

Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+

Rahmenkonzept für die HIV/STI-Prävention



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

VORWORT



Die HIV-Prävention in der Schweiz hat viel erreicht. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) nimmt dabei seit über dreissig Jahren eine Vorreiterrolle ein, die weltweit ihresgleichen sucht. Es hat stets minutiös und hartnäckig aufgezeigt, wo sich HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) ausbreiten. Nicht zufällig weist es damit oft auf gesellschaftliche Brennpunkte hin: Heroinsucht, Sexarbeit, Migration unter prekären Bedingungen.

Infektionen breiten sich insbesondere dort aus, wo Menschen wenig Wahlmöglichkeiten oder so schlechte Lebensperspektiven haben, dass ein Infektionsrisiko kaum ins Gewicht fällt.

Allerdings gibt es immer noch Menschen, die von den Präventionsangeboten nicht erreicht werden und von der guten medizinischen Versorgung kaum profitieren. Hierzu zählen vor allem sozial benachteiligte Migrantinnen und Migranten.

Das ist erstens auf einer individuellen Ebene problematisch: HIV und andere STI können grosses Leid über einzelne Personen, aber auch über ganze Familien bringen. Zweitens ist es für die öffentliche Gesundheit problematisch. Die epidemiologischen Daten zeigen, dass Migrantinnen und Migranten, die eine besonders hohe Vulnerabilität aufweisen – nicht nur jene aus HIV-Hochprävalenzländern – eine wichtige Gruppe hinsichtlich diagnostizierter HIV- und anderer STI-Fälle darstellen.

Wollen wir die gesamte Gesellschaft schützen, müssen wir nicht zuletzt ihre am meisten gefährdeten Mitglieder schützen. Hinsichtlich der sexuellen Gesundheit bedingt dies zielgruppenspezifische Aufklärung und Information, sei es für Menschen verschiedener Herkunftsländer, sei es für Sexarbeitende oder andere Gruppen, die sich zu einem Grossteil aus Migrantinnen und Migranten zusammensetzen. Doch das allein löst die Probleme nicht. Vielmehr müssen wir auch auf struktureller

Ebene die Bedingungen schaffen, damit vulnerable Migrantinnen und Migranten selbstbestimmt ihre Gesundheitsbedürfnisse befriedigen können.

Diesen Zielen verschreibt sich das vorliegende *Rahmenkonzept für die HIV/STI-Prävention – Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+*. Abgestützt auf die partnerschaftliche Zusammenarbeit des Bundes mit den wichtigsten nationalen Nichtregierungsorganisationen setzt es die Leitlinien der künftigen HIV/STI-Arbeit für Migrantinnen und Migranten. Bei der Umsetzung des vorliegenden Rahmenkonzepts kann auch auf das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) gezählt werden. Das SRK fühlt sich verantwortlich, die Gesundheit verletzlicher Menschen zu schützen und zu fördern. Wir sind stolz darauf, dass wir dies unter anderem auch im Mandat des BAG tun: Unsere Website migesplus.ch bietet Gesundheitsinformationen in bis zu 18 Sprachen, auch für Fachleute des Gesundheitswesens in ihrer Arbeit mit Migrantinnen und Migranten.

Nur wenn alle Akteurinnen und Akteure in den Bereichen HIV/STI-Prävention, Migration und Sexarbeit zusammenarbeiten und Verantwortung übernehmen, können wir den aktuellen und kommenden Herausforderungen wirksam begegnen.



Christine Kopp
Stellvertretende Direktorin
Schweizerisches Rotes Kreuz

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	3
Das Wichtigste in Kürze	9
1 Einleitung	16
1.1 Weshalb ein Rahmenkonzept?	19
1.2 Grundgedanken des Rahmenkonzepts MV	20
2 Migration, Vulnerabilität und HIV/STI	24
2.1 Migration und Gesundheit	27
2.2 Vulnerabilität	28
2.3 Vulnerabilitätsfaktoren für HIV/STI	28
3 Die Oberziele des Rahmenkonzepts MV	36
4 Die Handlungsfelder	42
4.1 Handlungsfeld 1 – Menschenrechte, Partizipation, Zugang zum Gesundheitssystem, Empowerment von Betroffenen	47
4.2 Handlungsfeld 2 – Zugang zu Information, Präventions- material, Schwangerschaftsverhütung, Impfung	49
4.3 Handlungsfeld 3 – Test, Diagnose, Behandlung, freiwillige Partnerinformation	51

5	Die Zusammenarbeit der Akteure	54
6	Die langfristigen Grundlagen	60
7	Die nächsten Schritte	64
8	Nachwort	70
9	Annex: Migration und HIV/STI in der Schweiz	74
9.1	Migrationsbevölkerung in der Schweiz	77
9.2	Epidemiologische Daten zu HIV und STI in der Migrationsbevölkerung	78
9.3	Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika	79
9.4	Migration, HIV/STI und Sexarbeit	81
9.5	Migration, HIV/STI und trans	84
9.6	Migration, HIV/STI und MSM	86
9.7	Migration, HIV/STI und IDU	88
9.8	Migration, HIV/STI und Aufenthaltsstatus	88
	Abkürzungsverzeichnis	90
	Literaturverzeichnis	92

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Vision

Das «Rahmenkonzept für die HIV/STI-Prävention – Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+» (kurz: Rahmenkonzept MV) soll dazu beitragen, die sexuelle Gesundheit von vulnerablen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz zu verbessern. Es orientiert sich an folgender Vision:

In der Schweiz können Menschen mit Migrationshintergrund – insbesondere auch jene, die vulnerabel gegenüber HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sind – selbstbestimmt und verantwortungsbewusst eine unbeschwertere, risikoarme Sexualität leben.

Hintergrund

Das Rahmenkonzept MV ist eine Weiterführung und Konkretisierung des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017 (NPHS), und in diesem Sinne ein Anhang zum nationalen Programm. Deshalb nimmt das vorliegende Dokument seine Struktur und seine Ziele auf und konkretisiert auf dieser Basis Leitlinien für Interventionen für und mit vulnerablen Migrantinnen und Migranten.

Das Rahmenkonzept MV öffnet dabei den bisher engen Fokus der HIV/STI-Prävention im Bereich Migration: Während bestehende Interventionen bis anhin vorwiegend auf Migrantinnen und Migranten aus den Hochprävalenzländern Afrikas zielten, werden nun verschiedene Faktoren berücksichtigt, die im Zusammenhang mit Migration zu einer erhöhten Gefährdung durch HIV und andere STI führen können. Besondere Bedeutung hierbei erhält die Tätigkeit im Sexgewerbe, der sowohl bei weiblichen, männlichen und Trans-Sexarbeitenden hauptsächlich Migrantinnen und Migranten nachgehen.

Ziele

Das Rahmenkonzept MV ist auf vier Oberziele ausgerichtet:

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

Handlungsfelder

Das Rahmenkonzept MV definiert drei Handlungsfelder mit jeweils mehreren Unterzielen. Diese Unterziele dienen als Leitlinien für einzelne Projekte, Dienstleistungen und Angebote in den Bereichen HIV/STI-Prävention, Migration und Sexarbeit. Die Umsetzung des Rahmenkonzepts wird zudem durch drei Unterstützungsaufgaben gefördert: Die partnerschaftliche Zusammenarbeit der Akteure, Surveillance und Forschung.

Ziele, Handlungsfelder und Akteure des Rahmenkonzepts MV

Oberziele			Ziele	Akteure
1+4	2	3		
Handlungsfeld 1: Sexuelle Rechte – Gesellschafts-politische und strukturelle Bedingungen	Handlungsfeld 2: Primärprävention von HIV und STI	Handlungsfeld 3: Beratung, Diagnostik, Therapie		
●			Akteure der HIV/STI-Arbeit fördern den Zugang für alle zum Gesundheitssystem.	AHS, SGS, SRK ¹ , regionale Organisationen und Institutionen, Kantone
●			Akteure der HIV/STI-Arbeit setzen sich für die Menschenrechte und im Besonderen für die sexuellen Rechte ein.	AHS, SGS, SRK, regionale Organisationen und Institutionen
●			Akteure der HIV/STI-Arbeit und Mitglieder von Migrationsgruppen bekämpfen Stigmatisierung und Diskriminierung und stärken Betroffene.	AHS, SGS, SRK, regionale Organisationen und Institutionen
●			Akteure der HIV/STI-Arbeit fördern Empowerment und Selbstbestimmung von Migrantinnen und Migranten, indem diese in die Umsetzung des Rahmenkonzepts MV einbezogen werden.	AHS, SGS, SRK, regionale Organisationen und Institutionen
	●		Akteure der HIV/STI-Arbeit machen Informationen, Präventionsmittel und Empfängnisverhütung niederschwellig zugänglich.	AHS, SGS, SRK, regionale Organisationen und Institutionen, Kantone

¹ Abkürzungsverzeichnis siehe Seite 90

Oberziele			Ziele	Akteure
1+4	2	3		
Handlungsfeld 1: Sexuelle Rechte – Gesellschafts-politische und strukturelle Bedingungen	Handlungsfeld 2: Primärprävention von HIV und STI	Handlungsfeld 3: Beratung, Diagnostik, Therapie		
	●		Akteure der HIV/STI-Arbeit schaffen Impfangebote für vulnerable Migrantinnen und Migranten und medizinische Regelangebote bieten vulnerablen Migrantinnen und Migranten Impfungen an.	Kantone, regionale Organisationen und Institutionen, SGS, SRK
	●		Akteure der HIV/STI-Arbeit fördern gezielt Safer Sex bei Kunden von Sexarbeitenden.	SGS, AHS, regionale Organisationen und Institutionen
	●		Akteure der HIV/STI-Arbeit setzen sich dafür ein, dass Etablissements Präventionsmittel zur Verfügung stellen.	Kantone, regionale Organisationen und Institutionen, AHS
		●	Gesundheitsdienstleister richten Angebote auch auf vulnerable Migrantinnen und Migranten aus.	Kantone, regionale Organisationen und Institutionen
		●	Gesundheitsdienstleister schaffen spezielle Angebote für Testung und Behandlung der «Big Five»: HIV, Syphilis, Chlamydien, Gonorrhö, Hepatitiden.	Kantone, regionale Organisationen und Institutionen
		●	Akteure der HIV/STI-Arbeit unterstützen die freiwillige Partnerinformation durch die Migrantinnen und Migranten.	Regionale Organisationen und Institutionen

Ein Instrument für Fachleute

Das Rahmenkonzept MV richtet sich an alle Fachleute, Organisationen und Institutionen, die in der Schweiz in den Bereichen HIV/STI-Prävention, Migration und Sexarbeit tätig sind. Dazu zählen NGOs, nationale, kantonale und lokale Gesundheits- und Migrationsbehörden sowie Gesundheitsdienstleister und Bildungsinstitutionen.

Das Rahmenkonzept MV ist ein wichtiger Beitrag, um die bestehenden Strukturen in den Bereichen Migration und Prävention stärker zu vernetzen. Die Zusammenarbeit zwischen den genannten Akteuren soll verstärkt und Synergien sollen konsequenter genutzt werden.

Schlüsselbegriff Vulnerabilität

Das Rahmenkonzept MV klärt den im NPHS nicht näher definierten Begriff der «erhöhten Vulnerabilität» im Bereich Migration. Es ist damit innerhalb der Achse 2 (Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko) des NPHS-Achsenmodells² angesiedelt. Mit dem Begriff der Vulnerabilität lässt sich die Situation von einzelnen Personen, aber auch von Gruppen, ganzheitlich erfassen. Materielle und psychosoziale Belastungen (z.B. wirtschaftliche Prekarität oder sprachliche Verständigungsschwierigkeiten) werden ebenso berücksichtigt wie persönliches Gesundheitsverhalten und der institutionelle Rahmen des Gesundheitssystems. Damit unterscheidet sich Vulnerabilität vom Begriff «Risiko», der sich in der HIV/STI-Prävention zumeist ausschliesslich auf Verhaltensweisen bezieht.

Für die am stärksten Gefährdeten

Das Rahmenkonzept MV definiert die wichtigsten Vulnerabilitätsfaktoren für HIV und STI, die zu einem erhöhten Risiko führen können. Die meisten dieser Faktoren sind universell und können

² Vgl. BAG (2011): *Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017: 81–105*

auch auf andere Gruppen als Migrantinnen und Migranten angewendet werden:

Primäre Vulnerabilitätsfaktoren für HIV/STI

- Hohe Prävalenz von HIV und anderen STI im Herkunftsland
- Tätigkeit als Sexarbeiterin oder Sexarbeiter
- Als Mann Sex mit Männern haben
- Transmensch sein
- Intravenöser Drogenkonsum
- Illegaler Aufenthalt oder unsicherer Aufenthaltsstatus in der Schweiz

Verstärkende Vulnerabilitätsfaktoren für HIV/STI³

- Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
- Kulturelle und religiöse Einflüsse, welche das Schutzverhalten beeinträchtigen
- Soziale und wirtschaftliche Prekarität
- Tiefes Bildungsniveau
- Soziale und emotionale Isolation
- Unerwünschte Schwangerschaft
- Gewalterfahrungen
- Weibliche Genitalbeschneidung (FGM)
- Menschenhandel
- Aufenthalt in Straf- und Massnahmenvollzugsanstalten
- Problematischer Konsum von Alkohol und/oder synthetischen Drogen/Kokain
- Unsicherheiten in Bezug auf Gesundheitsdienstleistungen im Asylbereich

Innerhalb der gesamten Migrationsbevölkerung (Achse 1) identifizieren die genannten Vulnerabilitätsfaktoren in unterschiedlicher Zusammensetzung jene Personen mit erhöhtem HIV/STI-Risiko (Achse 2).

³ Die Liste der verstärkenden Vulnerabilitätsfaktoren erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Beispiele von sich überschneidenden Vulnerabilitätsfaktoren, welche zu erhöhtem HIV/STI-Risiko führen

«Ich bin wegen meiner sexuellen Orientierung aus meinem Land geflüchtet.»

«Ich bin HIV-positiv und habe keinen Zugang zu einer Behandlung.»

«Ich würde gerne Präservative benutzen, aber meine Kunden möchten dies nicht.»

«Ich habe keinen Arzt gefunden, der meine Sprache spricht.»

«Ich verstehe die Landessprache nicht.»

«Ich weiss nicht, welche Rechte ich in diesem Land habe.»

«Ich bin Sexarbeiterin, aber meine Familie zu Hause weiss nichts davon.»

«Ich bin transgender und finde keinen Arzt, dem ich vertraue.»

«Ich sende mein Geld nach Hause.»

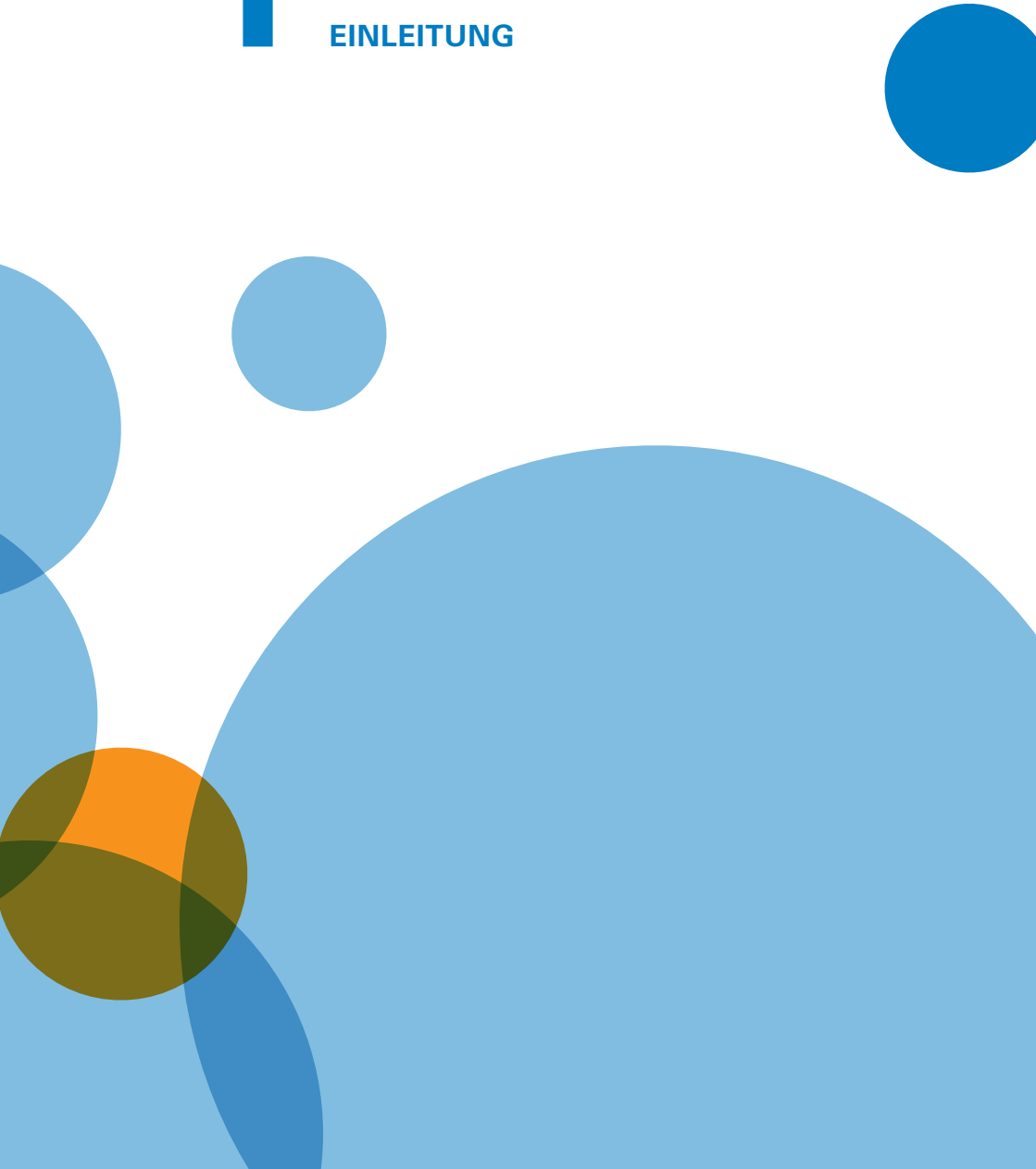
«Ich habe keine Aufenthaltsbewilligung und es fällt mir schwer, Arbeit zu finden.»





1

EINLEITUNG



1.1 WESHALB EIN RAHMENKONZEPT?

Insbesondere die vulnerabelsten Migrantinnen und Migranten stellen in der Schweiz eine bedeutende Gruppe hinsichtlich diagnostizierter HIV- und anderer STI-Fälle dar.⁴ Bei Menschen aus Ländern mit hohen HIV- und STI-Prävalenzen erklärt sich das teilweise aus der dortigen epidemiologischen Situation. Doch auch in der Schweiz bestehen für viele Migrantinnen und Migranten höhere HIV- und STI-Risiken. Zugleich haben sie einen schlechteren Zugang zu Angeboten der Prävention, Testung und Behandlung.

Es ist für die HIV/STI-Prävention deshalb wichtig, Migrationsaspekte umfassender als bisher mitzudenken. Auch, weil Migration langfristig von Bedeutung ist, die konkret betroffenen Gruppen jedoch stetem Wandel unterliegen. So verändert sich die Zusammensetzung der Migrationsbevölkerung in der Schweiz laufend, abhängig von den weltweiten Migrationsbewegungen. Gleichzeitig verändern sich die epidemiologischen Situationen in den Ländern, aus denen Migrantinnen und Migranten in die Schweiz kommen. Während sich derzeit etwa die HIV-Epidemien in vielen Ländern Subsahara-Afrikas auf hohem Niveau stabilisieren, steigen in einigen Ländern Osteuropas und in Russland die Inzidenzen.

Das stellt grosse Herausforderungen an die aktuelle und künftige HIV/STI-Arbeit: Sie muss migrationsspezifische Rahmenbedingungen einbeziehen und flexibel auf neue Entwicklungen reagieren. Diese Herausforderungen können einzelne Akteure für sich allein nur ungenügend bewältigen. Es bedarf einer kohärenten nationalen Strategie, die von allen Akteuren in den Bereichen HIV/STI-Prävention, Migration und Sexarbeit getragen wird. Problemsicht, Vision, Ziele und Handlungslogik müssen auf einem gemeinsamen Verständnis beruhen und Massnah-

⁴ Vgl. BAG (2015): *HIV- und STI-Fallzahlen 2014. Berichterstattung, Analysen und Trends. BAG Bulletin 21/2015*

men koordiniert umgesetzt werden. Mit diesem Ziel haben das Bundesamt für Gesundheit, die Aids-Hilfe Schweiz, Sexuelle Gesundheit Schweiz, das Schweizerische Rote Kreuz, die Stiftung Agnodice sowie der Verein Aspasia das nationale *Rahmenkonzept HIV/STI-Prävention 2016+ – Migration und Vulnerabilitätsfaktoren* (Rahmenkonzept MV) erarbeitet.

Definition:

Im vorliegenden Rahmenkonzept MV werden die Begriffe Migrantin und Migrant für alle Personen mit Migrationshintergrund verwendet, die in der Schweiz leben, unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit. Hierzu zählen sowohl Personen, die in die Schweiz eingewandert sind, als auch deren in der Schweiz geborene direkte Nachkommen.

Innerhalb dieser breit gefassten Gruppe definiert das Rahmenkonzept MV weitere Kriterien, um Massnahmen der HIV/STI-Prävention gezielt auf jene Menschen auszurichten, die spezifischer Interventionen bedürfen und somit zur Achse 2 des NPHS zu zählen sind (vgl. Kapitel 2.3).

1.2 GRUNDGEDANKEN DES RAHMENKONZEPTS MV

Ein nationales Konzept

Das Rahmenkonzept MV konkretisiert das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017 (NPHS) [1] im Bereich Migration. Gleichzeitig orientiert es sich an den Zielen und Grundsätzen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit [2]. Das Bundesamt für Gesundheit initiierte das Konzept und übernimmt bei der Planung von Massnahmen die nationale Koordinationsfunktion. Sämtliche Inhalte wurden in einem partizipativen Prozess entwickelt und entsprechen einem Konsens zwischen den wichtigsten nationalen Stakeholdern.

Das Rahmenkonzept MV richtet sich an alle Organisationen, Institutionen und Fachpersonen in der Schweiz, die in den Bereichen HIV/STI-Prävention, Migration und Sexarbeit tätig sind. Dazu zählen Non-Profit-Organisationen ebenso wie Behörden und Gesundheitsdienstleister. Es ermöglicht ihnen – und fordert sie auf –, ihre Projekte und Dienstleistungen mit Bezug zu HIV/STI-Prävention und Migration innerhalb eines gemeinsamen Rahmens zu planen und umzusetzen. Das Dachkonzept verstärkt die Wirkung der einzelnen Massnahmen. Indem die einzelnen, unterschiedlichen Prioritäten an gemeinsamen übergeordneten Zielen ausgerichtet werden, vereinfacht sich zudem die Arbeit aller Akteure. Das trifft insbesondere auch auf jene zu, für welche die Bereiche HIV/STI-Prävention und Migration einen kleineren Teil ihres Engagements ausmachen.

Gemeinsam handeln und Synergien nutzen

Über gemeinsame Zielsetzungen hinaus soll das Rahmenkonzept MV die Zusammenarbeit bei konkreten Projekten, Angeboten und Dienstleistungen fördern. Denn zwischen bisher oft getrennten Tätigkeitsbereichen bestehen vielfältige Überschneidungen. Sichtbar werden diese durch das Konzept der Vulnerabilität (vgl. Kapitel 2.2). Es zeigt, dass das individuelle HIV/STI-Risiko von Migrantinnen und Migranten auf vielfältigen Faktoren gründet. Oft finden sich gemeinsame Vulnerabilitätsfaktoren bei Menschen, die ansonsten kaum zu denselben Zielgruppen zu zählen sind. Daraus ergeben sich gemeinsame Anknüpfungspunkte für die HIV/STI-Prävention. Allerdings sind entsprechende Synergien in der Praxis teilweise nicht einfach zu finden und zu nutzen. Das Rahmenkonzept MV sieht deshalb vor, dass die nationalen Akteure in den Bereichen HIV/STI-Prävention, Migration und Sexarbeit zusammen Best Practice-Leitlinien erarbeiten, um Synergien aufzeigen.

Für die am stärksten Gefährdeten

Vulnerable Migrantinnen und Migranten sind in der Schweiz besonders gefährdet sich mit HIV oder einer anderen STI zu infizieren, aber nicht alle auf die gleiche Art und Weise. Zum Beispiel ist die Situation vieler hier arbeitender hochqualifizierter Europäerinnen und Europäer vergleichbar mit derjenigen der Schweizer Allgemeinbevölkerung (Achse 1) und hat kaum etwas zu tun mit der Situation einer Frau aus Südamerika, die unter prekären Bedingungen als Sexarbeiterin tätig ist.

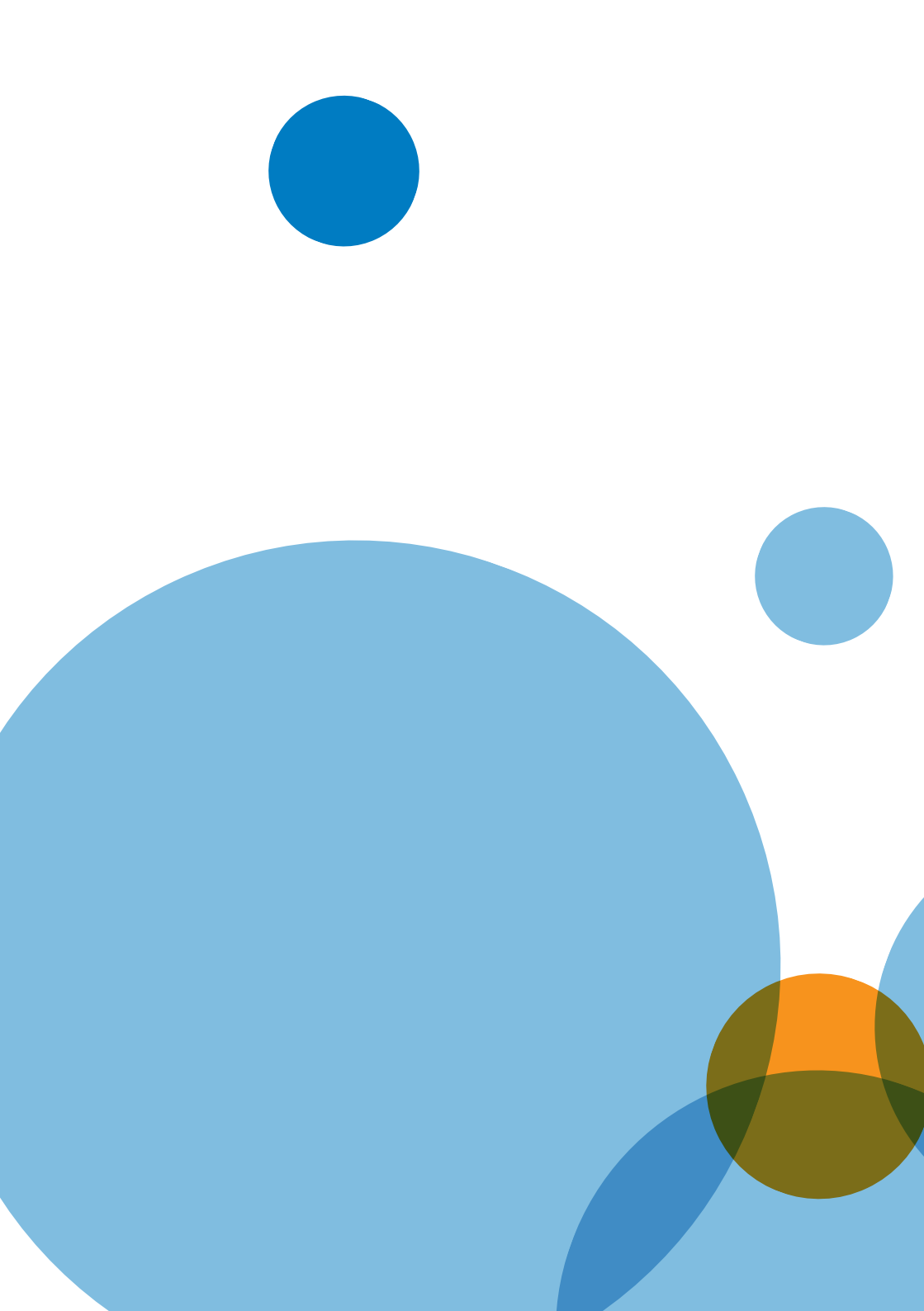
Doch wer tatsächlich gefährdet ist und wer nicht, lässt sich nicht pauschal beurteilen. Das Rahmenkonzept MV zeigt deshalb auf, welche Faktoren einzeln oder kumuliert zu einer erhöhten Gefährdung für HIV und STI führen können. Zum Teil lassen sich aufgrund gemeinsamer Vulnerabilitätsfaktoren innerhalb der Migrationsbevölkerung grössere Gruppen definieren: Menschen aus Hochprävalenzländern, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, Transmensen sowie Männer, die Sex mit Männern haben (MSM).

Gleichzeitig hat das Rahmenkonzept jedoch das Ziel, auch vulnerable Migrantinnen und Migranten ausserhalb dieser Gruppen einzubeziehen sowie flexibel auf sich verändernde Verhältnisse zu reagieren. Hierfür eignen sich die definierten Vulnerabilitätsfaktoren in idealer Weise, da sie eine Einschätzung des HIV-Risikos auch auf der individuellen Ebene erlauben. Die Akteure in den Bereichen HIV/STI-Prävention, Migration und Sexarbeit können somit ihre Projekte, Angebote und Dienstleistungen gezielt auf das jeweilige Profil der Migrationsbevölkerung in ihren Regionen bzw. Tätigkeitsgebieten ausrichten. Denn es sind die regionalen Akteure, die «ihre» Migrationsbevölkerung am besten kennen.

Für Chancengleichheit

Entsprechend der im Grundsatzpapier *Migration Mainstreaming im Gesundheitswesen* [3] umrissenen Strategie des Bundes basiert das Rahmenkonzept MV auf zwei Säulen: spezifische

Angebote und Interventionen für spezifische Bedürfnisse auf der einen Seite, gleicher Zugang für Migrantinnen und Migranten zu Regelangeboten auf der anderen Seite. Das Konzept stärkt diese zweite Säule, indem es in seinen Handlungsfeldern wichtige Fragen der Verhältnisprävention einbezieht, etwa die Sicherstellung der Krankenversicherung für alle Migrantinnen und Migranten. Nur so lässt sich langfristig gesundheitliche Chancengleichheit herstellen. Und Chancengleichheit ist – als in der schweizerischen Bundesverfassung verankertes Postulat – gleichsam oberstes Gebot der gesamten Arbeit in den Bereichen HIV/STI-Prävention, Migration und Sexarbeit.



2

MIGRATION, VULNERABILITÄT UND HIV/STI



2.1 MIGRATION UND GESUNDHEIT

Das *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM)* und andere Studien zeigen, dass Migrantinnen und Migranten in der Schweiz von einigen Krankheiten häufiger betroffen sind als die Allgemeinbevölkerung [4, 5]. Das gilt auch für HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen [6, 7]. Die Daten anderer europäischer Länder zeigen eine ähnliche Situation [8]. Es besteht denn auch Einigkeit darüber, dass sich die Migrations-situation negativ auf die Gesundheit auswirken kann.

Doch Migration macht nicht per se krank. Vielmehr beeinflusst die Migrationssituation die Gesundheit oft indirekt: Indem sie sich negativ auf die persönliche, soziale, wirtschaftliche, politische und rechtliche Situation von Migrantinnen und Migranten auswirkt. Hinzu kommen zum Teil Gewalt- und andere traumatische Erfahrungen im Heimatland oder auf der Flucht. Diese Faktoren können zu einem riskanteren Gesundheitsverhalten führen und zugleich den Zugang zu Gesundheitsangeboten erschweren, etwa aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten oder eines unsicheren Aufenthaltsstatus.

Nicht alle Migrantinnen und Migranten befinden sich in Situationen, die eine erhöhte gesundheitliche Gefährdung mit sich bringen. Und zwischen jenen, die gefährdet sind, gibt es erhebliche Unterschiede bezüglich der Gründe und des Grades der Gefährdung. Es bedarf deshalb im Hinblick auf die HIV/STI-Arbeit einer Differenzierung, die genau jene Migrantinnen und Migranten in den Fokus rückt, welche spezifischer Interventionen und Massnahmen bedürfen. Als Ausgangspunkt hierfür dient das Konzept der Vulnerabilität.

2.2 VULNERABILITÄT

Vulnerabilität (lat. «vulnus», Wunde) bedeutet Verwundbarkeit oder Verletzbarkeit und meint die Anfälligkeit, an einer bestimmten Krankheit zu erkranken. Vulnerabilität ist die Folge von persönlichen und/oder in der sozialen Umwelt vorhandenen Belastungen oder Risiken. Diese können Individuen oder Gruppen nur unzureichend oder gar nicht bewältigen, weil ihnen die entsprechenden persönlichen und sozialen Ressourcen fehlen.

Mit dem Konzept der Vulnerabilität lässt sich die Situation von Personen oder Gruppen hinsichtlich ihrer Gesundheitschancen und -risiken abschätzen: Materielle und psychosoziale Belastungen werden ebenso berücksichtigt wie persönliches Gesundheitsverhalten und der institutionelle Rahmen des Gesundheitssystems. Damit unterscheidet sich Vulnerabilität vom Begriff «Risiko», der sich in der HIV/STI-Prävention zumeist ausschliesslich auf Verhaltensweisen bezieht. In der Regel führt erst der kumulative Effekt verschiedener Vulnerabilitätsfaktoren dazu, dass einzelne Personen oder Gruppen vulnerabel sind.

2.3 VULNERABILITÄTSFAKTOREN FÜR HIV/STI

Im Folgenden werden die wichtigsten Vulnerabilitätsfaktoren im Kontext von Migration und HIV/STI aufgeführt. Sie lassen sich in primäre und verstärkende Faktoren aufteilen. Diese Liste basiert auf der Synthese der aktuellen wissenschaftlichen Literatur sowie den Erfahrungen von Organisationen, die in der Schweiz in den Bereichen HIV/STI-Prävention, Migration und Sexarbeit tätig sind. Sie bildet die Grundlage, um jene Personen und Gruppen zu identifizieren, denen das Rahmenkonzept MV in erster Linie zugutekommen soll. Dabei können die einzelnen Vulnerabilitätsfaktoren in unterschiedlichen Zusammensetzungen bedeutsam werden. Die resultierenden Prioritäten in der HIV/STI-Arbeit sind somit nicht starr, sondern verändern sich entsprechend der realen Dynamik und Diversität der Migrationsbevölkerung.

2.3.1 Primäre Vulnerabilitätsfaktoren

Primäre Vulnerabilitätsfaktoren bedeuten, dass eine Person in ihrer Sexualität mit hoher Wahrscheinlichkeit erhöhten Infektionsrisiken ausgesetzt ist. Diese Faktoren definieren auch ganze Gruppen, die vulnerabel sind (siehe Kapitel 3).

Hohe Prävalenz von HIV und anderen STI im Herkunftsland

Personen, die aus Ländern mit hohen HIV- und/oder STI-Prävalenzen stammen (insbesondere Subsahara-Afrika), sind entsprechend häufiger von diesen Infektionen betroffen. Zugleich besteht für sie in der Schweiz oft auch ein erhöhtes Risiko, wenn sie sich im Herkunftsland nicht infiziert haben. Einerseits, da in der Migrationssituation weitere Vulnerabilitätsfaktoren hinzukommen. Andererseits, da ihr soziales Umfeld und somit ihr Sexualleben oft sehr stark von anderen Migrantinnen und Migranten aus demselben Herkunftsland geprägt sind (Communities).

Tätigkeit als Sexarbeiterin oder Sexarbeiter

Die tätigkeitsbedingte hohe Zahl sexueller Kontakte mit verschiedenen Partnern (und Partnerinnen) erhöht das Risiko, an einer STI zu erkranken, auch bei konsequentem Kondomgebrauch. Dieser wird allerdings nicht immer praktiziert, was neben einem erhöhten STI- auch zu einem erhöhten HIV-Risiko führt. Bei Frauen kommt bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr eine erhöhte Gefahr einer ungewollten Schwangerschaft hinzu. Sexarbeitende sind häufig von mehreren zusätzlichen Vulnerabilitätsfaktoren für HIV/STI betroffen. Frauen, die mit ihrer Arbeit Familien und Kinder in ihrem Heimatland ernähren, sind besonders ausbeutbar und dem Risiko ausgesetzt, sich auf ungeschützten Sex einlassen zu müssen.

Als Mann Sex mit Männern haben

MSM gehören vor allem in westlichen Ländern – auch in der Schweiz – zu den Gruppen mit hohen HIV- und STI-Prävalenzen. Entsprechend besteht für alle MSM in der Schweiz ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV/STI zu infizieren.

Zum Teil können schwule Migranten ihre sexuelle Orientierung nicht offen ausleben, da Sex unter Männern in ihren Communi-

ties stark tabuisiert ist. Dies kann das Schutzverhalten negativ beeinflussen.

*Intravenöser
Drogenkonsum*

Intravenöser Drogenkonsum beeinträchtigt das Schutzverhalten bei sexuellen Kontakten, hinzu kommt ein hohes Übertragungsrisiko bei gemeinsamem Gebrauch von Spritzen. Die HIV- und Hepatitis-Prävalenzen in der Gruppe der intravenös Drogenkonsumierenden (IDU – Injecting Drug Users) sind erhöht.

Transmensch sein

Viele internationale Studien zeigen, dass HIV und STI Transmenschen⁵ häufiger betreffen als die Gesamtbevölkerung. Die Ursachen dafür sind vielfältig, hängen jedoch oft eng mit einer starken sozialen Marginalisierung zusammen. Transmenschen mit Migrationshintergrund weisen darüber hinaus häufig weitere Vulnerabilitätsfaktoren auf. Eine nicht unerhebliche Zahl von ihnen ist im Sexgewerbe tätig. Und nicht zuletzt treten Transmenschen mit Migrationshintergrund oft nur zögernd mit einem Gesundheitssystem in Kontakt, das ihren spezifischen Bedürfnissen nicht gerecht wird.

*Illegaler Aufenthalt
oder unsicherer
Aufenthaltsstatus in
der Schweiz*

Für Personen ohne gesicherten Aufenthalt ist der Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems erschwert. Zudem sind sie häufig von den weiteren Vulnerabilitätsfaktoren «Soziale und wirtschaftliche Prekarität» sowie – aufgrund von Abhängigkeitsverhältnissen – «Gewalterfahrungen» betroffen.

2.3.2 Verstärkende Vulnerabilitätsfaktoren

Verstärkende Vulnerabilitätsfaktoren bedeuten für sich allein genommen keine besondere Vulnerabilität für HIV und STI, erhöhen diese jedoch im Zusammenspiel mit den primären Vulnerabilitätsfaktoren. Die folgende Aufzählung nennt die wichtigsten Faktoren, ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

⁵ Definition siehe Kapitel 9.5

*Sprachliche
Verständigungs-
schwierigkeiten*

Migrantinnen und Migranten mit sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten können von ihrer Gesundheitskompetenz weniger Gebrauch machen. Einerseits ist Sprache zentral, um Informationen über Leistungen und Angebote des Gesundheitssystems zu erhalten, andererseits erfordert gerade das Gespräch über Gesundheitsthemen differenzierte Sprachkenntnisse. Das kann Menschen daran hindern, überhaupt mit dem Gesundheitssystem in Kontakt zu treten.

*Kulturelle und religiöse
Einflüsse, welche das
Schutzverhalten
beeinträchtigen*

Kulturell und religiös bedingte Konzepte zu Gesundheit und Sexualität können das Schutzverhalten von Einzelpersonen beeinträchtigen. Insbesondere Vorbehalte gegenüber Verhütungsmitteln, grosses Machtgefälle zwischen den Geschlechtern und Abhängigkeitsverhältnisse beeinflussen den Aushandlungsspielraum zur Benutzung von Kondomen und Verhütungsmitteln und somit das situative Schutzverhalten.

*Soziale und
wirtschaftliche
Prekarität*

Ein prekärer sozialer und wirtschaftlicher Status schränkt die Handlungsmöglichkeiten ein. Das kann zum einen gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen fördern und zum andern den Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems erschweren. Zu den weiteren möglichen Folgen gehören Abhängigkeitsverhältnisse, die sich negativ auf das eigene Schutzverhalten hinsichtlich HIV/STI auswirken.

Tiefes Bildungsniveau

Ein tiefes Bildungsniveau hat oft negative Folgen für soziale und personale Ressourcen, die zur Belastungsbewältigung wichtig sind. Das kann gerade in schwierigen Lebenssituationen das sexuelle Schutzverhalten und den Kontakt zum Gesundheitssystem beeinträchtigen.

*Soziale und
emotionale Isolation*

Soziale und emotionale Isolation wirken sich generell negativ auf das Gesundheitsverhalten aus. Ein fehlendes soziales Gefüge führt mitunter auch zu vermehrten sexuellen Risikokontakten. In besonderem Masse gilt dies für unbegleitete minderjährige Migrantinnen und Migranten.

<i>Unerwünschte Schwangerschaft</i>	Eine unerwünschte Schwangerschaft und Schwangerschaftskonflikte können emotional stark belastend sein. Zudem verstärkt eine unerwünschte Schwangerschaft unter Umständen bestehende Abhängigkeitsverhältnisse.
<i>Gewalterfahrungen</i>	Direkte Gewalterfahrungen bei sexuellen Kontakten verunmöglichen ein selbstbestimmtes Schutzverhalten. Auch subtilere Formen von Gewalt (inklusive psychischer Gewalt) können denselben Effekt haben, da sie zu Ausbeutungsverhältnissen führen. Opfer von Gewalt nehmen aus Angst oder Scham oft keine Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch.
<i>Weibliche Genitalbeschneidung (FGM)</i>	FGM erhöht nebst den gynäkologischen Risiken jene für HIV und STI. Speziell bei traditionellen Beschneidungen besteht ein direktes Infektionsrisiko, da oft dieselben Instrumente mehrmals verwendet werden (ohne Sterilisierung nach jedem Eingriff). Für beschnittene Frauen kann zudem der Zugang zum Gesundheitssystem aufgrund von Schamgefühlen gegenüber Ärztinnen und Ärzten erschwert sein.
<i>Menschenhandel</i>	Personen, die Opfer von Menschenhandel sind oder waren, sind bezüglich Zugang zu gesundheitsbezogenen Versorgungs- oder Präventionsmassnahmen in besonderem Mass eingeschränkt. Weiter fehlen ihnen oft grundlegende Kenntnisse über ihre Handlungs- und Schutzmöglichkeiten bzw. über die entsprechenden Angebote in der Schweiz.
<i>Aufenthalt in Straf- und Massnahmenvollzugsanstalten</i>	Die Prävalenz von Infektionskrankheiten liegt bei Personen im Freiheitsentzug über jener der Gesamtbevölkerung. Gleichzeitig ist die Präventionsarbeit im Freiheitsentzug teilweise ungenügend [9].
<i>Problematischer Konsum von Alkohol und/oder synthetischen Drogen/Kokain</i>	Ein problematischer Konsum von Alkohol, synthetischen Drogen und Kokain beeinträchtigt das Schutzverhalten bei sexuellen Kontakten. Eine Sucht kann bei Sexarbeitenden zu Abhängigkeitsverhältnissen führen, die den Aushandlungsspielraum zur Benutzung von Kondomen und Verhütungsmitteln ein-

schränken. In diesem Zusammenhang besonders bedenklich ist, dass in bestimmten Bereichen des Sexmarktes (insbesondere Cabarets) sowohl Kunden wie Betreiberinnen und Betreiber von Etablissements starken Druck ausüben, um Sexarbeitende zum Alkoholkonsum zu bewegen.

*Unsicherheiten in
Bezug auf Gesundheitsdienstleistungen
im Asylbereich*

Der Aufenthaltsstatus vieler vulnerabler Migrantinnen und Migranten fällt unter das Asylrecht.⁶ Ein Grossteil dieser Personen benötigt finanzielle Unterstützung. Darin ist die obligatorische Krankenversicherung (Grundversicherung gemäss KVG) im Rahmen der Sachleistungen enthalten (im Asylwesen durch Kollektivversicherungen). Für weitere Gesundheitsleistungen gibt es kantonal unterschiedliche Modelle. In den meisten Kantonen liegt es im Ermessen der Sozialhilfebehörden, welche Gesundheitsleistungen zugesprochen werden. Erfahrungsgemäss geht damit eine grosse Unsicherheit einher, sowohl seitens der betroffenen Migrantinnen und Migranten wie auch seitens verschiedener Gesundheitsdienstleister und Behörden. Oft stehen Personen mit Migrationshintergrund auch vor finanziellen Problemen, wenn sie gegebenenfalls teure Abklärungen selbst übernehmen müssen. Das führt dazu, dass Migrantinnen und Migranten mit den Ausweisen N, F, und S oft von vornherein auf Präventions- und Vorsorgeangebote verzichten.

⁶ Unter das Asylrecht fallen folgende Aufenthaltskategorien:

- Ausweis N: Personen im Asylverfahren (im Falle einer Annahme des Asylantrags erfolgt eine befristete Aufenthaltsbewilligung nach Ausländerrecht).
- Ausweis F: Personen mit abgewiesenem Asylantrag, deren Ausweisung aus völkerrechtlichen oder humanitären Gründen zurzeit nicht möglich ist. Sie können ausgewiesen werden, wenn sich die Situation in ihrem Heimatland ändert.
- Ausweis S: Personen, die in der Schweiz vorübergehend Schutz vor Krieg erhalten.

Anmerkung:

Einige Vulnerabilitätsfaktoren für HIV/STI hängen eng mit dem Geschlecht zusammen und betreffen mehrheitlich bis ausschliesslich Frauen. Dazu zählen insbesondere Gewalterfahrungen – vor allem sexuelle Gewalt – und unerwünschte Schwangerschaft. Für viele Frauen ist der eigene Schutz beim Sexualverkehr deshalb erschwert. Dennoch gilt die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht im Rahmenkonzept MV nicht als eigener Vulnerabilitätsfaktor. Dies, weil nicht das Geschlecht an sich zu einem erhöhten Risiko führt, sondern die sozialen Umstände. Stattdessen setzt das Rahmenkonzept MV auf Massnahmen des Empowerment, um allen Menschen die gleichen Chancen zu ermöglichen.

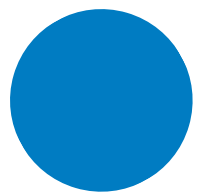
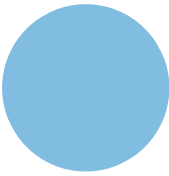
Das vorliegende Rahmenkonzept legt ein besonderes Augenmerk auf Sexualverkehr zwischen Frauen. Die vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin (IUMSP) in Lausanne durchgeführte Studie ANSWER [13] hat ergeben, dass 7% der Studien-Teilnehmerinnen Erfahrungen mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten gemacht haben. Akteure der HIV&STI-Arbeit sollten deshalb diese Population in ihren Präventionsbotschaften und Angeboten berücksichtigen.

Minderjährige Personen ohne erwachsenen Begleitschutz erhalten ebenfalls besondere Beachtung. Das Betreuungspersonal und sonstige Fachleute im Kontakt mit Minderjährigen sollen dabei speziell den Aspekt von möglicherweise erlebter sexueller Gewalt berücksichtigen.



3

DIE OBERZIELE DES RAHMENKONZEPTS MV



Oberziel 1: die sexuellen Rechte

Vulnerable Migrantinnen und Migranten nehmen ihre sexuellen Rechte wahr.

Folgende Unterziele sind Voraussetzung, um Oberziel 1 zu erreichen:

- Vulnerable Migrantinnen und Migranten kennen ihre sexuellen Rechte.
- Vulnerable Migrantinnen und Migranten sind in der Lage, ihre sexuellen Rechte wahrzunehmen.
- Vulnerable Migrantinnen und Migranten sind in ihrer Selbstbestimmung bestärkt und fällen Entscheidungen autonom.

Oberziel 2: Primärprävention von HIV und STI

Das Übertragungsrisiko von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen bei vulnerablen Migrantinnen und Migranten sinkt.

Folgende Unterziele sind Voraussetzung, um Oberziel 2 zu erreichen:

- Vulnerable Migrantinnen und Migranten kennen die Safer Sex-Regeln und wenden sie an.
- Vulnerable Migrantinnen und Migranten kennen den schweizerischen Impfplan und befolgen ihn.

Oberziel 3: Beratung, Diagnostik und Therapie

HIV und andere STI werden bei vulnerablen Migrantinnen und Migranten in einem frühen Stadium erkannt und behandelt.

Folgende Unterziele sind Voraussetzung, um Oberziel 3 zu erreichen:

- Vulnerable Migrantinnen und Migranten nehmen nach einer Risikoexposition⁷ rasch die entsprechenden Dienstleistungen (Beratung und Testung) in Anspruch.
- Vulnerable Migrantinnen und Migranten mit Symptomen von HIV, einer STI oder undefinierten Beschwerden im Genitalbereich begeben sich unverzüglich in medizinische Abklärung.
- Infizierte Personen erhalten eine qualitativ hochstehende medizinische und psychosoziale Beratung, Behandlung und/oder Begleitung.

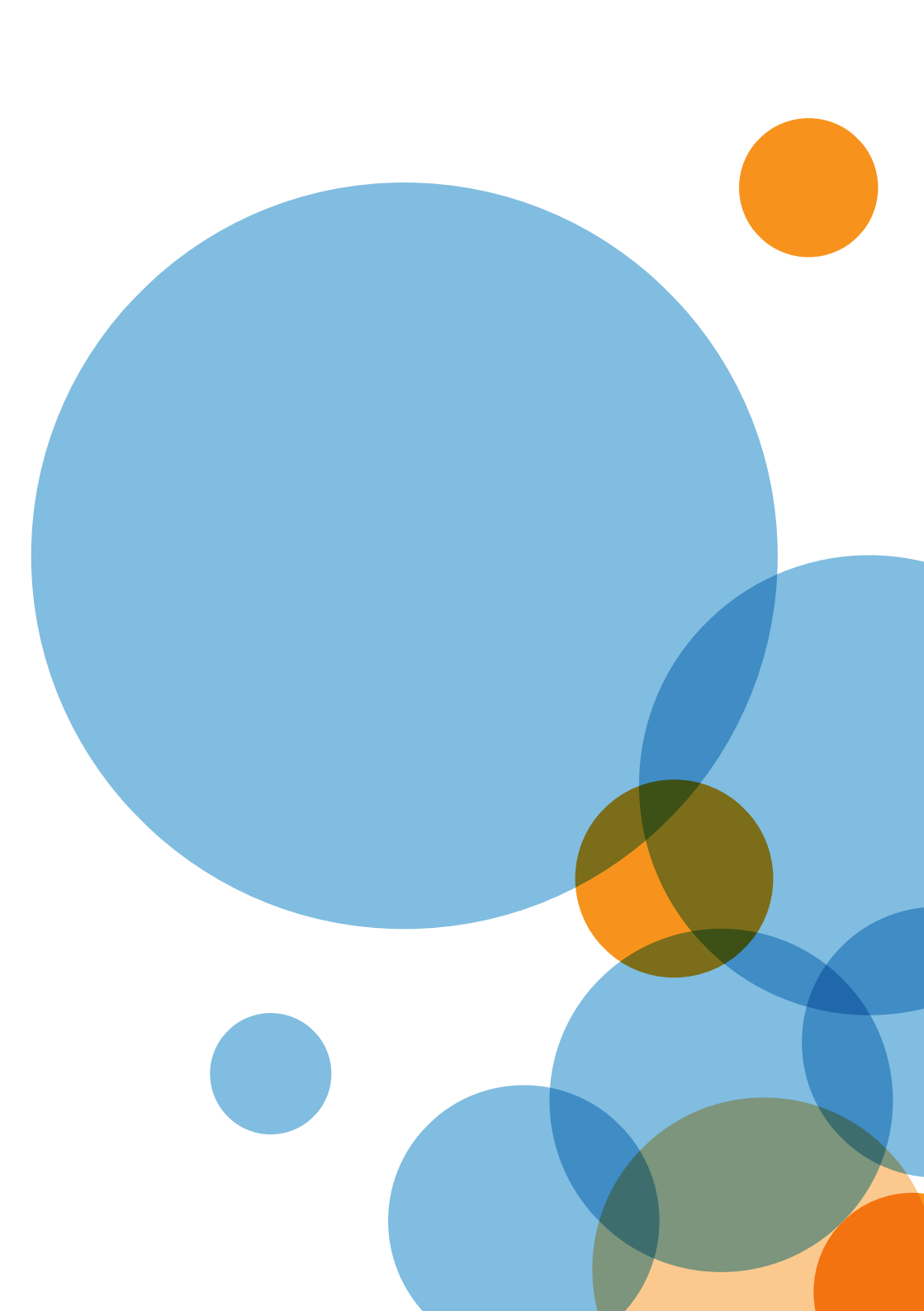
Oberziel 4: gesellschaftspolitische und strukturelle Bedingungen

Die HIV- und STI-Arbeit für vulnerable Migrantinnen und Migranten ist gesellschaftlich breit abgestützt und wirkt nachhaltig.

Folgende Unterziele sind Voraussetzung, um Oberziel 4 zu erreichen:

- Der Zugang zum Gesundheitssystem gilt für alle Menschen in der Schweiz.
- Die Menschenrechte werden eingehalten.
- Vulnerable Migrantinnen und Migranten sind als Akteurinnen und Akteure in die HIV/STI-Arbeit eingebunden.

⁷ Unter einer Risikoexposition sind ungeschützte sexuelle Begegnungen zu verstehen mit einem Partner oder einer Partnerin, die nachweislich HIV-positiv sind ohne unterdrückte Virenlast oder von dem/der man nicht verlässlich weiss, ob er/sie HIV- oder STI-infiziert ist und der/die einer Bevölkerungsgruppe mit erhöhter Prävalenz angehört.



4

DIE HANDLUNGSFELDER



Die Oberziele beschreiben die langfristig angestrebte Wirkung des Rahmenkonzepts MV. Wie diese Wirkung erzielt werden soll, ist in den Handlungsfeldern definiert. Sie dienen Akteurinnen und Akteuren der HIV/STI-Arbeit als Rahmen für die Planung künftiger Massnahmen.

Übersicht: Die Zuordnung der Handlungsfelder zu den Oberzielen

Oberziel 1: Die sexuellen Rechte

Oberziel 4: Gesellschaftspolitische und strukturelle Bedingungen

Handlungsfeld 1: Menschenrechte, Partizipation, Zugang zum Gesundheitssystem, Empowerment von Betroffenen

- 1.1 Akteure der HIV/STI-Arbeit fördern den Zugang für alle zum Gesundheitssystem.
Akteure: AHS, SGS, SRK, regionale Organisationen und Institutionen, Kantone
- 1.2 Akteure der HIV/STI-Arbeit setzen sich für die Menschenrechte und im Besonderen für die sexuellen Rechte ein.
Akteure: AHS, SGS, SRK, regionale Organisationen und Institutionen
- 1.3 Akteure der HIV/STI-Arbeit und Mitglieder von Migrationsgruppen bekämpfen Stigmatisierung und Diskriminierung und stärken Betroffene.
Akteure: AHS, SGS, SRK, regionale Organisationen und Institutionen
- 1.4 Akteure der HIV/STI-Arbeit fördern Empowerment und Selbstbestimmung von Migrantinnen und Migranten, indem diese in die Umsetzung des Rahmenkonzepts MV einbezogen werden.
Akteure: AHS, SGS, SRK, regionale Organisationen und Institutionen

Oberziel 2: Primärprävention von HIV und STI

Handlungsfeld 2: Zugang zu Information, Präventionsmaterial, Schwangerschaftsverhütung, Impfung

- 2.1 Akteure der HIV/STI-Arbeit machen Informationen, Präventionsmittel und Empfängnisverhütung niederschwellig zugänglich.
Akteure: AHS, SGS, SRK, regionale Organisationen und Institutionen, Kantone
- 2.2 Akteure der HIV/STI-Arbeit schaffen Impfangebote für vulnerable Migrantinnen und Migranten und medizinische Regelangebote bieten vulnerablen Migrantinnen und Migranten Impfungen an.
Akteure: Kantone, regionale Organisationen und Institutionen, SGS, SRK
- 2.3 Akteure der HIV/STI-Arbeit fördern gezielt Safer Sex bei Kunden von Sexarbeitenden.
Akteure: SGS, AHS, regionale Organisationen und Institutionen
- 2.4 Akteure der HIV/STI-Arbeit setzen sich dafür ein, dass Etablissements Präventionsmittel zur Verfügung stellen.
Akteure: Kantone, regionale Organisationen und Institutionen, AHS

Oberziel 3: Beratung, Diagnostik und Therapie

Handlungsfeld 3: Test, Diagnose, Behandlung, freiwillige Partnerinformation

- 3.1 Gesundheitsdienstleister richten Angebote auch auf vulnerable Migrantinnen und Migranten aus.
Akteure: Kantone, regionale Organisationen und Institutionen
- 3.2 Gesundheitsdienstleister schaffen spezielle Angebote für Testung und Behandlung der «Big Five»: HIV, Syphilis, Chlamydien, Gonorrhö, Hepatitiden.
Akteure: Kantone, regionale Organisationen und Institutionen

- 3.3 Akteure der HIV/STI-Arbeit unterstützen die freiwillige Partnerinformation durch die Migrantinnen und Migranten.
Akteure: Regionale Organisationen und Institutionen

4.1 HANDLUNGSFELD 1

Menschenrechte, Partizipation, Zugang zum Gesundheitssystem, Empowerment von Betroffenen

Vulnerable Migrantinnen und Migranten sollen gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitssystem erhalten. Hierzu müssen sich alle Akteurinnen und Akteure in Politik und Gesellschaft für die Rechte von Migrantinnen und Migranten und gegen Stigmatisierung und Diskriminierung einsetzen. Ausserdem sieht das Rahmenkonzept MV vor, dass sich Migrantinnen und Migranten an der Planung und Umsetzung von Massnahmen als aktive Partnerinnen und Partner beteiligen.

Handlungsfeld 1.1: Akteure der HIV/STI-Arbeit fördern den Zugang für alle zum Gesundheitssystem

Alle Akteurinnen und Akteure der HIV/STI-Arbeit fördern den gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen des Gesundheitssystems. Sie setzen sich speziell dafür ein, dass vulnerable Migrantinnen und Migranten eine Versicherungsdeckung erhalten. Hierzu stellen sie Informationsmaterialien in den jeweiligen Sprachen zur Verfügung. Wo eine Versicherungsdeckung nicht gewährleistet werden kann, unterstützen sie vulnerable Migrantinnen und Migranten so, dass die medizinische Versorgung gesichert ist.

Auf Seiten der kantonalen Behörden, der Gesundheitsdienstleister sowie der Krankenversicherer herrscht Klarheit darüber, dass auch Personen, die sich illegal in der Schweiz aufhalten, versichert sein müssen. Es werden innovative Lösungen entwickelt wie etwa Kollektivversicherungen. Alle Akteurinnen und Ak-

teure setzen sich auf politischer Ebene ebenfalls für den Zugang aller zum Gesundheitssystem ein.

Handlungsfeld 1.2: Akteure der HIV/STI-Arbeit setzen sich für Menschenrechte und im Besonderen für die sexuellen Rechte ein

Akteurinnen und Akteure der HIV/STI-Arbeit setzen sich dafür ein, dass vulnerable Migrantinnen und Migranten ihre Rechte wahrnehmen können. Dazu zählen – als integraler Bestandteil der Menschenrechte – insbesondere die sexuellen Rechte, wie sie in der Erklärung der International Planned Parenthood Federation (IPPF) definiert sind, darunter namentlich die Rechte auf Gleichstellung, Privatsphäre, Selbstbestimmung, Integrität, Würde und Zugang zur Gesundheitsversorgung [10]. Akteurinnen und Akteure der HIV/STI-Arbeit setzen sich ebenso für jene Rechte ein, die mit Migration in Zusammenhang stehen. Sie streben an, dass Gesellschaft und Politik diese Rechte als fundamental für den langfristigen Erfolg jeglicher Massnahmen zur Förderung der sexuellen Gesundheit der Gesamtbevölkerung anerkennen.

Handlungsfeld 1.3: Akteure der HIV/STI-Arbeit und Mitglieder von Migrationsgruppen bekämpfen Stigmatisierung und Diskriminierung und stärken Betroffene

Akteurinnen und Akteure der HIV/STI-Arbeit bekämpfen die Stigmatisierung und Diskriminierung von vulnerablen Migrantinnen und Migranten im Allgemeinen sowie von HIV/STI-Betroffenen im Besonderen. Diese werden durch gezielte Beratung und Unterstützung gestärkt. Massnahmen richten sich gleichermaßen auf die gesamte Gesellschaft wie auch auf Gemeinschaften von Migrantinnen und Migranten, innerhalb derer Fragen rund um HIV und STI mit Tabus und Stigmen belegt sind. Akteurinnen und Akteure innerhalb von Migrationsgruppen, welche für diese Themen sensibilisieren, werden gefördert und unterstützt. Von besonderer Bedeutung sind Massnahmen innerhalb des Gesundheitswesens zur Sensibilisierung für – oft unbeabsichtigte – diskriminierende Praktiken. Hinweisen auf Diskriminie-

rungen aller Art wird systematisch nachgegangen, seien sie fremdenfeindlicher, homophober oder transphober Natur oder gegen Sexarbeitende und Menschen mit HIV gerichtet.

Handlungsfeld 1.4: Akteure der HIV/STI-Arbeit fördern Empowerment und Selbstbestimmung von Migrantinnen und Migranten, indem diese in die Umsetzung des Rahmenkonzepts MV einbezogen werden

Akteurinnen und Akteure der HIV/STI-Arbeit beziehen bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen Migrantinnen und Migranten auf allen Partizipationsstufen mit ein.⁸

4.2 HANDLUNGSFELD 2

Zugang zu Information, Präventionsmaterial, Schwangerschaftsverhütung, Impfung

Prävention ist essentieller Bestandteil der HIV/STI-Arbeit. Das Rahmenkonzept MV sieht sowohl Massnahmen der Verhaltens- wie auch der Verhältnisprävention vor. Die Verhaltensprävention umfasst für alle vulnerablen Migrantinnen und Migranten Aufklärung sowie den Zugang zu Präventionsmitteln gegen HIV/STI und zur Schwangerschaftsverhütung. Als oberste Verhaltensmaxime stehen die Safer Sex-Regeln im Mittelpunkt:

1. Eindringen nur mit Gummi.
2. Blut und Sperma beim Oralverkehr nicht in den Mund.
3. Bei Grippesymptomen nach Sex ohne Gummi sowie bei Juckreiz, Brennen oder Ausfluss sofort zum Arzt.

Massnahmen der Verhältnisprävention beziehen sich auf die Bereitstellung von Präventions- und Verhütungsmaterialien in den konkreten Umfeldern, in denen Sex stattfindet.

⁸ zu Partizipationsstufen vgl. Wright T/Block M/von Unger H (2007): Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung: ein Modell zur Beurteilung von Beteiligung. In: Gesundheit Berlin (Hrsg.): Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 2007

Handlungsfeld 2.1: Akteure der HIV/STI-Arbeit machen Informationen, Präventionsmittel und Empfängnisverhütung niederschwellig zugänglich

Kernaufgabe der Prävention ist die Sensibilisierung für HIV/STI-Risiken sowie die Information über Schutz- und Behandlungsmöglichkeiten. Vulnerable Migrantinnen und Migranten werden für das eigene erhöhte Expositionsrisiko, für entsprechende Schutzmöglichkeiten und für Anzeichen der HIV-Primoinfektion sensibilisiert. Hierzu bedarf es zielgruppenspezifischer Information in den jeweiligen Sprachen.

Nebst der reinen Information ermöglichen die zuständigen Organisationen und Behörden den niederschweligen Zugang zu Präventionsmaterialien wie Kondomen, Femidomen, Gleitmitteln, Kontrazeption und sterilem Drogenbesteck (aufgrund des Hepatitis C-Risikos auch für nasalen Drogenkonsum). Ganzheitliche gynäkologische Beratungen, Untersuchungen und Behandlungen – inklusive Schwangerschaftsberatung und -verhütung – werden niederschwellig und kostengünstig für Frauen und Trans-Männer mit weiblichen Genitalorganen zugänglich gemacht. Dies gilt in besonderem Masse im Bereich der Sexarbeit.

Handlungsfeld 2.2: Akteure der HIV/STI-Arbeit schaffen Impfangebote für vulnerable Migrantinnen und Migranten / Medizinische Regelangebote bieten vulnerablen Migrantinnen und Migranten Impfungen an

Für vulnerable Migrantinnen und Migranten werden gezielt Impfmöglichkeiten geschaffen, damit sie sich – gemäss schweizerischem Impfplan – gegen impfbare STI impfen können (Hepatitis A und B sowie HPV). Medizinische Regelangebote bieten solche Impfungen ebenfalls aktiv und präventiv an. Insbesondere Hausärzte sind diesbezüglich sensibilisiert.

Handlungsfeld 2.3: Akteure der HIV/STI-Arbeit fördern gezielt Safer Sex bei Kunden von Sexarbeitenden

Akteurinnen und Akteure klären die Kunden (Schweizer und Migranten) von Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern über Safer Sex

auf und über die grundlegenden Gebote der Fairness gegenüber den Anbieterinnen und Anbietern von sexuellen Dienstleistungen (*fair sex rules*). Sie motivieren die Kunden zur Einhaltung der Regeln bzw. Gebote. Entsprechende Informationsmaterialien sind in den jeweiligen Sprachen verfügbar.

Handlungsfeld 2.4: Akteure der HIV/STI-Arbeit setzen sich dafür ein, dass Etablissements Präventionsmittel zur Verfügung stellen

Akteurinnen und Akteure der HIV/STI-Arbeit stehen in regelmäßigem Kontakt zu Betreiberinnen und Betreibern von Etablissements, die sexuelle Dienstleistungen anbieten. Sie unterstützen diese bei Fragen des Zugangs zu Präventionsmitteln (Kondomen, Femidomen, Gleitmitteln, Informationsmaterialien). Die ab 1. Januar 2016 geltende Epidemienverordnung des Bundesrats verpflichtet die Etablissements, geeignetes Informationsmaterial sowie Präservative und wasserlösliche Gleitmittel gratis zur Verfügung zu stellen (EpV, Art. 27).

4.3 HANDLUNGSFELD 3

Test, Diagnose, Behandlung, freiwillige Partnerinformation

Im Handlungsfeld 3 steht einerseits die Schaffung niederschwelliger Angebote für vulnerable Migrantinnen und Migranten im Zentrum und andererseits die Sensibilisierung für Regelangebote.

Handlungsfeld 3.1: Gesundheitsdienstleister richten Angebote auch auf vulnerable Migrantinnen und Migranten aus

Der Zugang von vulnerablen Migrantinnen und Migranten zu Beratung, Test, Behandlung und Unterstützung wird durch spezifische Angebote sowie die Sensibilisierung für Regelangebote gefördert. Praktizierende Ärztinnen und Ärzte, die häufig

erste Ansprechpersonen von Patientinnen und Patienten sind, sind auf die Bedürfnisse von vulnerablen Migrantinnen und Migranten hinsichtlich HIV und STI sensibilisiert. Spezifische Angebote beruhen auf den Prinzipien des «Voluntary Counseling and Testing» (VCT) und beinhalten geeignete Massnahmen zur sprachlichen und transkulturellen Verständigung. Sie erreichen vulnerable Migrantinnen und Migranten in einem Ausmass, dass HIV innerhalb von zwölf Monaten nach einer Infektion erkannt wird.

Regelangebote für die Beratung, Testung, Behandlung und Unterstützung von vulnerablen Migrantinnen und Migranten sind vorbereitet. Die für diese Angebote erforderlichen Kompetenzen müssen gewährleistet sein, namentlich sprachliche und transkulturelle, die bei Bedarf auch von externen Diensten angefordert werden können. Mitarbeitende von Regelangeboten sind auf die HIV-Primoinfektion sensibilisiert und erkennen deren Symptome.

Spezifische Angebote und Regelangebote erreichen zusammen alle vulnerablen Migrantinnen und Migranten. Im Zusammenspiel mit entsprechenden Informationsangeboten stellen sie sicher, dass STI beim ersten Auftreten von Symptomen diagnostiziert und behandelt werden.

Handlungsfeld 3.2: Gesundheitsdienstleister schaffen spezielle Angebote für Testung und Behandlung der «Big Five»: HIV, Syphilis, Chlamydien, Gonorrhö, Hepatitiden

Menschen aus HIV-Hochprävalenzländern wird der HIV-Test und bei Bedarf die HIV-Therapie angeboten. Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter wird – mindestens einmal im Jahr – eine Abklärung zu den «Big Five» angeboten. Bei positivem Befund erhalten sie unverzüglich die notwendige Behandlung. Für vulnerable männliche Migranten, die Sex mit Männern haben, gelten bezüglich «Big Five» dieselben Empfehlungen wie für alle MSM [11].

Und bei allen vulnerablen Migrantinnen erfolgt im Rahmen einer Schwangerschaftsbetreuung eine Risikoabklärung im Hinblick auf die «Big Five».

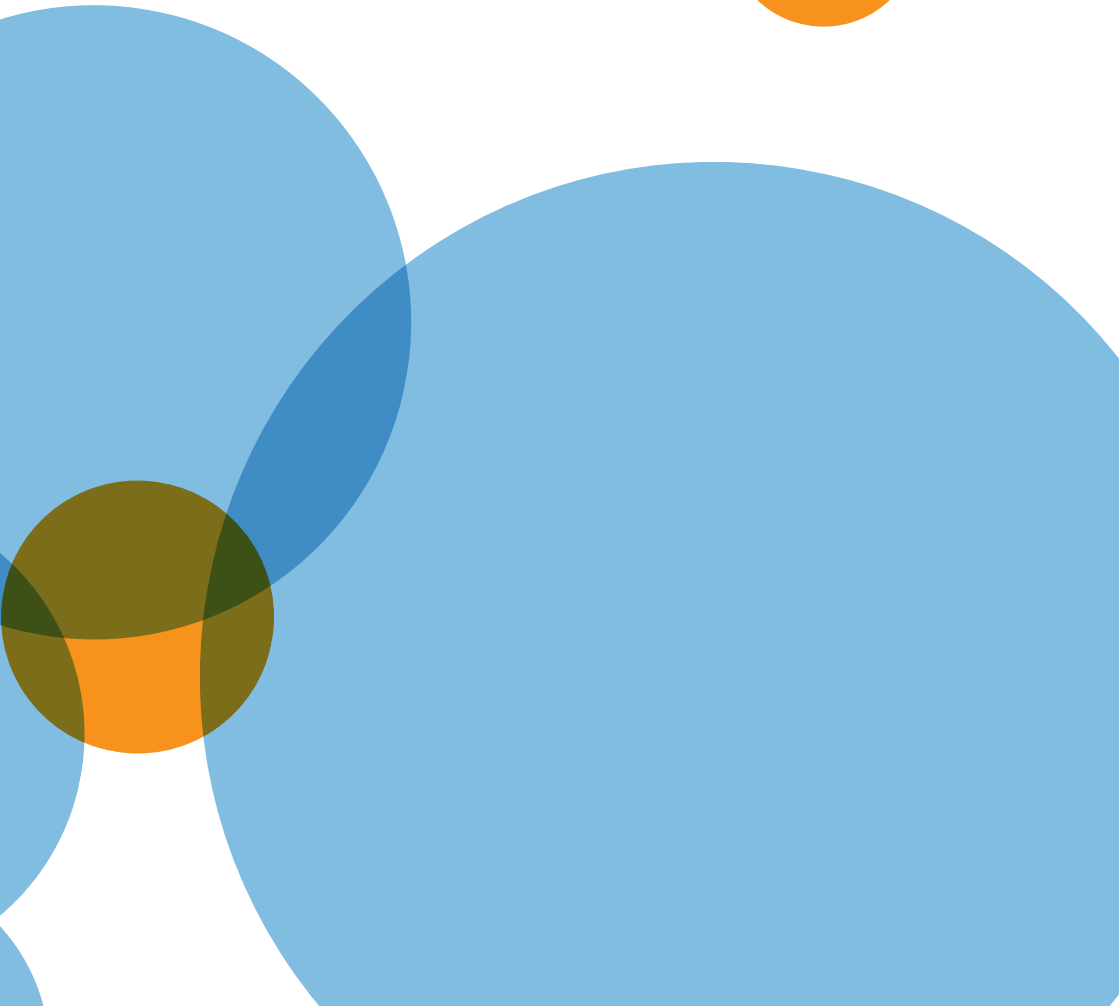
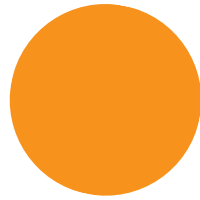
Handlungsfeld 3.3: Akteure der HIV/STI-Arbeit unterstützen die freiwillige Partnerinformation

Bei jeder HIV- und STI-Diagnose klären die Ärztinnen und Ärzte im Gespräch mit den Patientinnen und Patienten ab, von wem eine Infektion stammen könnte und ob sie allenfalls bereits weitergegeben wurde. Nach Möglichkeit und unter Einhaltung aller rechtlichen Normen informieren die Patientinnen und Patienten oder eine Drittperson (nur mit Einverständnis der Patientin/des Patienten) Kontaktpersonen und motivieren sie zu einem Test. Die Patientinnen und Patienten werden bei der freiwilligen Partnerinformation beraten und unterstützt.



5

DIE ZUSAMMENARBEIT DER AKTEURE



Partnerschaftliche Umsetzung des Rahmenkonzepts MV

Die Umsetzung des Rahmenkonzepts MV erfolgt partnerschaftlich, wobei den in seine Erarbeitung involvierten Organisationen eine wichtige Rolle zukommt. Sie sollen als nationale Akteure gezielt die Zusammenarbeit mit regionalen und lokalen Organisationen und Institutionen fördern. Nicht zuletzt gilt es, auch mit den Kantonen, speziell mit den kantonalen Gesundheitsbehörden, eine dauerhafte Zusammenarbeit zu etablieren. Auf nationaler Ebene übernimmt das BAG die Koordinationsfunktion.

Die Akteure und ihre Rollen/Zuständigkeiten⁹

Bundesamt für Gesundheit BAG

Nationale Koordination und Kooperation: Das BAG koordiniert die Umsetzung des Rahmenkonzepts MV auf nationaler Ebene. Es arbeitet eng mit den nationalen Dachorganisationen und -verbänden in den Bereichen HIV/STI-Arbeit, Migration und Sexarbeit zusammen, ebenso mit anderen Bundesstellen – insbesondere dem Staatssekretariat für Migration – sowie mit kantonalen Behörden. Das BAG achtet darauf, dass die Ressourcen des Bundes effizient eingesetzt und Doppelspurigkeiten vermieden werden.

Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG)

Umsetzung des Rahmenkonzepts MV: Die EKSG bietet Unterstützung in strategischer wie fachlicher Hinsicht: Sie berät Akteurinnen und Akteure bezüglich Planung, Meilensteinen und speziellen Fragen und kontrolliert, ob die strategischen Leitlinien umgesetzt werden. Zudem empfiehlt die EKSG dem Bundesrat, das Rahmenkonzept MV dem Parlament und den Kantonen zur Kenntnis zu bringen.

Richtlinien und Empfehlungen: Die EKSG formuliert und propagiert Richtlinien und Empfehlungen für die Beratung, therapie-

⁹ Hier sind die für die Umsetzung des Rahmenkonzepts MV besonderen Aspekte beschrieben. Die Zusammenarbeit und Aufgabenteilung in der HIV/STI-Arbeit allgemein ist im NPHS 2011–2017 definiert.

unterstützende Diagnostik und Therapie von Menschen mit HIV/ Aids und/oder STI.

Kantone

Kantonale Gesundheitspolitik: Die Kantone entwickeln eine Gesundheitspolitik, bei der die Bedürfnisse von vulnerablen Migrantinnen und Migranten berücksichtigt werden. Sie finanzieren und koordinieren kantonale Angebote und sichern deren Qualität.

Mandatierung kantonaler und kommunaler Akteure: Die Kantone mandatieren kantonale und kommunale Akteure mit der Umsetzung einzelner Elemente des Rahmenkonzepts MV.

Nationale NGOs (Dachorganisationen und -verbände)

Umsetzung durch gezielte Massnahmen: Die nationalen NGOs entwickeln zielgerichtete Massnahmen.

Regionale Koordination und Kooperation: Die nationalen NGOs bauen in allen Handlungsfeldern des Rahmenkonzepts MV regionale und/oder kantonale Netzwerke auf, die regionale und/oder lokale Akteure in die Umsetzung einbeziehen. Sie koordinieren ihre Arbeit untereinander.

Förderung der gesellschaftlichen Akzeptanz und Lobbying: Die NGOs engagieren sich auf nationaler ebenso wie auf kantonaler und kommunaler Ebene für einen gesellschaftlichen Rahmen, der den Zielen des Rahmenkonzepts MV förderlich ist. Ein wichtiger Aspekt ist dabei das politische Lobbying mit dem Ziel, das politische Verständnis für die HIV/STI-Arbeit im Bereich Migration zu sichern.

Die Rollen und Zuständigkeiten nationaler NGOs sind zum Teil im NPHS definiert [1]:

Aids-Hilfe Schweiz (AHS):

Die AHS mit ihren Regionalstellen ist hauptsächlich zuständig für Sensibilisierung, Information und Beratung in den Zielgruppen

MSM, Sexarbeitende, Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern, weitere vulnerable Migrationsgruppen und Gefängnisinsassen. Sie unterstützt das System der Drogen- und Suchthilfe bei der Sensibilisierung, Information und Beratung von intravenös Drogenkonsumierenden.

Sexuelle Gesundheit Schweiz (SGS):

SGS ist mit ihren Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung hauptsächlich zuständig für Sensibilisierung, Information und Beratung der Gesamtbevölkerung. Dazu zählen somit auch die Kunden von Sexarbeitenden, Jugendliche (Sexualaufklärung) und andere vulnerable Gruppen, in denen es keine erhöhte HIV-Prävalenz gibt (z.B. Frauen in einem Schwangerschaftskonflikt und Gruppen mit Migrationshintergrund). Als Umsetzungspartnerin von International Planned Parenthood Federation (IPPF) und United Nations Population Fund (UNFPA) beschäftigt sich SGS ausserdem zentral mit der Promotion der sexuellen Rechte in der Schweiz.

Das Rahmenkonzept MV sieht für weitere nationale NGOs Rollen und Zuständigkeiten vor:

PROKORE

Das gesamtschweizerische Netzwerk PROKORE ermöglicht und gewährleistet die Koordination von Akteuren sowie von konkreten Projekten, Angeboten und Dienstleistungen.

Stiftung Agnodice/Transgender Network Switzerland:

Die Stiftung Agnodice und der Verein Transgender Network Switzerland sind hauptsächlich zuständig für Sensibilisierung, Information und Beratung von Transmenschen.

Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK):

Das SRK ist Ansprech- und Umsetzungspartner für migrations-spezifische Aspekte von Projekten, Dienstleistungen und Angeboten.





6

DIE LANGFRISTIGEN GRUNDLAGEN

6 DIE LANGFRISTIGEN GRUNDLAGEN

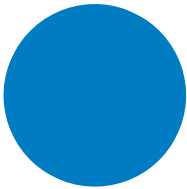
Surveillance

Massnahmen der HIV/STI-Arbeit sollen evidenzbasiert sein. Was vulnerable Migrantinnen und Migranten betrifft, bestehen jedoch teilweise erhebliche Wissenslücken. Diese werden durch den Aufbau entsprechender Surveillance-Instrumente geschlossen. Dazu zählt unter anderem die Weiterentwicklung von BerDa (Beratungsleitfaden und Datenverwaltungssystem für VCT-Stellen des BAG). Um den spezifischen Bedürfnissen der HIV/STI-Arbeit im Bereich Migration gerecht zu werden, bezieht das BAG die Partner des Rahmenkonzepts MV regelmässig in die Weiterentwicklung der Surveillance mit ein.

Forschung

Eine kontinuierliche Surveillance kann nicht alle Wissenslücken schliessen. Das BAG und die Partner des Rahmenkonzepts MV, insbesondere aber auch der Schweizerische Nationalfonds (SNF)¹⁰ fördern deshalb gezielte Forschungsprojekte im Bereich Public Health, welche zu einem besseren Verständnis der Zusammenhänge von Migration und HIV/STI sowie zu neuen Ansätzen in der HIV/STI-Arbeit führen. Sie verfolgen das Ziel, Migrationsthemen innerhalb des Forschungsgebiets Sexual Health fest zu verankern. Die Forschung soll anwendungsorientiert sein und auf jeweils aktuelle Fragestellungen reagieren.

¹⁰ Vgl. BAG (2011): Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017: 142-144 und 81-105



7

DIE NÄCHSTEN SCHRITTE



Nationale Arbeitsgruppe

Das BAG bildet zusammen mit den wichtigsten nationalen Stakeholdern (AHS, SGS) eine Arbeitsgruppe, welche ab Sommer 2016 die Umsetzung des Rahmenkonzepts MV auf nationaler Ebene steuert.

Best Practice-Leitlinien

Die wichtigsten nationalen Stakeholder erarbeiten Best Practice-Leitlinien, welche die zentralen Kriterien für Planung, Umsetzung und Evaluation von Massnahmen definieren. Sie enthalten zudem Beispiele von Projekten, Angeboten und Dienstleistungen, die den Zielsetzungen und dem Vorgehen des Rahmenkonzepts MV entsprechen.

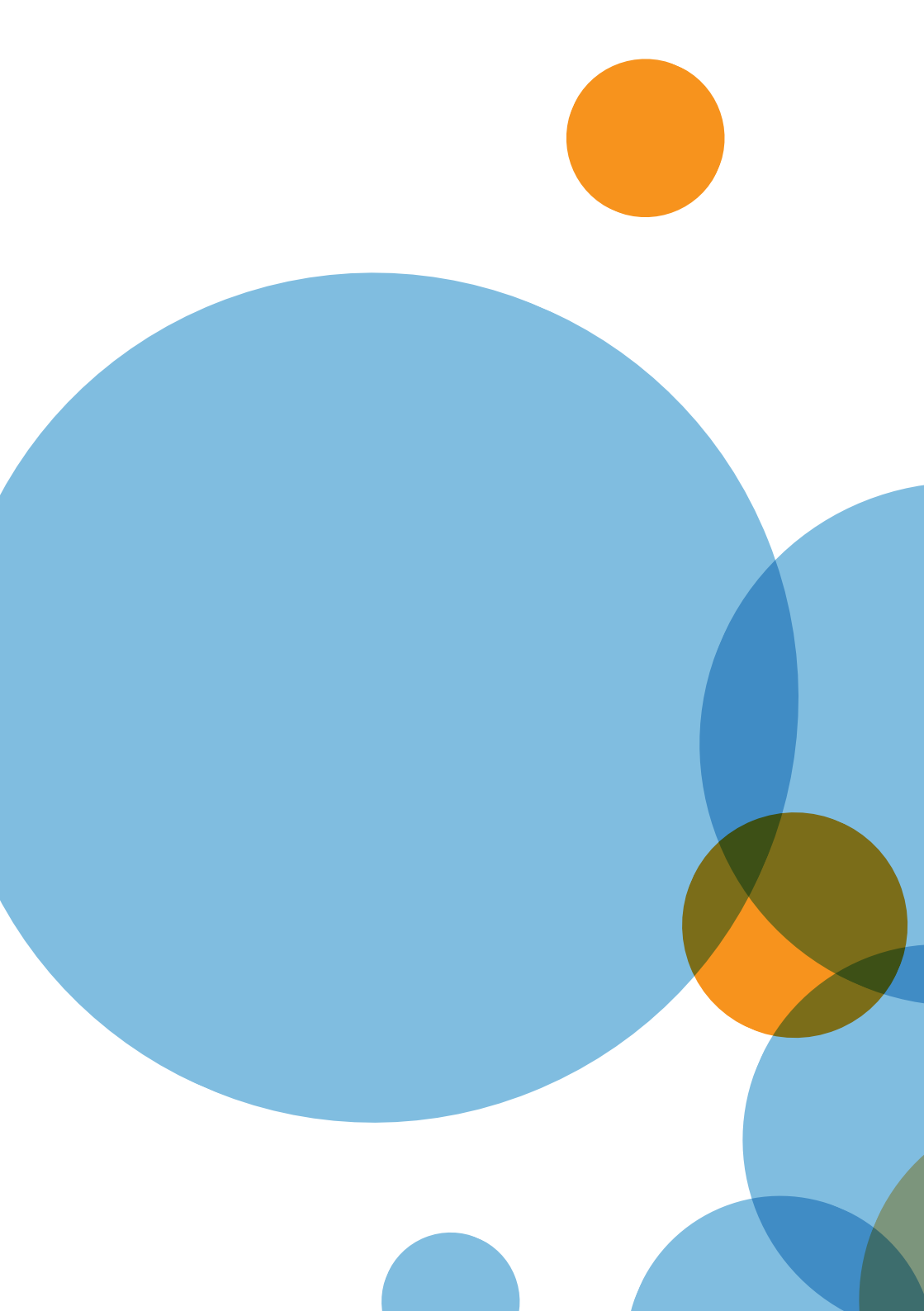
Regionale Analyse der Migrationsbevölkerung

Die regionalen Akteure analysieren die jeweilige Migrationsbevölkerung hinsichtlich der Vulnerabilitätsfaktoren für HIV/STI. Darauf basierend setzen sie regionale Prioritäten für die Umsetzung des Rahmenkonzepts MV. Die regionale Analyse der Migrationsbevölkerung ist Voraussetzung, um projektbezogene Bundesgelder zu beantragen.

Laufende Projekte

Mehrere Projekte zur Umsetzung des Rahmenkonzepts MV sind bereits angelaufen. Dazu zählen:

- Umfrage unter Sexarbeitenden zu Vulnerabilitätsfaktoren für HIV/STI. Ziel: Evidenzbasis für Interventionen. Umsetzung durch IUMSP (Resultate werden 2016 publiziert).
- Aufbau eines interkantonalen aufsuchenden Präventionsprojekts für Sexarbeitende (Frauen, Männer, Transmenschen mit Migrationshintergrund. Ziel: Zielgruppe besser erreichen/dichtere Beratung durch Nutzung von Synergien. Beteiligte Akteure: Fleur de Pavé Lausanne et Aspasia Genève.
- Externe Evaluation der APiS- und Afrimedia-Programme. Ziel: Programme entsprechend Rahmenkonzept MV steuern und ausrichten. Akteur: AHS.



8

NACHWORT



NACHWORT



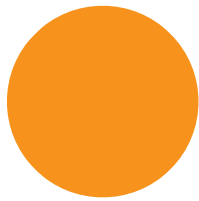
Das Rahmenkonzept MV bekräftigt den Willen der Eidgenössischen Kommission für sexuelle Gesundheit, der Bedrohung durch HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen weiterhin aktiv und entschlossen entgegenzutreten. Im Sinne des Präventionsleitsatzes «Put the effort where the virus is» fokussiert es auf Menschen, die stärker von HIV- und STI-Risiken betroffen sind als die Gesamtbevölkerung: auf vulnerable Migrantinnen und Migranten.

Das Rahmenkonzept fördert Massnahmen zur Verhinderung von Infektionen ebenso wie eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung für Menschen, die sich infiziert haben. Hierzu baut es auf die effektive Zusammenarbeit zwischen Akteurinnen und Akteuren der Prävention, des Gesundheits- und des Migrationswesens. Damit setzt das Konzept die notwendigen Leitlinien. Doch Patentrezepte für konkrete Projekte, Dienstleistungen und Angebote kann es nicht liefern. Sein Erfolg ist vielmehr abhängig von der Initiative und der Kreativität der einzelnen Akteurinnen und Akteure. Alle und alle gemeinsam sind gefragt.

Ein wichtiger Schlüssel zum Erfolg ist die Partizipation von Migrantinnen und Migranten selbst. HIV/STI-Arbeit soll nicht nur für sie, sondern auch von ihnen und mit ihnen stattfinden. Denn wahre Chancengleichheit ist zugleich die Voraussetzung für eine selbstbestimmte und verantwortungsbewusste Sexualität.

In diesem Sinne wünsche ich allen Akteurinnen und Akteuren, besonders aber den betroffenen Menschen, dass sich die gesteckten Ziele erfolgreich umsetzen lassen.

Prof. Dr. med. Pietro Vernazza
Ehemaliger Präsident der Eidgenössischen Kommission für sexuelle Gesundheit EKSG (2008–2015)



9

ANNEX: MIGRATION UND HIV/STI IN DER SCHWEIZ



9.1 MIGRATIONSBEVÖLKERUNG IN DER SCHWEIZ

Die meisten Vulnerabilitätsfaktoren für HIV und STI erscheinen in keiner Bevölkerungsstatistik. Es ist deshalb nicht möglich, eine «Gruppe der vulnerablen Migrantinnen und Migranten» aufgrund statistischer Daten exakt zu beschreiben und zu quantifizieren. Zwar werden ausländische Staatsangehörige vom Bundesamt für Statistik (BFS) erfasst [12], doch längst nicht alle sind als vulnerabel zu betrachten. Auf der anderen Seite sind darin weder jene Migrantinnen und Migranten enthalten, die Schweizer Staatsbürger sind, noch jene, die sich illegal in der Schweiz aufhalten. Dennoch geben die Kennzahlen des BFS einen aufschlussreichen Überblick über die Zusammensetzung der Migrationsbevölkerung und Hinweise zu Tendenzen, die es hinsichtlich der HIV/STI-Arbeit zu beachten gilt.

Ende 2013 waren rund ein Viertel der in der Schweiz wohnhaften Bevölkerung – knapp 1,9 Mio. von etwas über 8 Mio. Menschen – ausländische Staatsangehörige. Davon wiederum stammten rund zwei Drittel aus EU/EFTA- (ca. 1,3 Mio. Personen) und ein Drittel aus anderen Staaten (ca. 600000 Personen). Bei beiden Gruppen steigt die Zuwanderung seit Jahren. Insgesamt kamen 2013 rund 170000 Personen ohne Schweizer Staatsbürgerschaft neu in die Schweiz, davon rund 115000 aus EU/EFTA- und rund 55000 aus anderen Staaten. 75000 Personen ohne Schweizer Staatsbürgerschaft verliessen die Schweiz. Das zeigt den steten Wandel der Migrationsbevölkerung. Dieser wird sich auch in Zukunft fortsetzen, unabhängig davon, ob die Zahl der ausländischen Wohnbevölkerung weiterhin steigt, stagniert oder sinkt.

9.2 EPIDEMIOLOGISCHE DATEN ZU HIV UND STI IN DER MIGRATIONSBEVÖLKERUNG

Im Durchschnitt sind in der Schweiz drei von tausend Personen HIV-positiv. Allerdings ist HIV sehr ungleich verteilt. Drei Gruppen sind deutlich stärker betroffen als die Gesamtbevölkerung: MSM, IDU sowie Migrantinnen und Migranten aus den Hochprävalenzländern Subsahara-Afrikas. Dies zeigen die Zahlen von 2014 (Bulletin 21/2015). So wurden in jenem Jahr 50% der neuen HIV-Diagnosen bei MSM gestellt (66,1% der HIV-Diagnosen bei Männern), obwohl der Anteil der MSM an der sexuell aktiven, männlichen Gesamtbevölkerung nur rund 3% beträgt. Analog wurden 1,7% der HIV-Diagnosen bei IDU gestellt, während deren Anteil an der Gesamtbevölkerung gemäss Schätzungen bei weniger als einem halben Prozent liegt. Schliesslich wurden 18% der HIV-Diagnosen mit heterosexuellem Ansteckungsweg bei Personen aus Hochprävalenzländern gestellt, obwohl deren Anteil an Gesamtbevölkerung wahrscheinlich bei weniger als 1% lag. Doch auch abgesehen von Menschen aus Hochprävalenzländern entfallen überdurchschnittlich viele HIV-Neudiagnosen auf Migrantinnen und Migranten. Insbesondere die vulnerabelsten Migrantinnen und Migranten machten im Jahr 2014 einen bedeutenden Anteil der neuen HIV-Diagnosen aus, und zwar sowohl bei heterosexuellen Personen als auch bei MSM.

Unter den jährlich neu diagnostizierten Migrantinnen und Migranten befinden sich überproportional viele Frauen. Dies erklärt sich vor allem aus dem hohen Frauenanteil aus den Hochprävalenzländern der Subsahara-Region. Migrantinnen und Migranten sind zum Zeitpunkt der Diagnose in der Regel jünger als Schweizerinnen und Schweizer. Und: Bei Migrantinnen und Migranten wird HIV häufiger erst zu einem späteren Zeitpunkt im Infektionsverlauf diagnostiziert [7].

9.3 MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN AUS SUBSAHARA-AFRIKA

9.3.1 HIV-Prävalenz

In der Schweiz lebten 2013 rund 63 000 Menschen (ständige und nicht-ständige Wohnbevölkerung) aus der Region Subsahara-Afrika, was ca. 0.8% der Gesamtbevölkerung entspricht [12]. In dieser Zahl nicht enthalten sind Migrantinnen und Migranten der ersten und zweiten Generation, die über die Schweizer Staatsangehörigkeit verfügen, sowie Migrantinnen und Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus. Gemessen an ihrem geringen Anteil an der Gesamtbevölkerung weist diese Gruppe einen hohen Anteil an HIV-Neuinfektionen auf: 2014 betrafen etwa 7% aller in der Schweiz neu diagnostizierten HIV-Fälle Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika [7]. Ihr Anteil lag in den vergangenen zehn Jahren immer in einer ähnlichen Grössenordnung.

Dies erklärt sich nicht zuletzt aus den sehr hohen HIV-Prävalenzen vieler Länder der Subsahara-Region. Zugleich kumulieren sich bei einem Teil der Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika mehrere Vulnerabilitätsfaktoren für HIV und STI, etwa bei jenen mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus. Besonders bedeutend ist zudem die starke Stigmatisierung von Menschen mit HIV innerhalb vieler afrikanischer Gemeinschaften. Sie führt dazu, dass Betroffene ihre Infektion oft geheim halten und medizinische Angebote – auch Testangebote – weniger wahrnehmen. Beides begünstigt die Verbreitung von HIV.

9.3.2 Die ANSWER-Studie

Die 2013/2014 durchgeführte, webbasierte ANSWER-Umfrage (Africa Net Survey – We Respond!) liefert wichtige Erkenntnisse zu Informationsstand, Schutzstrategien und Präventionsbedürfnissen von Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika in Bezug auf HIV und STI. Allerdings können die ANSWER-Ergebnisse nicht als repräsentativ für diese Gruppe betrachtet werden, da die Stichprobe nicht zufällig ausgewählt wurde, sondern auf der Mobilisierung innerhalb bestehender Netzwerke

beruhte. An der Umfrage nahmen 745 in der Schweiz lebende Menschen teil, die sich selber als Afrikanerinnen und Afrikaner identifizierten. Davon waren 152 ausserhalb von Afrika geboren, zumeist in der Schweiz.

Fast 90 % der Befragten, die in Subsahara-Afrika geboren wurden, schätzen die eigene Gesundheit als gut oder sehr gut ein. Wenn Probleme auftreten, gehen knapp 70 % zum Hausarzt, während rund 10 % in der Regel die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen, weitere rund 10 % eine medizinische Einrichtung speziell für Migrantinnen und Migranten und 7 % eine Poliklinik. Ein Prozent wendet sich an traditionelle Heiler. Ebenfalls fast 90 % der Teilnehmenden verfügen über eine Krankenversicherung.

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten kennt Angebote und Dienstleistungen im Bereich Information und Unterstützung betreffend HIV. Über 70 % geben an, dass sie Orte kennen, wo man sich auf HIV testen lassen kann. Ebenfalls rund 70 % kennen Präventionskampagnen gegen HIV in der Schweiz. Im Kontrast hierzu beantworteten jedoch weniger als die Hälfte alle fünf Standardfragen¹¹ zu den HIV-Übertragungswegen richtig. Diesbezüglich besteht ein enger Zusammenhang mit dem Bildungsniveau.

Ein Teil der Fragen drehte sich um das Sexualverhalten. Fast 40 % der Männer und fast 30 % der Frauen hatten während der vorangegangenen zwölf Monate zwei oder mehr Sexualpartner.

¹¹ 1. Kann das Risiko einer HIV-Übertragung verringert werden, wenn man nur mit einem treuen, nicht infizierten Partner Sex hat?

2. Kann die Verwendung von Kondomen das Risiko einer HIV-Übertragung verringern?

3. Kann eine gesund aussehende Person HIV haben?

4. Kann man von Mückenstichen mit HIV infiziert werden?

5. Kann man sich beim gemeinsamen Essen mit einer HIV-infizierten Person selber infizieren?

Vgl. UNAIDS (2010): Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS-Guidelines on construction of core indicators.

17% der Männer gaben Geld oder Geschenke für Sex. Umgekehrt erhielten 8% der Frauen Geld oder Geschenke für Sex. Etwas mehr als 8% der Männer und fast 7% der Frauen berichteten von gleichgeschlechtlichem Sex. Rund 10% der Männer und über 30% der Frauen haben nach eigenen Angaben in ihrem Leben schon Sex gegen ihren Willen gehabt. Von den 18 bis 49-Jährigen mit mehr als einem Sexualpartner in den letzten zwölf Monaten verwendeten 67% beim letzten sexuellen Kontakt ein Kondom. Der Gebrauch von Kondomen nimmt mit zunehmendem Alter ab.

Über 30% der Befragten erklären, während der vorangegangenen zwölf Monate einen HIV-Test gemacht zu haben. Dies korreliert mit dem Bildungsniveau und dem persönlichen Wissensstand zu HIV, zu anderen STI, zum HIV-Test und zu Gesundheitsangeboten. 7% geben an, irgendwann in ihrem Leben positiv auf HIV getestet worden zu sein. 4% erwähnen eine aktuelle oder vergangene Hepatitis B.

In der Gruppe der Afrikanerinnen und Afrikaner, die in der Schweiz geboren wurden, geben anteilmässig mehr Befragte an, intravenös Drogen zu konsumieren, in ihrem Leben Sex gegen ihren Willen gehabt haben, von HIV oder Hepatitis B betroffen zu sein, mehrere Sexualpartner zu haben und riskanten Sex zu praktizieren.

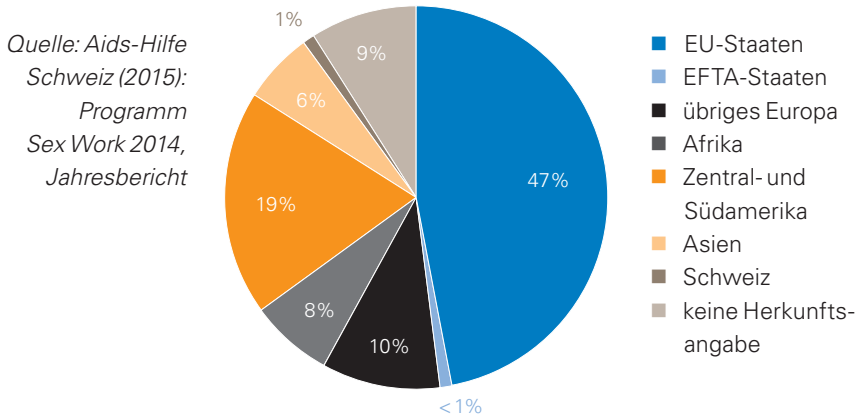
9.4 MIGRATION, HIV/STI UND SEXARBEIT

9.4.1 Migrantinnen und Migranten in der Sexarbeit

Die Schweiz zählt zu den Staaten mit einer liberalen Gesetzgebung hinsichtlich der Sexarbeit: Sie ist erlaubt und wird als eine Form der wirtschaftlichen Tätigkeit betrachtet. Die genaue Regelung des Sexgewerbes fällt jedoch in die Zuständigkeit der Kantone. Aufgrund der damit einhergehenden unterschiedlichen Bestimmungen und Kontrollen ist der gesamtschweizerische Sexmarkt statistisch nicht erfasst.

Expertinnen und Experten schätzen die Zahl der Sexarbeiterinnen auf 13000 bis 20000 [14]. Darin nicht enthalten sind männliche Sexarbeiter sowie jener Teil des Sexmarktes, der Sex ausschliesslich via Internet vermittelt. Der grösste Teil der Sexarbeitenden besteht aus Migrantinnen und Migranten. Die meisten Schätzungen geben einen Anteil zwischen 70 und 90% an. Sexarbeiterinnen stammen dabei aus verschiedensten Herkunftsregionen, insbesondere aus Ländern Osteuropas, Lateinamerikas und Asiens. In einigen Herkunftsländern sind die Übertragungsraten in den letzten Jahren gestiegen.

Kontakte im Rahmen des Programms APiS (Aids-Prävention im Sexgewerbe) der Aids-Hilfe Schweiz im Jahr 2014, nach Herkunft der Sexarbeiterinnen.



9.4.2 HIV/STI-Epidemiologie

Studien zeigen, dass sich die HIV-Prävalenz bei Sexarbeitenden je nach spezifischer Tätigkeit deutlich unterscheidet. Laut der gegenwärtigen Datenlage ist sie unter weiblichen Sexarbeiterinnen nicht generell höher als in der Allgemeinbevölkerung; bei

Frauen aus den Hochprävalenzländern Subsahara-Afrikas sowie IDU indes trifft das Gegenteil zu [15].

Eine seit 1987 regelmässig durchgeführte Befragung schwuler Männer ergab für das Jahr 2012 eine HIV-Prävalenz von 21% bei männlichen Sexarbeitern; im Vergleich zu 11% bei schwulen Männern allgemein [16]. Von einer hohen HIV-Prävalenz ist zudem bei Trans-Sexarbeiterinnen auszugehen. Für die Schweiz liegen zwar keine Zahlen vor, doch diverse Studien aus den USA und europäischen Ländern berichten für diese Gruppe von HIV-Prävalenzen um die 30% [17]. Eine Studie unter Trans-Sexarbeiterinnen mit Migrationshintergrund im Raum Lausanne zeigt, dass diese auch hierzulande stark erhöhten Risiken ausgesetzt sind. Dabei spielen die spezifische Kundschaft und die von dieser geforderten Praktiken eine Rolle [18].

Generell höher als in der Allgemeinbevölkerung liegen bei Sexarbeitenden die Prävalenzen anderer STI [15,16]. Allerdings muss man wie bei HIV auch bei den übrigen STI davon ausgehen, dass die Belastung je nach Gruppe unterschiedlich ist. So zeigen etwa Zahlen des Ambulatoriums Kanonengasse in Zürich, dass Sexarbeiterinnen auf dem Strassenstrich öfter von STI betroffen sind als andere Sexarbeiterinnen [19].

9.4.3 Vulnerabilitätsfaktoren für HIV und STI

Diverse Studien weisen darauf hin, dass unter Sexarbeitenden in der Schweiz mehrere zusätzliche Vulnerabilitätsfaktoren häufig auftreten. Hierzu zählen ein problematischer Suchtmittelkonsum, insbesondere von Alkohol [20], Gewalterfahrungen in verschiedenen Formen [21] sowie unerwünschte Schwangerschaften. Hinzu kommt, dass die Konkurrenz im Sexmarkt in den vergangenen Jahren zugenommen hat, weshalb Sexarbeitende zum Teil eher bereit sind, auf Drängen der Kunden auf Safer Sex zu verzichten.

Zugleich haben viele Sexarbeitende einen schlechten Zugang zum Gesundheitssystem. Gründe dafür sind mangelndes Wis-

sen, die hohe Mobilität (Sexarbeitende bleiben oft nicht länger als drei Monate in der Schweiz), das Fehlen einer Krankenversicherung, fehlende spezifische Angebote sowie diskriminierende Erfahrungen bei der Nutzung medizinischer Angebote. Zudem sind in Etablissements¹² mit unselbständig erwerbenden Sexarbeitenden die Massnahmen zum Schutz von deren Gesundheit und Rechten oft ungenügend. Es bestehen kaum Partnerschaften zwischen den Betreiberinnen und Betreibern, den Sexarbeitenden und den Präventionsakteurinnen und -akteuren.

9.5 MIGRATION, HIV/STI UND TRANS

Das Rahmenkonzept MV verwendet die Begriffe trans bzw. Transmensch für Personen, die sich nicht dem Geschlecht zugehörig fühlen, dem sie bei der Geburt aufgrund der äusseren Geschlechtsmerkmale zugeordnet wurden. Sie erkennen sich selbst als das andere Geschlecht, als zwischen den Geschlechtern stehend oder als beiden Geschlechtern gleichzeitig zugehörend. Zum Teil gleichen Transmenschen ihren Körper mit Hormonen und/oder mit Operationen ihrem subjektiv empfundenen Geschlecht an. Der Begriff trans sagt nichts über die sexuelle Orientierung aus; Transmenschen können hetero-, homo- oder bisexuell sein.

9.5.1 Transmenschen mit Migrationshintergrund

Es gibt in der Schweiz keine Daten über Transmenschen mit Migrationshintergrund. Auch Studien vermitteln kein einheitliches Bild, wie gross ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung ist. Aktuelle Schätzungen, die eine breite Definition des Begriffes trans verwenden, nennen Anteile von 1:2000 in einer US-amerikanischen

¹² Betriebe, in welchen Prostitution gewerbsmässig angeboten wird. Im allgemeinen Sprachgebrauch gibt es dafür eine Vielzahl von Begriffen, die teilweise dasselbe, teilweise unterschiedliche Angebote meinen, u.a. Salon, Massagesalon, Bordell, Champagnerbar, Cabaret.

Studie [22] bis zu 1:166 in einer Niederländischen [23]. Das ergibt bei einer Migrationsbevölkerung von 1,9 Mio. Menschen hierzulande eine Zahl zwischen 950 und knapp 11 500 Transmenschen mit Migrationshintergrund. Es ist davon auszugehen, dass Transmenschen aus denselben Gründen ihre Heimat verlassen wie andere Migrantinnen und Migranten. Nach der Erfahrung der Stiftung Agnodice spielt teilweise jedoch auch der Wunsch nach einem gegenüber Transmenschen toleranteren gesellschaftlichen Umfeld eine Rolle.

9.5.2 HIV und STI bei Transmenschen

Die HIV- und STI-Zahlen des BAG erfassen Transmenschen erst seit 2014 als eigene Kategorie, weshalb fundierte Aussagen noch nicht möglich sind. Eine Analyse des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne (IUMSP) hält allerdings fest, dass bei Transmenschen von einer wesentlich höheren Prävalenz als in der Gesamtbevölkerung auszugehen ist [17]. Diesen Schluss stützen mehrere internationale Studien. Eine globale Meta-Analyse errechnet eine HIV-Prävalenz von 19,1 % [24], die im Bereich der Sexarbeit noch höher liegen dürfte. Eine französische Studie gibt für Trans-Sexarbeiterinnen mit Migrationshintergrund eine HIV-Prävalenz von über 36 % an [25]. Die Autoren der IUMSP-Analyse sehen denn auch insbesondere bei Trans-Sexarbeitenden mit Migrationshintergrund grossen Handlungsbedarf. Eine in dieser Analyse zitierte Expertenmeinung schätzt, dass in der Schweiz rund 2000 Trans-Sexarbeiterinnen mit Migrationshintergrund leben.

9.5.3 Vulnerabilitätsfaktoren für HIV und STI

In der Situation vieler Transmenschen sind mehrere Vulnerabilitätsfaktoren für HIV und STI von Bedeutung. Dazu zählen soziale und emotionale Isolation (infolge Stigmatisierung) sowie soziale und wirtschaftliche Prekarität (aufgrund der Diskriminierung im Arbeitsmarkt). Zudem ist der Zugang zum Gesundheitssystem für Transmenschen erschwert, da es kaum spezifische Angebote gibt. Regelangebote schrecken sie oft ab, da sie ihren Bedürfnissen nicht gerecht werden. Bei Migrantinnen und Mig-

ranten verschärfen sich diese Probleme noch. Besonders problematisch ist die Situation von Transmenschen mit Migrationshintergrund, die sich in Asylzentren oder Gefängnissen aufhalten: Sie werden oft entsprechend ihrem rechtlich definierten – und entgegen ihrem individuell empfundenen und sozial gelebten – Geschlecht untergebracht, was sie erhöhter Gefahr für physische, psychische und sexuelle Gewalt aussetzt.

Eine Studie aus Lausanne gibt Aufschluss über die HIV/STI-Risiken von Trans-Sexarbeiterinnen mit Migrationshintergrund [18]. Sie zeigt, dass Gewalterfahrungen, Alkohol- und Drogenkonsum sowie der gemeinsame Gebrauch von Spritzen für die Injektion von Hormonen oder Silikon (um den Körper weiblicher zu formen) häufig sind. Hinzu kommt oft wirtschaftliche Prekarität, die zu ausgeprägten Abhängigkeitsverhältnissen gegenüber einer Kundschaft führt, die riskante sexuelle Praktiken nachfragt.

9.6 MIGRATION, HIV/STI UND MSM

Der Begriff «Männer, die Sex mit Männern haben» (MSM) bezeichnet alle Männer, die gleichgeschlechtliche Sexualkontakte haben. Der Begriff umfasst sowohl schwule und bisexuelle Männer als auch heterosexuelle, die aus unterschiedlichen Gründen Sex mit anderen Männern haben (beispielsweise als Sexarbeiter). Die eigene sexuelle Identität ist unerheblich, einzig die tatsächlich stattfindenden Sexualkontakte sind ausschlaggebend.

9.6.1 MSM mit Migrationshintergrund

Der Anteil der MSM an der sexuell aktiven Gesamtbevölkerung und an der Migrationsbevölkerung lässt sich nicht genau beziffern. Das Bundesamt für Gesundheit schätzt, dass rund 3 % der sexuell aktiven Männer MSM sind. Dieses Verhältnis dürfte auch innerhalb der Migrationsbevölkerung realistisch sein, da es Sex unter Männern in allen Gesellschaften und Kulturen gleichermaßen gibt, unabhängig davon, ob Homosexualität offen

gelebt oder tabuisiert wird. So gaben in der anonymen ANSWER-Umfrage unter Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika 8 % der männlichen Teilnehmer an, in ihrem Leben mindestens einmal Sex mit einem Mann gehabt zu haben [13]. Je nach Herkunft bleiben MSM mit Migrationshintergrund weitgehend unsichtbar, da in einigen Kulturen bzw. Herkunftsländern Sex unter Männern stark tabuisiert ist und zum Teil gar kriminalisiert wird. Generell dürften MSM aus denselben Gründen migrieren wie andere Migranten, wobei zusätzlich Homosexualität selbst ein Migrationsgrund sein kann, insbesondere bei MSM, die aus Ländern mit stark homophoben Gesellschaften stammen.

9.6.2 HIV und STI bei MSM [7]

MSM sind in der Schweiz die am stärksten von HIV betroffene Gruppe: 2014 entfiel die Hälfte aller Neudiagnosen auf MSM. 56 % der neu diagnostizierten MSM waren Schweizer Staatsbürger, weitere 26 % stammten aus dem übrigen Europa, 4 % aus HIV-Hochprävalenzländern und 14 % wurden der Kategorie «andere/unbekannte Nationalität» zugeordnet. Es dürfte überdies eine Dunkelziffer bestehen, da MSM aus Kulturen, in denen Homosexualität stark tabuisiert wird, wahrscheinlich oft eine heterosexuelle Übertragung anstelle einer homosexuellen angeben.

Auch Syphilis betrifft MSM am stärksten: Rund 54 % aller 2014 gemeldeten Fälle entfielen auf MSM. Von diesen waren 63 % Schweizer, 21 % stammten aus dem übrigen Europa. Der Anteil von Männern aus einem HIV-Hochprävalenzland betrug weniger als 1 %. 16 % wurden der Kategorie «andere/unbekannte Nationalität» zugeschrieben.

9.6.3 Vulnerabilitätsfaktoren für HIV und STI

Je nach Herkunft können schwule Männer mit Migrationshintergrund ihre sexuelle Orientierung nicht offen ausleben. Doch MSM mit einer heterosexuellen Identität oder MSM, die nicht zu ihrer Homosexualität stehen, nehmen die Risiken, die Sex zwi-

schen Männern birgt, oft nicht wahr. Sie werden weder von Präventionsangeboten für schwule Männer noch von solchen für die Allgemeinbevölkerung erreicht.

9.7 MIGRATION, HIV/STI UND IDU

Es gibt keine Daten zu IDU (Injecting Drug Users) mit Migrationshintergrund. Eine Studie aus dem Jahr 2011 zeigt jedoch, dass intravenöser Drogenkonsum in Asylzentren ein bekanntes Problem ist. Betroffen waren zum Zeitpunkt der Studie vorwiegend Personen aus Osteuropa und Ländern der früheren Sowjetunion, namentlich Migrantinnen und Migranten aus Georgien und Russland [26]. HIV-Neudiagnosen bei IDU machen – anders als zu Beginn der Epidemie – nur noch einen sehr kleinen Anteil an allen Neudiagnosen aus; im Jahr 2014 weniger als 2 % [7]. Die Betroffenen sind zu 80 % schweizerischer Nationalität. Die Zahl der HIV-Übertragungen bei IDU hängt stark mit der Entwicklung der Migrationsbewegungen zusammen. Wenn aus Ländern, in denen intravenöser Drogenkonsum verbreitet ist, mehr Menschen in die Schweiz migrieren, verstärkt dies die Problematik.

9.8 MIGRATION, HIV/STI UND AUFENTHALTSSTATUS

In der Schweiz leben schätzungsweise zwischen 70000 und 180000 Menschen ohne Aufenthaltsrecht [27], sogenannte SansPapiers. Sie sind entweder illegal eingereist oder haben die Schweiz nach Ablauf ihrer Aufenthaltsbewilligung nicht verlassen. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG, 1994) verpflichtet auch diese Personen zum Abschluss der obligatorischen Krankenversicherung. Die Krankenkassen müssen ihrerseits Sans-Papiers – genau wie alle anderen Personen – in die Grundversicherung aufnehmen und die entsprechenden gesetzlichen Leistungen erbringen.

Zwischen gesetzlichem Anspruch und gesellschaftlicher Realität besteht allerdings eine grosse Diskrepanz: Schätzungsweise 80 bis 90 % der Sans-Papiers in der Schweiz verfügen über keine Krankenversicherung. Dafür gibt es mehrere Gründe [28]:

- Sans-Papiers wissen nicht, dass sie sich versichern können und müssen.
- Die Krankenversicherer wissen nicht, dass sie Sans-Papiers versichern müssen.
- Die Bezahlung der Prämien stellt für viele Sans-Papiers eine Schwierigkeit dar. Oft fehlt das Wissen, dass sie ein Gesuch um Prämienverbilligung einreichen können.
- Sans-Papiers haben Angst, dass sie den Migrationsbehörden gemeldet werden, wenn sie einer Krankenkasse beispielsweise ihre Wohnadresse angeben.

Die fehlende Krankenversicherung sowie die – selbst im Falle einer Versicherungsdeckung – prekären wirtschaftlichen und rechtlichen Verhältnisse führen dazu, dass Sans-Papiers kaum Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen. Bei Sexarbeitenden stellt sich zudem das Problem, dass sie zum Teil zwar im Rahmen des Freizügigkeitsabkommens mit der EU für drei Monate legal in der Schweiz arbeiten können, aber evtl. kantonale Richtlinien zur Prostitution verletzen. In dieser Situation meiden sie medizinische Angebote aus ähnlichen Gründen wie Sans-Papiers.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AHS	Aids-Hilfe Schweiz
Aids	Erworbenes Immunschwächesyndrom (Acquired immune deficiency syndrome)
ANSWER	Africa Net Survey - We Respond!
APiS	Netzwerk Aids-Prävention im Sexgewerbe
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BerDa	Beratungsleitfaden und Datenverwaltungssystem für VCT-Stellen
BFS	Bundesamt für Statistik
EFTA	Europäische Freihandelsassoziation (European Free Trade Association)
EKSG	Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit
EpV	Epidemienverordnung
EU	Europäische Union
FGM	Weibliche Genitalbeschneidung (Female genital mutilation)
HIV	Immunschwäche-Virus beim Menschen (Human immunodeficiency virus)
HPV	Humanes Papillomavirus
IDU	Injecting Drug User
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
NGO	Nicht-Regierungsorganisation (Non-Governmental Organisation)
NPHS	Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017

PROKORE	Schweizerisches Netzwerk zur Verteidigung der Rechte von Personen, die in Berufen des Sexgewerbes arbeiten (Prostitution Kollektiv Reflexion)
Rahmen- konzept MV	Rahmenkonzept für die HIV/STI-Prävention – Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+
SGS	Sexuelle Gesundheit Schweiz
SNF	Schweizerischer Nationalfonds
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
STI	Sexuell übertragbare Infektionen (Sexually transmitted infections)
UN	Vereinte Nationen (United Nations)
UNAIDS	Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)
UNFPA	Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (United Nations Population Fund)
VCT	Beratung und Test auf freiwilliger Basis (Voluntary Counselling and Testing)

LITERATURVERZEICHNIS

- ¹ BAG (2011): Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017
- ² BAG (2013): Nationales Programm Migration und Gesundheit – Bilanz 2008–13 und Schwerpunkte 2014–17
- ³ Kaya B. und D. Efonayi-Mäder (2008): Migration Mainstreaming im Gesundheitswesen
- ⁴ Guggisberg J et al. (2011): Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz, Schlussbericht
- ⁵ BAG (2008): Migration und Gesundheit, Bundesstrategie, Phase II (2008–2013)
- ⁶ Bertisch B. et al. (2012): Infektionserkrankungen bei Migranten in der Schweiz. SMF, 2012/33
- ⁷ BAG (2015): HIV- und STI-Fallzahlen 2014. Berichterstattung, Analysen und Trends. BAG Bulletin 21/2015
- ⁸ Rechel B. et al (2011): Migration and health in the European Union. Open University Press, Mc Graw Hill
- ⁹ Christine Heuer (2014): Midterm-Check (MTC) Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017. Synthesebericht zu den beiden Teilprojekten 1 und 2. BAG, Fachstelle Evaluation und Forschung
- ¹⁰ International Planned Parenthood Federation IPPF (2009): Sexuelle Rechte: eine IPPF-Erklärung
- ¹¹ BAG (2011): Sex unter Männern: für eine bessere sexuelle Gesundheit
- ¹² Quelle: Bundesamt für Statistik: www.bfs.admin.ch
- ¹³ Simonson T, Dubois-Arber F, Jeannin A, Bodenmann P, Bize R. Comportements face au VIH/sida parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en Suisse. Enquête ANSWER 2013-2014. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015 (Raisons de santé 248)
- ¹⁴ Bugnon G. et al. (2009): Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations. Volet 3 – Mapping, contrôle et promotion de la santé dans le marché du sexe en Suisse. Université de Genève
- ¹⁵ Jaennin A. et al. (2010): Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/ Aids. Synthesebericht 2004–2008, raisons de santé 155b, Institut universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne
- ¹⁶ Locicero St. et al. (2013): Les comportements face au VIH/Sida des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes – Enquête Gaysurvey 2012, raisons de santé 219, Institut universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne

- ¹⁷ Bize R. et al. (2013): Situation des personnes transgenres par rapport au VIH/IST en Suisse. Rapid assessment. *Raisons de santé 209*, Institut universitaire de médecine sociale et préventive
- ¹⁸ Chapot F. et al. (2009): Entre le marteau et l'enclume... Rapport sur la situation des personnes trans genres actives dans les métiers du sexe à Lausanne. Fondation Agnodice
- ¹⁹ Erlinger U. et al. (2011): Gesundheitsversorgung und Präventionsangebote für Female Sex Workers auf dem Strassenstrich und im Rotlichtmilieu. *Schweizerische Ärztezeitung 2011*; 92: 23/24
- ²⁰ Dahinden J. und F. Stants (2006): Arbeits- und Lebensbedingungen von Cabaret-Tänzerinnen in der Schweiz. *Swiss Forum for Migration and Population Studies*, University of Neuchâtel
- ²¹ Földhàzi A. und M. Chimienti (2007): Marché du sexe et violences à Genève. *Sociograph n°2 / 2007*, Université de Genève
- ²² Conron K.J. et al. (2012): Transgender Health in Massachusetts. Results From a Household Probability Sample of Adults. *Am J Public Health*, 2012 Jan; 102(1): 118–22
- ²³ Olyslager F. and L. Conway (2007): On the Calculation of the Prevalence of Transsexualism (conference manuscript). WPATH 20th International Symposium, Chicago
- ²⁴ Baral S.D. et al. (2013): Worldwide burden of HIV in transgender women. A systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis 2013*; 13: 214–22
- ²⁵ Giami et al. (2011): Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologiques et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2011: 42
- ²⁶ Brombacher T. (2011): Substanzgebrauch unter georgischen Asylsuchenden in der Schweiz. *Abhängigkeiten 1/11*, Sucht Schweiz
- ²⁷ Rüefli C. und E. Huegli (2011): Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers – Bericht zur Beantwortung des Postulats Heim (09.3484). Büro Vatter, Bern.
- ²⁸ Schweizerisches Rotes Kreuz (2012): Patientinnen und Patienten ohne Aufenthaltsrecht und ohne Krankenversicherung – Rechtliche Situation und Möglichkeiten der medizinischen Behandlung von Sans-Papiers

IMPRESSUM

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Herausgeber:

Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit, März 2016

Auskunft:

Abteilung Übertragbare Krankheiten, BAG, 3003 Bern

Telefon +41(0)58 463 88 11, aids@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch/aids

Diese Publikation erscheint ebenfalls in Französisch. Sie kann als Datei im PDF-Format heruntergeladen werden unter www.bag.admin.ch/aids

Projektverantwortung:

Steven Derendinger, Projektleiter MSM/trans/SexWork/BerDa, BAG

Projektmitarbeit:

Barbara Beaussacq (Aids-Hilfe Schweiz), Sibylle Bihl (Schweizerisches Rotes Kreuz), Ágnes Földhazi (Aspasie), Rainer Kamber (Sexuelle Gesundheit Schweiz), Sirkka Mullis (BAG), Luciano Ruggia (BAG), Barbara Caroline Schweizer (Aids-Hilfe Schweiz), Erika Volkmar (Stiftung Agnodice)

Redaktion:

Stéphane Praz

Gestaltung und Layout:

visu'! AG, Agentur für Identity und Kommunikation, Bern

BAG-Publikationsnummer:

2016-OEG-11

Bezugsquelle:

BBL, Vertrieb Bundespublikationen, CH-3003 Bern

www.bundespublikationen.admin.ch

BBL-Lagerartikelnummer:

316.526.d

Nachdruck:

mit Quellenangabe gestattet (auch auszugsweise)

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

