aids haben. Im Rahmen meiner Doktorarbeit möchte ich deshalb herausfinden, was Menschen aus Subsahara Afrika über das Thema HIV und Aids denken und zu ihrer eigenen Situation zu sagen haben.

Was geschieht, wenn Sie am Gespräch teilnehmen?

- Fragen: Ich werde Fragen stellen wie z. B.: Was hat sich in Ihrem Leben verändert, seit Sie von Ihrer HIV-Infektion wissen? Oder: Wie informieren Sie sich selber zu HIV/Aids?
- Teilnahme: Das Gespräch findet zwischen Ihnen und mir statt. Wenn jedoch eine weitere Person, die Ihnen nahe steht, teilnehmen möchte, ist dies möglich. Am Schluss werde ich um einige Angaben (z. B. Alter, Wohnort etc.) bitten, damit ich über die Befragung eine Zusammenfassung aller teilnehmenden Personen machen kann. Für die Teilnahme sollten Sie und allenfalls die

weitere Person mindestens achtzehn Jahre alt sein. Sie können erst seit kurzem oder schon länger in der Schweiz leben.

- Zeitraum: Ich möchte das Gespräch zwischen Januar und Mai 2004 führen.
- Dauer: Das Gespräch wird erfahrungsgemäss ein bis zwei Stunden dauern.
- Ort: Das Gespräch kann bei Ihnen zuhause oder an einem anderen von Ihnen gewünschten Ort stattfinden, wo es ruhig und ungestört ist.
- Sprache: Das Gespräch kann auf Schweizerdeutsch, Hochdeutsch, Englisch oder Französisch geführt werden. Englische oder französische Informationsblätter gebe ich auf Anfrage gerne ab.
- Tonband: Damit ich unser Gespräch schriftlich abfassen kann, möchte ich es mit einem Tonbandgerät aufzeichnen. Ihr Name erscheint weder auf dem Band, noch in der schriftlichen Abfassung des Gesprächs, noch in Veröffentlichungen. Ausser mir hört nur eine weitere Person die Tonbänder ab, die mir bei der schriftlichen Abfassung behilflich ist. Sie steht auch unter Schweigepflicht. Nach Abschluss der Arbeit, ungefähr im Winter 2005, werde ich das Tonband vernichten.
- Datenschutz: Alle Angaben, die Sie als Person erkennbar machen könnten, werden ich und die Person, die mir bei der Abschrift der Tonbänder hilft, vertraulich behandeln und so verändern, dass keine Rückschlüsse auf Sie möglich sind. Die Unterlagen für die Abschlussarbeit bewahre ich bei mir zuhause in einem abgeschlossenen Schrank auf.

Welches sind Ihre Rechte?

- Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme freiwillig.
- Sie können auch nach Ihrer Einwilligung das Gespräch frühzeitig beenden oder zu einzelnen Fragen keine Antwort geben. Ihre Angaben werden nicht weiter verwendet, wenn Sie dies am Schluss des Gesprächs wünschen.
- Auf Ihren Wunsch informiere ich Sie nach Abschluss gerne über die Ergebnisse der Befragung.

Welches Risiko gehen Sie bei einer Teilnahme ein?

- Es ist möglich, dass während dem Gespräch und danach Gedanken auftauchen, die Sie beschäftigen werden. Allerdings kann es wohltuend sein, mit jemandem über das Thema HIV/Aids zu sprechen.

Wie geht es weiter, wenn Sie mitmachen möchten?

- Sie füllen den beiliegenden Talon aus und senden ihn an meine Adresse (siehe oben), oder Sie senden mir eine e-mail. Ich werde mich dann bei Ihnen melden, um Details zum Gespräch zu besprechen.

Ich danke Ihnen für Ihr Interesse an dieser Studie und stehe Ihnen gerne für allfällige Fragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüsse

Iren Bischofberger

Antworttalon

Mit Ihren Angaben, die Sie mir zukommen lassen, erklären Sie sich damit einverstanden, dass ich mit Ihnen Kontakt aufnehmen darf, um das weitere Vorgehen besprechen zu können.

Frau Herr

Name und Vorname

Adresse

Telefonnummer

E-Mail Adresse:

Ort und Datum

Bitte senden Sie den Talon an:

Iren Bischofberger, Ostenbergstrasse 15, 4410 Liestal

Telefon 061-321 03 69

Telefax 086-061-321 03 69

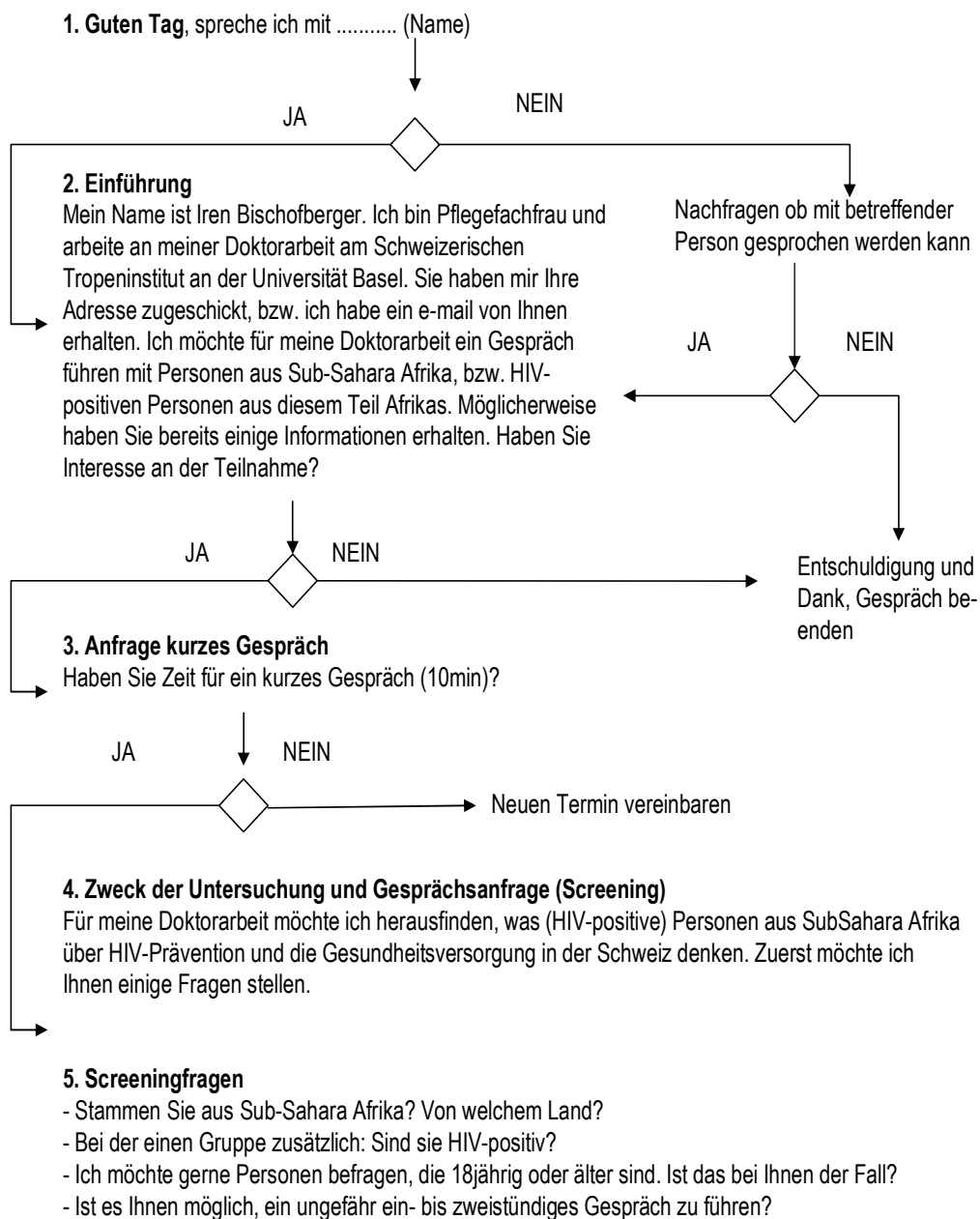
e-mail: ib@email.ch

Anhang F: Telefonleitfaden

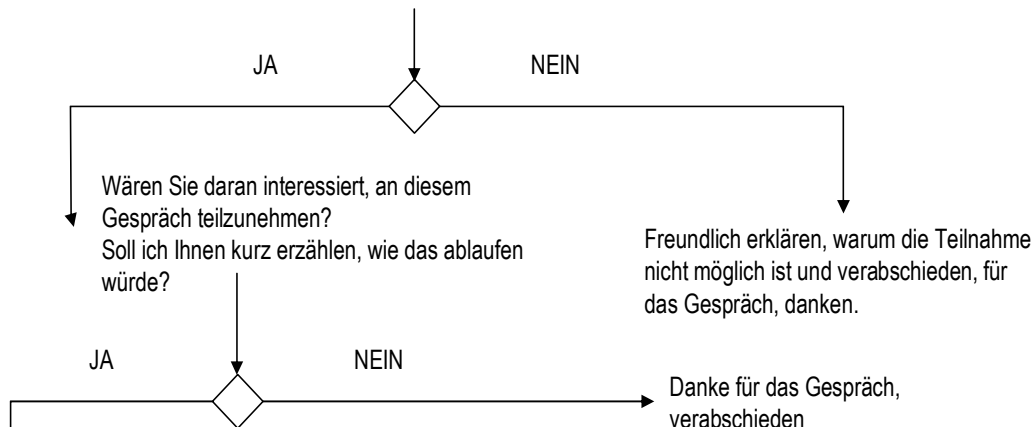
(Dank an Dunja Nicca, für die ursprüngliche Version dieser graphischen Vorlage)

Dissertation am Schweizerischen Tropeninstitut an der Universität Basel

Iren Bischofberger

Anhang F1: Leitfaden für das Telefongespräch mit (HIV-positiven) Sub-Sahara MigrantInnen

6. Antworten der Screeningfragen stimmen mit den Einschlusskriterien zur Untersuchung überein:

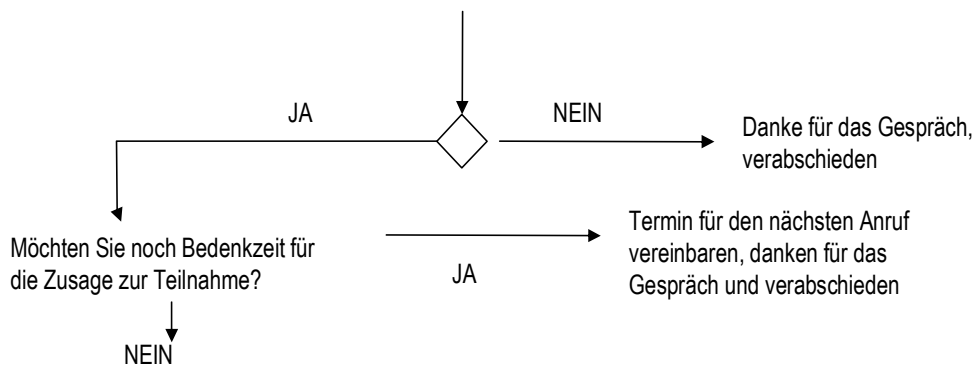


7. Untersuchung und Gesprächsanfrage

Am Gespräch können die Person aus Sub-Sahara Afrika alleine oder eine weitere vertraute Person teilnehmen. Wenn Sie möchten, werde ich Ihnen zum voraus den Leitfaden für das Gespräch zuschicken, damit Sie sich vorstellen können, welche Fragen ich stellen möchte. Sie können dann aber im Gespräch frisch von der Leber antworten, was Ihnen dazu einfällt. Das Gespräch wird erfahrungsgemäss etwa eine bis zwei Stunde/n dauern.

Ich möchte das Gespräch auf Tonband aufzeichnen, damit ich es danach schriftlich abfassen kann. Das Tonband wird am Ende der Doktorarbeit vernichtet, d.h. ungefähr im Winter 2005.

Ihre Teilnahme ist freiwillig, und Sie können jederzeit abbrechen oder Fragen nicht beantworten. Das Gespräch kann wohltuend sein, es können aber auch Gefühle aufkommen, die Sie beschäftigen werden. Können Sie sich weiterhin vorstellen, an der Untersuchung teilzunehmen?



Eventuell: Ich werde Ihnen also den Leitfaden zuschicken.

Am Gesprächstermin bringe ich noch eine Einverständniserklärung mit, die Sie bitte unterschreiben. Dieses Dokument werde ich nach dem durchgeführten Gespräch mitnehmen und Ihnen ein Exemplar dalassen.

Termin und Ort vereinbaren

Ich werde Sie kurz vor dem Gespräch nochmals anrufen, um allfällige Fragen zu klären und zu erfahren, wie viele Personen definitiv am Gespräch teilnehmen werden. Danken für das Gespräch und verabschieden.

Anhang G: Gesprächsleitfaden für das Einzelinterview mit geschulten HIV/Aids MediatorInnen

1. Vor dem Gespräch

- Begrüssung und Vorstellung
- „Anwärmphase“
- Ziel des Gesprächs und allfällige Fragen klären (Zeitrahmen, informierte Einwilligung)

2. Thematische Gestaltung des Gesprächs

a) Fragen zur Arbeit generell

- Sie haben Ihre Arbeit als MediatorIn aufgenommen (bei AFRIMEDIA im September 2003, bei Multicolore im Sommer 2002). Wie geht es Ihnen dabei?
- Wie ist es dazu gekommen, dass Sie diese Arbeit machen?

b) Fragen zu HIV/Aids

- Ueber welche Themen reden Sie mit den Sub-Sahara MigrantInnen? Und welche Themen rund um HIV/Aids lösen besonders viel Diskussionsbedarf aus?
- Bei welchen Themen stossen Sie in den Gesprächen an Grenzen? Gibt es Themen, die sie nicht ansprechen können?
- Wie greifen Sie das Thema Sexualität und Sexualeben auf? Und wie erleben Sie dabei allfällige Tabus?
- Was erzählen Ihnen die Leute, weshalb sie sich beim Geschlechtsverkehr schützen, bzw. nicht schützen wollen/können?
- Inwiefern beeinflusst der religiöse Glaube die HIV-Prävention?
- Wie erleben Sie die Gefahr vor Stigmatisierung des Themas HIV/Aids in Ihrer Arbeit? Und spezifisch bei den Menschen, mit denen Sie in der HIV-Präventionsarbeit zu tun haben?
- Was denken Sie ist anders, wenn eine Person wie Sie, die selber afrikanischer Herkunft ist, die HIV-Prävention macht, als wenn es jemand aus Europa tut?
- Was erleben Sie selber an solchen Gesprächen? Wie geht es Ihnen persönlich dabei? Kommen Ihnen vielleicht Zweifel zu bestimmten Themen/Fragen?
- Was begünstigt nach Ihrer Ansicht eine HIV-Infektion bei Menschen aus Afrika?
- Wie müsste nach Ihrer Meinung die HIV-Prävention sein, damit sie erfolgreich ist?
- Es gibt verschiedene Ideen dazu, wo sich Menschen aus Afrika mit HIV anstecken, z.B. im Herkunftsland, auf der Reise, in der Schweiz? Wie denken Sie darüber?

- Wie gehen Sie damit um, dass die HIV-Prävention hier in der Schweiz auf ein westliches Verständnis von Infektion baut. Wie überbringen sie diese Botschaft?
- Wie ist die Akzeptanz wenn Sie bei Ihrer Präventions-Arbeit Kondome verteilen?
- Wenn Sie jemandem begegnen, der HIV-positiv ist oder Aids hat, welche Gedanken und Gefühle haben sie dann?
- Was denken Sie, was konkret brauchen HIV-positive MigrantInnen aus Afrika, wenn sie in der Schweiz leben?

c) Fragen zum konkreten Vorgehen der HIV/Aids-Präventionsarbeit:

- Können Sie mir erzählen, was Sie genau machen, wenn Sie mit Sub-Sahara MigrantInnen über HIV/Aids diskutieren? Wie erleichtern Sie die Diskussion?
- Welche Materialien/Informationsmittel benützen Sie dazu?
- Wie begegnen Sie den Menschen, die Sie ansprechen möchten, persönlich, über Radio, Zeitungen etc.?
- Treffen Sie dieselben Leute mehrmals? Falls ja, wann ist das der Fall?
- Wie sieht für Sie eine erfolgreiche HIV-Prävention bei/mit Sub-Sahara MigrantInnen aus?
- Was machen Sie, wenn Sie jemandem von der Sub-Sahara Region begegnen, der/die bereits HIV-positiv ist oder Aids hat?
- Wie arbeiten Sie mit anderen Institutionen / Personen (inner- und ausserhalb des HIV/Aids-Bereichs) zusammen?
- Wie aktualisieren Sie Ihr eigenes Wissen zu HIV/Aids?

d) Fragen zur Zielgruppe

- Wie gehen Sie vor, damit Sie Sub-Sahara MigrantInnen für die HIV-Prävention finden und informieren können?
- Gibt es bestimmte Personen, die Sie besonders ansprechen möchten, z.B. Jugendliche, Frauen, AsylbewerberInnen etc.?
- Wo treffen Sie Ihre Zielgruppe, um über HIV/Aids zu informieren?
- Wie gehen sie HIV/Aids-Themen an, wenn Sie gemischte Gruppen haben (z.B. Männer und Frauen zusammen)?

e) Fragen zum sozialen Umfeld

- Wie reagieren Ihre FreundInnen und Verwandte darauf, wenn Sie von Ihrer HIV/Aids-MediatorInnen-Arbeit erfahren?

- Wie reden Sie über HIV/Aids in Ihrer eigenen Familie? (sowohl hier in der Schweiz als allenfalls auch in Afrika, oder dort wo Ihre Familienmitglieder leben)
- Wie erleben Sie bei Ihrer HIV-Präventionsarbeit, wie bei den Sub-Sahara MigrantInnen über die Familie/Freunde gesprochen wird?

f) Fragen nach Ressourcen für die HIV/Aids-Präventionsarbeit

- Wer hilft Ihnen bei Ihrer Präventionsarbeit?
- Welche Erfahrungen haben Sie bei dieser Hilfe gemacht?
- An wen können Sie sich wenden, wenn Sie weitere Informationen brauchen?
- Welche Hilfen nehmen Sie in Anspruch?
- Brauchen Sie Hilfe, die aber nicht zugänglich ist?

g) Abschliessende Fragen

- Gibt es noch etwas Wichtiges, das Sie erzählen möchten?
- Haben Sie noch Fragen, Anregungen?
- Wie war das Gespräch für Sie?
- Hätten Sie allenfalls Interesse, in einem weiteren Gruppengespräch mit anderen befragten MediatorInnen teilzunehmen? Ziel wäre es, in der Gesprächsgruppe die von mir zusammengetragenen Ergebnisse zu diskutieren und zu kommentieren.

3. Nach dem Gespräch:

Formular „demographische Angaben“ gemeinsam ausfüllen

Anhang H: Gesprächsleitfaden für das Interview mit Sub-Sahara MigrantInnen

(Die Fragen gelten auch dann, wenn zwei oder drei Personen am Interview teilnehmen.)

1. Vor dem Gespräch

- Begrüssung und Vorstellung
- „Anwärmphase“
- Ziel des Gesprächs und allfällige Fragen klären (Zeitrahmen, informierte Einwilligung)

2. Thematische Gestaltung des Gesprächs

a) Fragen generell

- Welche Informationen haben Sie bereits zum Interview?
- Haben Sie noch Fragen, bevor wir das Gespräch aufnehmen?

b) Fragen spezifisch zu HIV/Aids

Allgemein

- Was geht Ihnen durch den Kopf, wenn sie den Begriff HIV/Aids hören?

Information HIV/Aids

- Haben Sie schon irgendwo Informationen über dieses Thema gesehen oder gehört? Falls ja, wo und was?
- Wie informieren Sie sich selber zu HIV/Aids?
- Sprechen Sie mit jemandem über dieses Thema? Falls ja, mit wem und worüber genau?

HIV Ansteckungsprävention

- Wie sollte man nach Ihrer Meinung die HIV-Infektion verhüten?
- Wie müsste nach Ihrer Meinung die HIV-Prävention sein, damit sie erfolgreich ist?
- Würden Sie lieber getrennt Frauen/Männer an einer Präventionsveranstaltung teilnehmen oder gemeinsam?
- Wenn Sie eine Präventionsveranstaltung besuchen würden, welche Fragen würden Sie stellen?
- Welche Person(en) sollte(n) die HIV-Prävention durchführen, bzw. wer ist besonders glaubwürdig, und auf wen hört man in der afrikanischen Gemeinschaft hier in der Schweiz?
- Was denken Sie, gibt es Unterschiede für die Ansteckungsgefahr bei Frauen und bei Männern?
- Welchen Einfluss hat der religiöse Glaube auf die HIV-Prävention?
- Wo würden Sie jemandem empfehlen Kondome zu kaufen?

- Worauf schauen Sie beim Kondomkauf?

HIV-Test

- Wie lange sollte man mit Kondomen Geschlechtsverkehr haben, bevor man den HIV-Test macht?
- Wie kann man afrikanische Menschen zu einem HIV-Test motivieren?
- Wie kann man Frauen einerseits und Männer andererseits für die Verwendung von Kondomen motivieren?
- Kennen Sie jemanden, der den Test schon gemacht hat? Falls ja, was hat sich diese Person für Gedanken gemacht?
- Kennen Sie die Möglichkeit eines anonymen HIV-Tests?
- Haben Sie die Diskussion in den Schweizer Medien zu den HIV-Tests bei Asylbewerbern mit bekommen? Falls ja, was denken Sie darüber?

HIV-positive Menschen

- Wenn Sie jemandem begegnen, der HIV-positiv ist oder Aids hat, welche Gedanken und Gefühle haben Sie dann?
- Was denken Sie, was konkret brauchen HIV-positive MigrantInnen aus Afrika, wenn sie hier in der Schweiz leben?
- Wenn Sie selber HIV-positiv wären, würden Sie gerne von Landsleuten erfahren, die in derselben Situation sind, oder von Landsleuten, die Sie unterstützen könnten? Oder würden Sie den Kontakt zu Landsleuten eher vermeiden?

c) Fragen zum sozialen Umfeld

- Reden Sie mit Ihrer Familie über HIV/Aids? Falls ja, wie? (sowohl hier in der Schweiz als allenfalls auch in Afrika, oder dort wo Ihre Familienmitglieder leben)
- Wie reagieren Ihre FreundInnen und Verwandte darauf, falls Sie mit Ihnen über HIV/Aids sprechen?

d) Abschliessende Fragen

- Gibt es noch etwas Wichtiges, das Sie erzählen möchten?
- Haben Sie noch Fragen, Unklarheiten, Anregungen?
- Wie war das Gespräch für Sie?

3. Nach dem Gespräch:

Formular „demographische Angaben“ gemeinsam ausfüllen

Anhang I: Gesprächsleitfaden für das Interview mit HIV-positiven Sub-Sahara MigrantInnen

(Leitfaden gilt auch, wenn mehr als eine Person teilnimmt, je nach Vorinformationen)

1. Vor dem Gespräch

- Begrüssung und Vorstellung
- „Anwärmphase“
- Ziel des Gesprächs und allfällige Fragen klären (Zeitrahmen, informierte Einwilligung)

2. Thematische Gestaltung des Gesprächs

c) Fragen generell

- Wie geht es Ihnen zurzeit?
- Erzählen Sie mir bitte zuerst ein wenig über Ihr Leben in der Schweiz.

d) Fragen spezifisch zu HIV/Aids

- Wenn Sie gesundheitliche Probleme haben, wo holen Sie Hilfe?
- Erzählen Sie mir bitte von der ärztlichen und pflegerischen Betreuung (falls Sie diese in Anspruch nehmen).
- Was können Sie selber tun, damit sich die HIV-Infektion bei Ihnen nicht weiter ausbreitet?
- Was hat sich in Ihrem Leben verändert, seit Sie von Ihrer HIV-Infektion wissen?
- Manche HIV-positiven MigrantInnen aus Afrika haben schon verletzende Erfahrungen in bezug auf ihre Krankheit gemacht. Wie ist das bei Ihnen?
- Was brauchen Sie jetzt konkret an Hilfe? (z.B. Beratung, Instruktion, Materielles, Selbsthilfegruppe?)
- Wie informieren Sie sich selber zu HIV/Aids?
- Weshalb glauben Sie sind Menschen aus Afrika besonders gefährdet für eine HIV-Infektion?
- Wie müsste die HIV-Verhütung sein, damit sie erfolgreich ist?
- Inwiefern beeinflusst der religiöse Glaube die HIV-Prävention?
- Es gibt verschiedene Ideen dazu, wo sich Menschen aus Afrika mit HIV anstecken, z.B. im Herkunftsland, auf der Reise, in der Schweiz? Wie denken Sie darüber?

c) Fragen zum sozialen Umfeld

- Sprechen Sie mit jemandem über dieses Thema? Falls ja, mit wem und worüber genau?
- Reden Sie über HIV/Aids in Ihrer Familie, wenn ja worüber genau? (sowohl hier in der Schweiz als allenfalls auch in Afrika, oder dort wo Ihre Familienmitglieder leben)

- Gibt es Themen rund um HIV/Aids, die Sie mit Ihrer Familie nicht besprechen würden? Falls ja, welche sind das?
- Wie reagieren Ihre FreundInnen darauf, wenn über HIV/Aids gesprochen wird?

d) Abschliessende Fragen

- Gibt es noch etwas Wichtiges, das Sie erzählen möchten?
- Haben Sie noch Fragen, Unklarheiten, Anregungen?
- Wie war das Gespräch für Sie?

3. Nach dem Gespräch:

Formular „demographische Angaben“ gemeinsam ausfüllen



Liestal, Januar 2005

Sind Sie HIV/Aids MediatorIn?

Dann möchte ich Sie gerne für ein Gruppengespräch gewinnen!

Sehr geehrte Damen und Herren

Ich heisse Iren Bischofberger, bin Krankenschwester und arbeite an meiner Doktorarbeit am Schweizerischen Tropeninstitut an der Universität Basel. Für mein Forschungsprojekt habe ich bereits mit diversen HIV/Aids MediatorInnen sowie MigrantInnen von Sub-Sahara Afrika ein Interview führen können. Unterdessen sind die Ergebnisse weitgehend analysiert. Nun möchte ich als nächsten Schritt mit Ihnen zusammen diese Ergebnisse diskutieren.

Worum geht es im Gespräch?

Um die HIV-Prävention und auch die Gesundheitsversorgung für verschiedene Gruppen in der Schweiz verbessern zu können, müssen wir noch mehr darüber wissen, welche Meinung die Menschen dieser Gruppen zu HIV/Aids haben. Solche Meinungen sind in den Interviews vielfach geäußert worden. Es geht nun darum, dass Sie sich die Vielfalt der Ergebnisse anschauen und kommentieren.

Was geschieht, wenn Sie am Gespräch teilnehmen?

- Fragen: Ich werde Fragen stellen wie z.B.: Ich habe gesehen, dass das Thema Diskriminierung von HIV-positiven Menschen innerhalb der afrikanischen Gemeinschaft bei allen drei Gruppen immer wieder auftaucht. Was denken Sie dazu?
- Teilnahme: Das Gespräch findet mit maximal 6 MediatorInnen statt. Am Schluss werde ich um einige Angaben (z. B. Alter, Wohnort etc.) bitten, damit ich über die Befragung eine Zusammenfassung aller teilnehmenden Personen machen kann. Für die Teilnahme sollten Sie mindestens achtzehn Jahre alt sein.
- Zeitraum: Ich möchte die Gespräche ungefähr im Frühjahr 2005 führen.
- Dauer: Das Gespräch wird erfahrungsgemäss eineinhalb bis zwei Stunden dauern.
- Ort: Je nachdem woher die MediatorInnen kommen, werde ich einen ruhigen Raum organisieren. Vermutlich wird dies in Zürich sein.

- Sprache: Je nachdem, wer sich für das Gespräch interessiert wird das Gruppengespräch auf englisch oder deutsch geführt.
- Tonband: Damit ich unser Gespräch schriftlich abfassen kann, möchte ich es mit einem Tonbandgerät aufzeichnen. Ihr Name erscheint weder auf dem Band, noch in der schriftlichen Abfassung des Gesprächs, noch in Veröffentlichungen. Damit ich das Gespräch leiten kann, wird noch eine weitere Person anwesend sein, die Notizen macht. Ausser mir hört nur eine weitere Person die Tonbänder ab, die mir bei der schriftlichen Abfassung behilflich ist. Sie steht auch unter Schweigepflicht. Nach Abschluss der Arbeit, ungefähr im Winter 2005, werde ich das Tonband vernichten.
- Datenschutz: Alle Angaben, die Sie als Person erkennbar machen könnten, werden ich und die Person, die mir bei der Abschrift der Tonbänder hilft, vertraulich behandeln und so verändern, dass keine Rückschlüsse auf Sie möglich sind. Die Unterlagen für die Doktorarbeit bewahre ich bei mir zuhause in einem abgeschlossenen Schrank auf.

Welches sind Ihre Rechte?

- Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme freiwillig.
- Sie können auch nach Ihrer Einwilligung das Gespräch frühzeitig beenden oder zu einzelnen Fragen keine Antwort geben. Ihre Angaben werden nicht weiter verwendet, wenn Sie dies am Schluss des Gesprächs wünschen.
- Auf Ihren Wunsch informiere ich Sie nach Abschluss gerne über die Ergebnisse der Befragung.

Welches Risiko gehe ich bei einer Teilnahme ein?

- Es ist möglich, dass während dem Gespräch und danach Gedanken auftauchen, die Sie beschäftigen werden. Allerdings kann es wohltuend sein, in einer Gruppe von MediatorInnen über das Thema HIV/Aids zu sprechen.

Wie geht es weiter, wenn ich mitmachen möchte?

- Sie füllen den beiliegenden Talon aus und senden ihn an meine Adresse (siehe oben), oder Sie senden mir eine e-mail. Ich werde mich dann bei Ihnen melden.

Ich danke Ihnen weiterhin für Ihr Interesse an dieser Studie, stehe Ihnen gerne für allfällige Fragen zur Verfügung und grüsse Sie freundlich.

Iren Bischofberger

Antworttalon

Mit Ihren Angaben, die Sie mir zukommen lassen, erklären Sie sich damit einverstanden, dass ich mit Ihnen Kontakt aufnehmen darf, um das weitere Vorgehen besprechen zu können.

Name und Vorname

Adresse

Telefonnummer

E-Mail Adresse:

Ort und Datum

Bitte senden Sie den Talon an:

Iren Bischofberger, Ostenbergstrasse 15, 4410 Liestal

Telefon 061-321 03 69

Telefax 086-061-321 03 69

e-mail: ib@email.ch

Anhang K: Diskussionspunkte für Fokusgruppengespräch mit MediatorInnen

I. Schlüsselsätze aus den Interviews diskutieren

1. HIV-Test machen ist nicht einfach

"Il faut rendre attentif que le fait de faire un test c'est pas quelque chose d'anodin, c'est pas comme aller faire ses courses à la Migros." (23 W)

2. Kondom als Schutz auf der Jagd

"C'est bien à utiliser des exemples du pays, comme quand on va à la chasse on oublie pas tel élément... C'est la même chose quand on va avoir des rapports avec une personne qu'on ne connaît pas, il faut surtout pas oublier, avant d'aller à la chasse d'une femme, n'oubliez pas votre matériel, votre instrument de protection, c'est un peu ça souvent qui ressort. Donc faire un peu le parallèle comme aller à la chasse." (23 W)

3. HIV als Partner im Körper

"Comme certaines personnes séropositives savent bien le dire. C'est un partenaire qui peut être à vie, et savoir dire qui est le plus fort, qu'on peut le contrôler. Que c'est pas forcément ce partenaire là qui va me prendre la vie." (23 W)

4. HIV-positiv sein ist nicht krank sein

"On les informe que être séropositif, c'est pas du tout être malade, c'est être porteur d'un virus qui dort dans l'organisme, c'est vraiment d'utiliser le vocabulaire le plus simple et clair possible. Il dort dans le corps et qu'on ne sait pas quand il peut se réveiller, et peut être avec un peu de chance, ça va jamais se réveiller un jour." (23 W)

5. Aids ist weit weg

"Mais pour eux aussi c'est une maladie qui est lointaine, du moins dans ma famille, parce qu'ils n'ont jamais vu une personne de leur entourage qui a le sida. Ils n'entendent ça que de la radio ou de la télé. Donc pour eux, quand tu en parles, c'est comme si tu leur parles de Paris alors que tu es en Afrique. Ils ne sont jamais allé à Paris ... et ils ne viendront jamais à Paris. Donc pour eux c'est vraiment du vent." (39Mm)

6. Nutzen von AFRIMEDIA

"Notre projet, c'est bien beau, Claudia, elle bosse bien, nous tous, on essaie de faire de notre mieux, mais ça c'est une goutte d'eau dans le vase." (39Mm)

7. Kondom benützen

"On a fait : Ça, ça ce n'est pas de la décoration pour...ça. Ce n'est pas de la décoration seulement pour avoir du sexe postmoderne." (37Kk)

8. Herkunft des Virus:

"Moi je dis: Je n'ai jamais vu le virus dans le microscope, je ne sais pas qui l'a fabriqué. Peut être que c'est fabriqué, peut être que c'est venu comme ça. C'est vraiment pas le sujet qui me fait prendre mon vélo pour traverser la ville, quoi." (37Kk)

9. Aids als Notfall:

"Ich weiss selber, dass es nicht angenehm ist, über Aids zu sprechen. Es ist auch nicht angenehm für mich. Ist gar nicht lustig. Aber es gibt einen Notfall. Wir müssen darüber sprechen." (9 I)

10. Religion und Aids

"Das Virus schaut nicht, wer Muslim ist, wer katholisch ist und so. Bei uns hat Krankheit keine Religion." (9 I)

11. Im Sarg nach Afrika zurückkehren

"Und stell dir mal vor, du bist hier. Du bist gesund geblieben, und da bist du in die Schweiz gekommen zu leben. Und plötzlich bist du krank, weil du einfach nicht aufgepasst hast. Und am Schluss gehst du zurück. Also du bist in die Schweiz gekommen im Flugzeug, lebendig - gehst du zurück im Sarg. Die Karten sind auf dem Tisch, jetzt kannst du mal auswählen, was du nehmen willst." (6F)

II. Präventionsaktivitäten diskutieren und Erfahrungen dabei

Orte	Methode	Material
Afrikanische Feste und Festivals Afrikanische Läden Asyl-Durchgangszentren Asyl-Empfangsstellen Offene Halle am Bahnhof Bars am Bahnhof Bar in der Stadt Bordell Coiffeursalon Disco Flughafen Flussufer Kirchen Kirchgemeindehaus Offene Strasse Park Permanence Privatwohnungen Stand vor einem afrikanischen Laden Verankertes Schiff im Hafen	Vortrag halten "Konferenz" veranstalten Diskutieren von Broschüreninhalt Diskutieren über Prävention am Fernsehen und Radio Fragen aus dem Publikum beantworten Fragen im Plenum stellen lassen Präventionsmaterial immer bei sich haben Material im Restaurant hinlegen Präventionsmaterial verteilen Kondome verteilen Permanence téléphonique Wahl der Sprache, Nationalität, Geschlecht Prävention in normale Begegnungen integrieren Im Rollenspiel sensibilisieren Marionettentheater und Sketch organisieren Vormachen-Nachahmen Wettbewerb zum HIV-Wissen durchführen Zum Lesen auffordern Über Lustiges reden	Adresslisten von Beispielen aus der MediatorInnenarbeit erzählen Broschüren Femidom Gleitmittel Holzpenis Illustrationen im BAG-Buch Kondome Tabelle für Kondomgrösse Quiz zu HIV/Aids-Wissen Theaterstücke Video <i>Fehlendes Material:</i> Bedruckte Stoffe Kampagne aptieren von Frankreich (hat mehr Zeichnungen) Karikatur zeichnen lassen Etwas zum Lachen

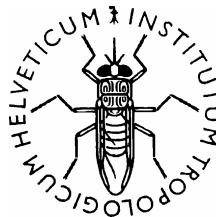
Anhang L: Raster für Interviewprotokoll

Code No.

Datum

Gesprächssituation*Allgemeiner Eindruck***Situation TeilnehmerIn***Jetzige Wohnsituation**Familiensituation / soziale Situation**Rekrutierungssituation***Einprägsame Aussagen:****Win-Win:****Fazit:****Weiteres Vorgehen:**

Name / Datum



Swiss Tropical Institute
Institut Tropical Suisse
Schweizerisches Tropeninstitut

HIV-PRIMÄRPRÄVENTION UND SUBSAHARA MIGRATIONSGEMEINSCHAFTEN

Literaturanalyse und Empfehlungen für die Schweiz



"Mit dem AFRIMEDIA Projekt verlassen wir das Schema des allwissenden Weissen, der den Schwarzen alles beibringen muss. Ich glaube, der wichtigste Teil unserer Arbeit besteht in der Art, wie wir die Informationen vermitteln: Wir benutzen eine einfache, bildreiche Sprache."

Chantal Ngarambe Buffat, AFRIMEDIA Mediatorin, Lausanne

Warum die Literaturübersicht?

Die HIV-Prävention war in der Schweiz trotz der epidemiologischen Entwicklung in den 1990er Jahren kaum auf afrikanische Zielgruppen ausgerichtet. Der Anteil MigrantInnen aus Subsahara Afrika bei den **HIV-positiven Testresultaten** stieg von 4.5 % in der Zeitperiode 1988 - 1992 auf 37 % im Jahr 2005 bei einem Bevölkerungsanteil in der Schweiz von rund 0.7 %.

Wie wurde sie durchgeführt?

Literaturrecherche in der Zeitperiode 1985 – 2006; europäische Dokumente, Sprachen deutsch, französisch, englisch; publizierte und graue Literatur; thematische Inhaltsanalyse

Wichtigste Ergebnisse

Partizipation ist ein wichtiges Element in Praxis- und Forschungsprojekten, damit sich Subsahara MigrantInnen mit den Präventionsinterventionen identifizieren und ihre Ideen in die Projekte integrieren können. Zudem haben sie dadurch die Möglichkeit, Diskriminierungstendenzen in der Primärprävention frühzeitig zu erkennen und anzugehen.

Zielgruppenorientierung ist wichtig, zunehmend sind mehr Details ersichtlich zu spezifischen Gruppen wie Asylsuchenden und Flüchtlingen, Menschen verschiedener Nationen, Frauen, hetero- und homosexuellen Männern sowie Ju-

gendlichen und Familien. Präventionsanstrengungen in den Familien wurde bisher kaum berücksichtigt, dies wird jedoch im afrikanischen Kontext als sehr wichtig erachtet.

Bedarfsanalysen bei Subsahara MigrantInnen zeigen, dass Informationen zu HIV/Aids erwünscht, aber oft nicht in geeigneter Form erhältlich sind (Sprache, Vermittlungsmethode, Layout, Ort). Angst vor Diskriminierung hemmt die Inanspruchnahme von HIV-Beratungsstellen. Die Risikowahrnehmung einer HIV-Übertragung ist auch von Aussehen, Lebenswandel oder sozialer Herkunft der SexualpartnerInnen geprägt und nicht nur von biomedizinischen Erklärungsmodellen. Ebenso gelten gutes Essen oder genügend Schlaf für gesundheitsfördernd und nicht nur technische Mittel wie das Kondom. Aufgrund von **sozio-ökonomischen und religiösen Einflussfaktoren sowie dem Geschlechterverhältnis** sind Subsahara MigrantInnen, insbesondere Frauen, einer erhöhten Verletzlichkeit ausgesetzt. Das bedeutet, dass diese Faktoren in die Kommunikationskanäle und Projektgestaltung zu integrieren sind, um die Zielgruppen angemessen zu erreichen und für die Präventionsbotschaften auf Interesse zu stossen.

Ambivalenz besteht gegenüber der Benützung des **Kondoms**. Zur Schwangerschaftsverhütung wird es meistens von Männern und Frauen toleriert, aber Besitz und Gebrauch können als Promiskuität und ungezügelter Sexualität interpretiert werden anstatt als Schutzmassnahme. Die gute Akzeptanz des **Femidoms** zeigt, dass hier noch Präventionspotenzial brach liegt. Gezielte Motivation für den **HIV-Test**, verbunden mit niederschweligen und vertrauensfördernden Massnahmen, hat in den letzten Jahren in England und Frankreich zu höheren Testquoten geführt.

Vielfältige mündliche, schriftliche, visuelle und partizipative **Präventionsmethoden** wurden in verschiedenen europäischen Ländern entwickelt und erprobt, allerdings sind die meisten Methoden noch wenig etabliert und werden kaum flächendeckend eingesetzt. In Evaluationsprojekten sollten Stärken und Schwächen vermehrt dokumentiert werden.

Das **Projektmanagement** sollte angesichts der erst recht kurzen zeitlichen Erfahrungen mit Präventionsprojekten vor allem auf Stabilität und Kontinuität ausgerichtet sein. Dazu sind adäquate strukturelle, personelle, finanzielle und organisatorische Ressourcen erforderlich.

Begleit- und Evaluationsforschung ist nötig, um Erfahrungen in Projekten zeitnah und kritisch zu reflektieren und die methodische sowie inhaltliche Ausrichtung qualitativ ständig zu verbessern. Zudem sind Forschungserkenntnisse erforderlich, um die Projekterfahrungen abzusichern.

In Grossbritannien haben die Präventionsbemühungen und -erfahrungen in ein **Good Practice Handbuch** gemündet, in dem Massnahmen systematisch aufbereitet sowie Kriterien für die Evaluation aufgeführt sind (siehe unter "nützliche pdf-Dokumente"). Ebenso werden vom britischen Gesundheitsdepartement die **HIV-Primärprävention und die HIV/Aids-Versorgung** in einem Rahmenaktionsplan miteinander verbunden, um der hohen HIV-Prävalenz ein integriertes Vorgehen entgegen zu halten.

**Nützliche
Webseiten**

www.ahrf.org.uk
www.ahpn.org
www.nahip.org.uk

www.africaninengland.org
www.appg-aids.org.uk
www.gsara.be/romanphoto.htm

**Nützliche
pdf-Dokumente**

Department of Health (2005). HIV and AIDS in African communities - A framework for better prevention and care. London, DoH / National AIDS Trust / African HIV Policy Network. (www.ahpn.org)

Oxford Development Partnership (2004b). Audit and collection of HIV information materials targeting African people living in the UK. London, African HIV Policy Network. (www.nahip.org.uk)

Pulle S, Lubega J, Davidson O & Chinouya M (2004). Doing it well - A good practice guide for choosing and implementing community-based HIV prevention interventions with African communities in England. London, National African HIV Prevention Programme. (www.ahpn.org)

Zuppinger B, Kopp C & Wicker H-R (2000). Interventionsplan HIV/Aids-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen. Bern, Institut für Ethnologie, Universität Bern. (www.bag.admin.ch)

Kontakt

Iren Bischofberger
WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe
Mühlemattstrasse 42
CH-5001 Aarau
Tel. +41 (0)62 837 58 71
iren.bischofberger@weg-edu.ch

Claudia Kessler
Schweizerisches Tropeninstitut
Schweizerisches Zentrum für Internationale Gesundheit®
Socinstrasse 57, Postfach
CH-4002 Basel
Tel. +41 (0)61 284 81 87
claudia.kessler@unibas.ch

**Kontakt
AFRIMEDIA-Projekt**

Noël Tshibangu
c/o Aids-Hilfe Schweiz
Konradstrasse 20
CH-8005 Zürich
Tel. +41 (0)44 447 11 11 (Zentrale) / 74 (direkt)
noel.tshibangu@aids.ch

Der Volltext der Literaturanalyse ist Teil der Dissertation von Iren Bischofberger im Fach Epidemiologie am Schweizerischen Tropeninstitut in Basel.

Aarau / Basel, April 2006

Anhang P: Sozio-demographische und biographische Informationen zum Interview mit HIV-positiven Sub-Sahara MigrantInnen

Code No.

1. Alter: 2. Geschlecht: 3. Wohnort (Stadt/Land): 4. Zivilstand / Familie

5. Herkunft

6. Sprachkenntnisse

7. Bildungsstufe / Beruf

8. Erwerbstätigkeit jetzt / früher:

9. Dauer des Aufenthaltes ausserhalb Afrika

10. Dauer des Aufenthaltes in der Schweiz

11. Aktueller Aufenthaltsstatus

12. Rekrutiert via (Organisation, Institution etc.)

13. In Betreuung bei (Aidshilfe, HIV-Sprechstunde etc.)

14. Dauer der professionellen Betreuung

15. Dauer der medikamentösen Therapie (ART, andere)

Lebenslauf

Name	Iren Bischofberger Lerch
Geburtsdatum	13. August 1965
Nationalität, Heimatort	Schweiz, Oberegg / AI, Muttenz / BL
Adresse	Bleichemattstrasse 26, CH-5000 Aarau ib@email.ch
Zivilstand	verheiratet, 1 Tochter (2004)

A Grund- und Mittelschule

1972-1980	Primar- und Sekundarschulen in Basel und Zürich
1980-1984	Kantonsschule Enge Zürich (Handelsmittelschule)

B Ausbildung

1984-1987	Diplom Allgemeine Krankenpflege, Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Theodosianum, Schlieren/Zürich
1992	Diploma in Health Care and Management in Tropical Countries, Options Public Health and Curative Medicine, Schweizerisches Tropeninstitut, Basel
1992-1993	Höhere Fachausbildung in Pflege, Kaderschule für Krankenpflege Aarau <i>Abschlussarbeit: „Ich habe mich gestochen!“ - Prävention nosokomialer HIV-Infektionen im Gesundheitswesen</i>
1994-1998	Master of Science (with Distinction) in Occupational Health, European Institute for Health and Medical Sciences, Robens Centre for Occupational Health and Safety, University of Surrey, Guildford/England <i>MSc Dissertation: The impact of selected European Union Directives of Health and Safety at Work on a Swiss company (Migros)</i>
2000-2001	Bachelor of Science Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
2001-2003	Master of Science Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel <i>Masterarbeit: Die familiäre Arbeit der Angehörigen von Menschen mit HIV/Aids</i>

C Berufliche Tätigkeiten

1987 – 1998	Klinische Tätigkeiten in diversen öffentlich- und privatrechtlichen Institutionen der stationären, ambulanten, häuslichen und palliativen Pflege (Schwerpunkt HIV/Aids, inkl. Prävention nosokomialer Infektionen)
-------------	--

- 1991 Studien- und Sprachaufenthalte in den USA und Skandinavien (Beth Israel Hospital Boston, Coming Home Hospice San Francisco, Uppsala University)
- Seit 1994 Freiberufliche Tätigkeit als Seminarleiterin für diverse Bildungsinstitutionen im deutschsprachigen Raum zu den Schwerpunktthemen Gesundheit am Arbeitsplatz, Pflege HIV-infizierter Menschen und Humor in der Pflege
- 1999-2000 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft (IPW) an der Universität Bielefeld/Deutschland, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
- 2001 Fachverantwortliche für Betriebliches Gesundheitsmanagement am Basel Lighthouse
- 2002-2004 Mitarbeiterin am Kompetenzzentrum für die Pflege älterer Menschen am Diakoniewerk Neumünster, Zollikerberg
- Seit 2002 Dozentin am Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe WE'G, Aarau (www.weg-edu.ch) und Aufbau der WE'G Hochschule Gesundheit, Aarau (www.weg-fh.ch)

D Weitere berufliche Aktivitäten

- 1993-2000 Vorstandsmitglied und seit 1995 Präsidentin Interessengruppe Pflege und HIV/Aids des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachpersonen (SBK)
- 1993-1998 Steering committee member und Vorstandsmitglied European Association of Nurses in AIDS Care (EANAC)
- 1994 Mitglied der Aids Task Force des International Council of Nurses (ICN), Genf
- 1997-2000 Mitglied der Kantonalen Aids Kommission Zürich
- Okt. 1998 Vorsitzende der 9. Konferenz der Europäischen Aidspflegevereinigung (EANAC), Zürich
- Seit 2000 Review Board Member of the International Nursing Review (Official Journal of the ICN)
- Seit 2001 Mitglied der Kommission "Observatorium Infektionskrankheiten" des Schweizerischen Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)
- Seit 2002 Gutachterin der Zeitschrift "Pflege – Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe"
- 2005-2006 Co-Leiterin des Peer Mentoring Projektes "Zwischen Medizin und Kultur" an der Universität Basel

E Forschungstätigkeit

- Im Rahmen der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie: Rekrutierung von PatientInnen, Datenmanagement, Mitarbeit an klinisch-pharmazeutischen Studien im HIV-Bereich, v.a. Phase 3, prospektive Surveillance der nosokomialen Stich- und Schnittverletzungen in der Deutschschweiz, umfassende Literaturrecherche und –bearbeitung zu nosokomialer HIV-Prävention im Gesundheitswesen
- Für die Masterarbeit in Occupational Health: Umfassende Literaturrecherche und –analyse zu arbeitsgesundheitlichen Aspekten im Warenhaus und Detailhandel, Delphi Survey, quantitative Auswertung mittels SPSS, Qualitative Inhaltsanalyse der offenen Antworten
- Im Rahmen der Mitarbeit am Institut für Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld: Wissenschaftliche Begleitforschung eines Modellprojektes der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

(Evaluationsforschung), umfassende Literaturrecherche und –bearbeitung zu pflegenden Angehörigen HIV-positiver und an Aids erkrankter Menschen, leitfadengestützte Interviews mit Angehörigen, Datenanalyse mittels qualitativer Inhaltsanalyse

- Im Rahmen eines Projektes des Schweizerischen Nationalfonds zur Erforschung der Compliance bei Nierentransplantierten PatientInnen, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel: Mitarbeit beim Aufbau der Patientenakquirierung im Kantonsspital Aarau, regelmässige Patientenbefragung sowie Informationen zur Studienteilnahme, Datenmanagement
- Für die Masterarbeit in Pflegewissenschaft: umfassende Literaturrecherche zur Situation der Angehörigen von Menschen mit HIV/Aids, Rekrutierung von Angehörigen durch verschiedene Zugangsstrategien, Inhaltsanalyse der semi-strukturierten Interviews

F Wissenschaftliche Publikationen

- 1999 Bischofberger, I. Pflegeforschung im HIV/Aidsbereich - Fragen für ein neues Millennium, 407-411, In: H. Jäger: Mit Aids leben - Prävention, Therapie, Behandlungsalternativen, psychosoziale Aspekte, Landsberg/Lech: ecomed
- 2000 Spirig, R. & Bischofberger, I. Familien, die mit HIV und Aids leben - Eine Literaturübersicht, Pflege, 13, 315-324
- 2000 Bischofberger, I. & Schaeffer, D. Normalisierung von Aids - von der akuten Krise zur Dauerkrise, Pflege und Gesellschaft, 6(2), 37-44
- 2000 Bischofberger, I. The impact of EU Directives on Health and Safety at Work in Switzerland, Journal of the American Association of Occupational Health Nursing, 48, 161-170
- 2000 Bischofberger, I. Humor als Pflegekonzept, In: Käppeli, S.: Pflegekonzepte, Band 3, Huber Verlag Bern, 271-304
- 2001 Bischofberger, I. (2001). Humor - das "gewisse Etwas" in der Pflegebeziehung. In R. D. Hirsch, J. Bruder & H. Radebold (Hrsg.), Heiterkeit und Humor im Alter (S. 163-180). Kassel: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie.
- 2002 Spirig, R., Kesselring, A., Werder, V., Voggensberger, J., Unger, M., Bischofberger, I., Nicca, D. & De Geest, S. Entwicklung und Etablierung einer guten HIV/Aids Pflegepraxis, Pflege, 15(6), 293-299
- 2002 Bischofberger, I. (Hrsg.) „Das kann ja heiter werden – Humor und Lachen in der Pflege“, Huber Verlag, Bern
- 2004 Bischofberger, I. & Spirig, R. Das Arbeitsprofil der Angehörigen von Menschen mit HIV/Aids, Pflege - Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, 17, 176 – 186
- 2004 Bischofberger, I. Humor und Lachen. Lehrbuch Psychiatrische Pflege. In: D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham und S. Wolff (S. 739-751). Bern, Hans Huber
- 2005 Bischofberger, I. & Obrist van Eeuwijk, B. Zugang gewinnen - Rekrutierungsphase als Herausforderung, Pflege – Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, 18, 219 – 225
- 2006 Bischofberger, I. International Column – Comment to "Words: A diversity of words", Applied Nursing Research, 20(1), 48-49.

G Ausgewählte Publikationen in der grauen Literatur

- 1988 Bischofberger, I. Gesundheit - das Fundament der betrieblichen Effizienz, Verwaltung und Organisation, 12, 13-16
- 1990 Bischofberger, I. Wie Bezugspflege funktioniert – Primary Nursing am Beth Israel Hospital in Boston, Krankenpflege, 85(2), 7-9
- 1991 Bischofberger, I. „Achtung! Humor kann Ihrer Krankheit schaden.“, Krankenpflege, 87(9), 8-12
- 1998 Bischofberger, I. Schichtarbeit und Gesundheit, Österreichische Krankenpflegezeitschrift, 51(6/7), 30-33
- 1999 Bischofberger, I. Humor als Pflegekonzept, Die Schwester/Der Pfleger, 38(8), 634-636
- 1999 Bischofberger, I. Gesundheitsförderung in der Pflege, NOVA, 15(7), 5-9
- 1998 Colombo, C. & Bischofberger, I. Sicherheitsstandard für Pflegepersonal im Umgang mit blutübertragbaren Infektionen, insbesondere mit der HIV-Erkrankung, Bern: Aids Info Docu
- 2000 Bischofberger, I. Aids - Von der tödlichen zur chronischen Krankheit, Krankenpflege, 93(11), 10-16
- 2000 Bischofberger, I. & Schaeffer, D. Normalisierung von Aids - kein "back to normal" für die Angehörigen, Aids Infothek, 12(4), 42-43
- 2002 Bischofberger, I. Pflegerische Fach- und Führungskompetenz gehen Hand in Hand. Competence (Publikationsorgan von H+), 66(4), 38-40
- 2002 Bischofberger, I. & Colombo, C. Veränderte Aids-Problematik erfordert neue Strategien. Krankenpflege (95)12, 8-12
- 2003 Bischofberger, I., Büchi, S., Huber, E. & Schönau, E. Schwerarbeit zum Nulltarif – Wie Angehörige mit pflegebedürftigen Menschen umgehen. Neue Zürcher Zeitung, 31. Mai / 1. Juni, S. 15
- 2004 Bischofberger, I. (2004). Angehörige von Menschen mit HIV/Aids – Was leisten sie? Was brauchen sie?. Managed Care, 8 (3), 6 – 9
- 2005 Bischofberger, I. & Panchaud, C. (2005). Aids und Migration - Prävention statt Zwangstests, Krankenpflege, 98(12), 12-17
- 2005 Bischofberger, I., Bislimi, R., Georg, M. & Janisch, C. Positionspapier Assessment-instrumente in der Pflege am Beispiel von Schmerz. WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Aarau.
- 2005 Bischofberger, I. (2005). Am Assessment führt kein Weg vorbei. Krankenpflege 98(6), 18-21
- 2005 Bischofberger, I. (2005): Humor trotz(t) allem - Heitere Gelassenheit hilft Krebspatienten, Onkologie Praxis DGHO (Special der Hausarzt Praxis), 33-34
- 2005 Bischofberger, I. (2005): Humor in der Geburtshilfe – Das hat uns gerade noch gefehlt. Deutsche Hebammenzeitschrift, Heft 3, S. 27-30
- 2006 Bischofberger, I. Forschung mit Sub-Sahara MigrantInnen zu HIV/Aids – zwei zentrale Herausforderungen. Bioethica Forum, No. 49, Juni 2006, S. 46-50 (www.bioethics.ch)
- 2007 Bischofberger, I. Familienorientiertes Case Management. Krankenpflege 100(5), 10-12.

H **Ausgewählte Präsentationen**

- 1992 Bischofberger, I. Prevention and reporting of sharp injuries among health care staff, Vortrag an der First International Conference on Home Health Care for AIDS Patients, 2. – 4. Oktober, Lyon
- 1996 Bischofberger, I. Humor - Ein Pflegestandard für die Gesundheits- und Krankenpflege, Plenarreferat, 2. Internationaler Kongress Humor in der Therapie, 6. – 7. Oktober, Basel
- 1998 Bischofberger, I. Pflege dich selbst!, Plenarreferat am 12. Jahreskongress des Österreichischen Krankenpflegeverbandes, 27.-29. Mai, Bregenz
- 1998 Bischofberger, I./Lenzin, P. Humor is no taboo in AIDS nursing care, Vortrag und Poster an der 12. Weltaidskonferenz, 28. Juni – 3. Juli, Genf
- 1998 Bischofberger, I. The impact of selected EU Directives of Health and Safety at Work on Switzerland, Vortrag an der International Conference on Occupational Health Nursing, 10. – 13. September, Eastbourne/England
- 1999 Bischofberger, I. Pflegeforschung im HIV/Aidsbereich – Fragen für ein neues Millennium, Workshop an den 7. Münchner Aids Tagen, 29. – 31. Januar, München
- 1999 Bischofberger, I. Angehörige von Menschen mit HIV und Aids: Ergebnisse einer Literaturanalyse, Vortrag am Internationalen Public Health Kongress, 6. – 8. Oktober, Freiburg i. Br.
- 2000 Bischofberger, I. Normalisierung von Aids – Kein „back to normal“ für pflegende Angehörige am 1. Internationalen Kongress über Chronische Krankheiten, 18. – 19. Mai, Aarau
- 2000 Bischofberger, I., Ewers, M., Schaeffer, D. Family care of people with HIV and AIDS – are we prepared?, Poster No. MoPeD2513, 13. Weltaidskonferenz, 9. – 14. Juli, Durban
- 2000 Bischofberger, I. Humour – An overlooked phenomenon in family AIDS caregiving, Vortrag No. ThOrD691 an der 13. Weltaidskonferenz, 9. – 14. Juli, Durban
- 2001 Bischofberger, I. Wer zuletzt lacht, hat schon einiges verpasst! Plenarvortrag an der 14. Alterstagung des Caritas Landesverbandes Oldenburg, 26. April, Cloppenburg/ Deutschland
- 2001 Bischofberger, I. Normalisierung von Aids? – Chronifizierung von Aids!, Vortrag am Schweizerischen Tropeninstitut der Universität Basel, Abendveranstaltung am 28. November
- 2002 Bischofberger, I. Pflegeinterventionen bei speziellen Gruppen von Menschen mit HIV/Aids, 5. März, Vorlesung an der Fachhochschule Gesundheit, Aarau
- 2002 Spirig, R., Baumann, R. & Bischofberger, I. Unsichtbar und alleine – Familien von Menschen mit HIV und Aids, Workshop an der Schweizerischen Palliativtagung, 19. – 20. April, Lugano.
- 2002 Bischofberger, I. Humor – a concept on the move, Oral presentation at the 11th Biennial Conference of the Workgroup of European Nurse Researchers, September 2 – 4, Geneva
- 2003 Bischofberger, I. Die Arbeit der Angehörigen HIV-infizierter Menschen – Ein Blick hinter die Kulissen, Referat an der Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, 21. August, Biozentrum Basel

- 2003 Bischofberger, I. Die Angehörigen pflegebedürftiger Menschen – Wer sind sie? Was leisten sie? Was brauchen sie?, 10. Interpharma Workshop, 22. August, Hotel Victoria Jungfrau, Interlaken
- 2003 Bischofberger I., Angehörige pflegen aus Gendersicht, Gleichstellungskommission des Kantons Bern, 23. Oktober, Rathaus Bern
- 2005 Bischofberger, I. Pflegende Angehörige im Gesundheitswesen – Inoffizielle Case ManagerInnen? Plenarreferat an der Ircheltagung der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik, 7. September, Basel
- 2005 Bischofberger, I. Wie erreichen Sub-Sahara MediatorInnen ihre Zielgruppen? Ergebnisse einer qualitativen Studie, Präsentation am Koordinationstreffen "HIV/Aids Prävention für MigrantInnen", Aidshilfe Schweiz, 8. Dezember
- 2005 Obrist, B. & Bischofberger, I. HIV/Aids Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz – Herausforderungen und Lösungsansätze aus der Sicht der MigrantInnen, Abendveranstaltung am Institut für Kulturwissenschaft und Europäische Ethnologie, Universität Basel, 13. Dezember
- 2006 Bischofberger, I. Visible people – invisible virus, Monday Seminar, Swiss Tropical Institute, January 16, Basel

I Sprachkenntnisse

- Deutsch Muttersprache
- Englisch Mündlich und schriftlich sehr gute Kenntnisse
- Französisch Mündlich und schriftlich gute Kenntnisse
- Schwedisch Mündlich und schriftlich gute Kenntnisse
- Spanisch Mündlich gute Kenntnisse

J Besuchte Vorlesungen bei folgenden Personen während der Dissertationszeit (Oktober 2003 – Oktober 2006)

Im Rahmen der Semester an der Universität Basel:

M. Tanner, B. Obrist van Eeuwijk, L. Roost Vischer, M. Weiss, M. Bergmann

Im Rahmen des Peer Mentoring Projektes "Zwischen Medizin und Kultur":

A. Kesselring, C. Immenschuh, C. Helfferich, E. Zemp, L. Manderson

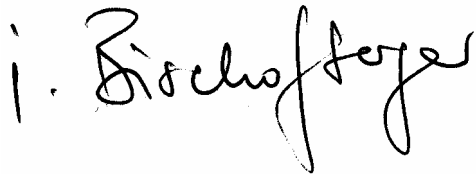
Persönliche Erklärung zur Dissertationsschrift

Ich erkläre, dass ich die Dissertation

"When people get open about HIV, it's easier to save others."

Herausforderungen und Lösungswege in der HIV-Primärprävention und Aids-Versorgung bei Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften in der Schweiz

nur mit der darin angegebenen Hilfe verfasst und an keiner anderen Universität und bei keiner anderen Fakultät der Universität Basel eingereicht habe.

A handwritten signature in black ink, reading "i. Bischofberger". The signature is written in a cursive, flowing style.

Iren Bischofberger

Basel, 4. September 2006