# HOCHSCHULE LUZERN

Soziale Arbeit

#### Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel¹ die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

#### Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern Soziale Arbeit

Dr. Walter Schmid

Rektor

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.



Lucerne University of Applied Sciences and Arts

# HOCHSCHULE LUZERN

Soziale Arbeit

# Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit empfiehlt diese Bachelor-Arbeit

besonders zur Lektüre!



Lucerne University of Applied Sciences and Arts

# HOCHSCHULE LUZERN

Soziale Arbeit

# **Bachelorarbeit**

Ausbildungsgang Soziokultur Kurs **TZ 2005-2011** 

# **Romy Mathys**

# HIV-Prävention für Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz

Anwendung des «Information-Motivation-Behavioral Skills Model»

| Diese Bachelorarbeit wurde eingereicht im Januar 2011 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für <b>Soziokulturelle Animation</b> . |
|---|
| Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.                             |
| Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.  |
| Reg. Nr.:   |

Lucerne University of Applied Sciences and Arts

# HOCHSCHULE LUZERN

Soziale Arbeit

#### Vorwort der Schulleitung

Die Bachelorarbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelorarbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

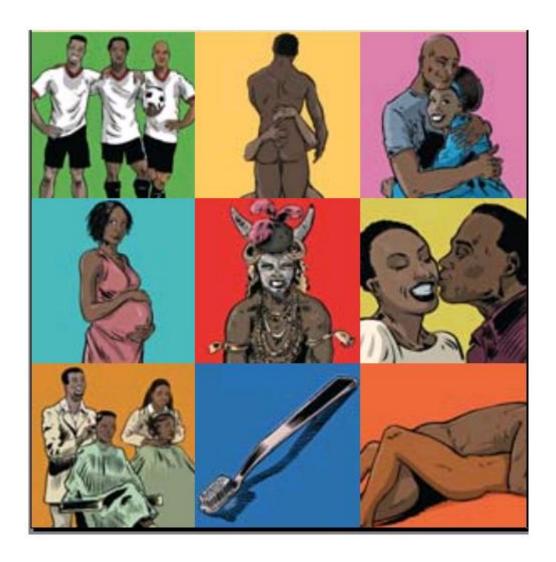
Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Soziokulturell-animatorisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelorarbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Soziokulturellen Animatorinnen und Animatoren mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2011

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit Leitung Bachelor

# HIV-Prävention für Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz Anwendung des «Information-Motivation-Behavioral Skills Model»



Bachelorarbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit Januar 2011 Romy Mathys

#### **Abstract**

Subsahara AfrikanerInnen kommen aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz, was sie vulnerabel für eine HIV-Infektion und damit zur Zielgruppe für HIV-Prävention in der Schweiz macht. Diese Bachelorarbeit untersucht die Anwendung des «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» von Jeffrey Fisher und William Fisher als theoretische Grundlage zur HIV-Prävention für diese Zielgruppe. Dessen Konstrukte Information, Motivation und Behavioral Skills erklären Schutzverhalten vor einer HIV-Übertragung und lassen sich durch flexible Variablen optimal an das Sexualverhalten von Subsahara AfrikanerInnen anpassen. Studien in Subsahara Afrika belegen das Modell und zeigen, dass Motivation einen stärkeren Einfluss auf Behavioral Skills ausübt als Information. Wirkungsvolle HIV-Prävention schliesst Massnahmen gegen Aids-Stigma und zur Föderung der Solidarität mit HIV-positiven Menschen ein. Methodisch sinnvoll sind ein nach Geschlechtern getrenntes Vorgehen, ein gezieltes Empowerment für Frauen und Männer, sowie Tabuisierungen zu thematisieren. Die Informationsvariablen lassen sich durch bestehende Quizkarten der Aids-Hilfe Schweiz vermittelt. Als Motivationsvariablen können motivierende Gesprächsführung, das Nutzen der Symbolkraft von Kolanüssen sowie Voluntary Counseling and Testing dienen. Als Variablen von Behavioral Skills ist Kondomgebrauch zu üben, das Verhandeln von konsequentem Kondomgebrauch, Treue und HIV-Tests. Die Soziokulturelle Animation kann durch ihre Interventionspositionen Konzeption, Organisation, Animation und Mediation HIV-Prävention optimieren und gezielt die Gesundheitskompetenz von Subsahara AfrikanerInnen stärken.

# Inhaltsverzeichnis

| 1 | Einl                                   | eitung  | 10                               |
|---|--|---|----------------------------------|
|   | 1.1<br>1.2<br>1.3<br>1.4<br>1.5        | Motivation Ausgangslage Ziel und Fragestellung Aufbau der Arbeit Adressatenschaft   | 11<br>13<br>13                   |
| 2 | Beg                                    | rifflichkeiten  | 16                               |
|   | 2.1<br>2.2<br>2.3                      | HIV und Aids  2.1.1 Human Immunodeficiency Virus HIV  2.1.2 Acquired Immune Deficiency Syndrome Aids  2.1.3 Behandlung durch antiretrovirale Therapie  2.1.4 Stigma und Diskriminierung  Prävention  HIV-Prävention in der Schweiz  | 16<br>18<br>19<br>20             |
| 3 | Sub                                    | sahara AfrikanerInnen in der Schweiz  | 29                               |
|   | 3.1<br>3.2<br>3.3<br>3.4               | Vulnerabilität von Subsahara AfrikanerInnen  Demografische Angaben  Migration und Gesundheit  Diskriminierung und Rassismus   | 31<br>34                         |
| 4 | Sub                                    | sahara AfrikanerInnen und HIV-Prävention  | 38                               |
|   | 4.1<br>4.2<br>4.3<br>4.4<br>4.5<br>4.6 | Verhältnis zwischen Mann und Frau Sexualität und Tabu Kulturelle Konstruktion von Gesundheit und Krankheit Mehrfachdiskriminierungen HIV-Übertragungen und Schutzverhalten Afrimedia: Programm für Subsahara AfrikanerInnen 4.6.1 HIV-Prävention mit Mediatoren und Mediatorinnen 4.6.2 Stärken von Solidaritätsnetzen 4.6.3 Mobilisierung der Zielgruppe | 41<br>42<br>43<br>45<br>47<br>48 |
| 5 | Das                                    | «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» für HIV-Prävention   | 50                               |
|   | 5.1<br>5.2<br>5.3                      | Das «Information-Motivation-Behavioral Skills Model»  | 55                               |
|   | 5.4                                    | Subsahara AfrikaFazit   |                                  |

| 6  | Das «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» f AfrikanerInnen in der Schweiz anwenden | für Subsahara<br>62 |
|----|---|---------------------|
|    | 6.1 Methodisches Vorgehen und Ziel  |                     |
|    | 6.2 Informations variablen  |                     |
|    | 6.3 Motivationsvariablen      6.4 Variablen für Behavioral Skills                             |                     |
|    | 6.5 Fazit   |                     |
| 7  | Soziokulturelle Interventionen in der HIV-Prävention  | 68                  |
|    | 7.1 Soziokulturelle Animation   | 68                  |
|    | 7.2 Soziokulturelle Interventionen im Programm Afrimedia                                      |                     |
| 8  | Schlussfolgerungen  | 74                  |
|    |   |                     |
| 9  | Quellenverzeichnis  | 77                  |
|    |   |                     |
|    |   |                     |
| An | nhang   | 82                  |

# Abbildungsverzeichnis

| Abbildung 1: HIV-Inzidenz der Schweiz nach Ansteckungswegen (BAG Website) 1                 | 17             |
|---|----------------|
| Abbildung 2: HIV-Inzidenz, Aids und Todesfälle in der Schweiz 1985-20091                    | 19             |
| Abbildung 3: Kerngeschäftsfelder des NHAP2  | 24             |
| Abbildung 4: Verteilung Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz                             | 33             |
| Abbildung 5: Altersverteilung Subsahara AfrikanerInnen3                                     | 33             |
| Abbildung 6: Positive HIV-Tests in der Schweiz, nach Geschlecht und sexueller Orientierung. | 35             |
| Abbildung 7: «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» von Fisher und Fisher 5       | 54             |
| Abbildung 8: Handlungsmodell der Soziokulturellen Animation6                                | 39             |
|   |                |
|   |                |
|   |                |
|   |                |
| Tabellenverzeichnis   |                |
| Tabelle 1: HIV-Prävalenzen in den Weltregionen3   | 30             |
| Tabelle 2: HIV-Diagnosen per 30. Juni 2010  | 31             |
| Tabelle 3: Ausländische Wohnbevölkerung Subsahara 2009                                      | 31             |
| Tabelle 4: Herkunft ausländische Wohnbevölkerung Subsahara 2009                             | 32             |
| Tabelle 5: Verhältnis HIV-Tests und positive Tests 2000-2003                                | 35             |
| Tabelle 6: Häufigkeit Kondombenutzung bei Subsahara AfrikanerInnen4                         | <del>1</del> 6 |

Tabelle 7: Mittel, Zweck und Ziele der Interventionspositionen der Soziokulturellen Animation 70

# Abkürzungsverzeichnis

AHS Aids-Hilfe Schweiz

Aids Aquired Immune Deficiency Syndrome

ART Antiretrovirale Therapie für HIV

ASFAG Association Solidarité des Femmes Africaines de Genève

BAG Bundesamt für Gesundheit

BFS Bundesamt für Statistik

HIV Human Immunodeficiency Virus

HSA Hochschule für Soziale Arbeit Luzern (bis 2007)

ICD International Classification of Diseases

IMB-Modell «Information-Motivation-Behavioral Skills Model»

MSM Männer, die Sex mit Männern haben

NHAP Nationales HIV/Aids-Programm 2004-2008

NGO Non Governmental Organization
STI Sexually transmitted infections

UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/Aids

UNGASS United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS 2001

USA United States of America

VCT Voluntary Counseling and Testing

WHO World Health Organization

#### **Dank**

An dieser Stelle dankt die Autorin allen Personen, die sie beim Verfassen dieser Bachelorarbeit inspiriert und unterstützt haben:

Daniel Gredig für sein motivierendes Coaching und die Einführung in die empirische HIV-Präventionsforschung. Michaela Beck für ihre vielen Fragen, die wertvollen Diskussionen und ihre kritischen Anmerkungen. Noël Tshibangu und René Fuhrimann für ihr soziokulturelles Feedback. Bettina Maeschli für ihre hilfreichen Korrekturen. Martin Hafen für seine engagierte Starthilfe. Mercy Makhalemele für ihr «cultural coaching».

# 1 Einleitung

HIV und Aids haben sich über die ganze Welt ausgebreitet. UNAIDS (2010) geht in ihrem Bericht von 33,5 Mio. Menschen mit HIV weltweit aus, von denen 22,4 Mio. in den Ländern Afrikas südlich der Sahara leben (S. 10). Diese Bachelorarbeit bezeichnet Menschen, die aus dieser Region Afrikas kommen als Subsahara AfrikanerInnen.

UNAIDS verwendet den Begriff «Sub-Sahara» für das Afrika südlich der Sahara, d.h. *ohne* Marokko, Algerien, Tunesien, Libyen, Ägypten und Sudan. Auch das Bundesamt für Gesundheit BAG (2010a) verwendet die Bezeichnung *Subsahara* (S. 481). Obwohl dieser Begriff weder der Heterogenität dieser grossen Region gerecht wird noch dem Selbstverständnis seiner Bevölkerung entspricht, ist er aus Schweizer Sicht sinnvoll, weil vergleichsweise wenig Menschen aus dieser Region kommen. Aus Subsahara zugewandert sind gemäss BAG (2010b) weniger als 100'000 Menschen und damit weniger als 2 % der Schweizer Bevölkerung (S. 3). Unter ihnen sind auch Menschen mit einer HIV-Infektion, nach Einschätzung der HIV-Prävalenz von UNAIDS sind dies im Durchschnitt für Subsahara 5,2 % der 15- bis 49-Jährigen, d.h. mehr als 2'000 Personen (UNAIDS 2009b).

Der Begriff Subsahara AfrikanerInnen bringt sowohl ihre Herkunft als auch ihre Migrationserfahrung zum Ausdruck. Unter Subsahara AfrikanerInnen versteht die Autorin Menschen, die in Afrika geboren sind und eine Zeit ihres Lebens in Afrika verbracht haben, unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus in der Schweiz. Der Begriff schliesst auch alle Menschen afrikanischer Herkunft ein, die das Schweizer Bürgerrecht erworben haben und bezieht sich ebenfalls auf ihre Kinder, unabhängig vom Ort ihrer Geburt.

#### 1.1 Motivation

Die Autorin hat sich 1986 mit HIV infiziert und jahrelang in der Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung gelebt, bevor sie 1996 begann, offen darüber zu sprechen. Als Sprecherin beteiligte sie sich am Schulprojekt der Aids-Hilfe Luzern und besuchte Schulklassen der 2. und 3. Oberstufe, in denen sie Fragen der SchülerInnen rund um ein Leben mit HIV beantwortete. Die Teilnahme an der Internationalen Aids-Konferenz 1998 hat dazu geführt, dass sie die HIV-positive Aktivistin Mercy Makhalemele kennenlernte und in Südafrika besuchte. Von 1999 bis 2000 lebte sie ein Jahr lang zusammen mit Mercy Makhalemele in Durban, Südafrika und engagierte sich als Aktivistin gegen die Stigmatisierung von HIV-positiven Menschen in Südafrika. Aus diesem Engagement entstand die Idee für ein Projekt, das darauf zielte, das stark verbreitete Aids-Stigma unter Jugendlichen in einem Township bei Durban durch die künstlerischen Mittel von

Theater, Tanz und Songs zu bekämpfen. Von 2001 bis 2003 hat sie im Projektteam mitgearbeitet und durch erfolgreiches Fundraising in der Schweiz zu dessen Umsetzung beigetragen. Die intensive Auseinandersetzung mit der Problematik des Aids-Stigmas in Südafrika und ihr Engagement als Aktivistin haben zu spezifischen Kompetenzen rund um das Leben mit HIV geführt. Nach Abschluss ihrer Ausbildung will die Autorin sich beruflich in der HIV-Prävention mit Subsahara AfrikanerInnen engagieren.

## 1.2 Ausgangslage

HIV-Prävention in der Schweiz will als Primärprävention die Ausbreitung von HIV verhindern (BAG, 2003, S. 17). Gemessen an den Zahlen der jährlichen Neuinfektionen erscheint HIV-Prävention in der Schweiz als Erfolgsgeschichte: Mit der Lancierung der ersten STOP AIDS Kampagne 1987 gingen die jährlichen Neudiagnosen von mehr als 3'000 pro Jahr stark zurück und stabilisierten sich auf weniger als 1'000 pro Jahr, wie Abbildung 2 in Kapitel 2.1.2 klar aufzeigt. Beim genauen Betrachten der HIV-Quartalszahlen des BAG fällt jedoch auf, dass 41 % der Menschen, die sich durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr 2007 neu mit HIV infiziert haben aus Subsahara Afrika stammen. Wenn Subsahara AfrikanerInnen weniger als 2 % der Schweizer Bevölkerung ausmachen und gleichzeitig einen derart hohen Anteil bei den neuen HIV-Infektionen, lässt sich daraus schliessen, dass in dieser Bevölkerungsgruppe eine erhöhte HIV-Prävalenz besteht. Dies lässt sich auch mit den Zahlen aus Tabelle 5 in Kapitel 3.2 über positive HIV-Tests veranschaulichen: von 1'000 Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz testen 42 HIV-positiv gegenüber 1 von 1'000 Personen der Schweizer Bevölkerung (Meystre-Agustoni, 2005, S. 32). Die Daten über positive HIV-Tests lassen nicht darauf schliessen, wo die Infektion mit HIV stattfand, ob in Subsahara Afrika, während der Migration oder in der Schweiz. UNAIDS (2009b) weist für Subsahara Afrika eine durchschnittliche HIV-Prävalenz von 5,2 % aus. Diese hohe Prävalenz macht Subsahara AfrikanerInnen vulnerabler für eine HIV-Infektion und damit zur Zielgruppe für HIV-Prävention in der Schweiz (BAG 2003, S. 21).

Wie Subsahara AfrikanerInnen HIV und Aids wahrnehmen, ist stark durch ihr Herkunftsland geprägt, wo Faktoren wie Armut, Bildung, Religion, das Verhältnis von Mann und Frau, sowie Konzepte zu Gesundheit und Sexualität das Verständnis von HIV/Aids beeinflussen. Stigma und Diskriminierung können die Auswirkungen von HIV und Aids auf Individuen, Familien und Gruppen verschlimmern (UNGASS, 2001, S. 9). Durch Stigma wegen HIV und Aids leiden die HIV-Positive unter der Angst, wegen ihrer HIV-Infektion ausgegrenzt und diskriminiert zu werden. Subsahara AfrikanerInnen in Europa sind davon besonders betroffen, weil fern von der Heimat Menschen aus demselben Herkunftsgebiet eine wichtige soziale Bezugsgruppe darstellen. Das verstärkt ihre Angst, wegen einer HIV-Infektion die soziale Unterstützung in ihrer

Bezugsgruppe zu verlieren. Was das Sprechen über HIV und Aids unter seinen afrikanischen Landsleuten auslöst, beschreibt der von Iren Bischofberger Lerch (2007) interviewte HIV-positive Paul: Wenn jemand aus seinem Kulturkreis Aids habe, spreche er nicht darüber, weil er befürchten müsse, dass es sofort weitererzählt werde und eine grössere Gruppe es erfahre. (S. 187) Die Angst vor dem Aids-Stigma veranlasst Subsahara AfrikanerInnen mit HIV, ihren HIV-Status zu verheimlichen oder gar nicht erst erfahren zu wollen.

Für diese Subsahara AfrikanerInnen entstand 2002 das Programm Afrimedia, das auf drei Ebenen interveniert: HIV-Prävention, die Mobilisierung von Zielgruppen und das Stärken der Solidaritätsnetzwerke von Menschen mit HIV. Afrimedia setzt HIV-Prävention mit Subsahara Mediatoren und Meditorinnen in der ganzen Schweiz um. Für das BAG (2010b) ist Afrimedia erst dann richtig erfolgreich, wenn es gelingt, Subsahara AfrikanerInnen so zu mobilisieren, dass sie Verantwortung für Prävention übernehmen (S. 3). Die Afrimedia Präventionsinterventionen richten sich als Primärprävention an alle Personen, unabhängig von ihrem HIV-Status, während das Stärken von Solidaritätsnetzwerken spezifisch auf Menschen mit HIV zielt. Primärprävention wird als Fachbegriff in Kapitel 2.2 definiert. Für diese Bachelorarbeit gilt der Grundsatz der Primärprävention, d.h. sie richtet sich an alle Subsahara AfrikanerInnen ungeachtet ihres HIV-Status.

Weil HIV in der Schweiz hauptsächlich sexuell übertragen wird (BAG, 2003, S. 21), steht das Sexualverhalten im Fokus von HIV-Prävention. Aus Sicht der Autorin ist es die grosse Herausforderung und auch der «Knackpunkt» der HIV-Prävention, hier eine nachhaltige Verhaltensänderung zu bewirken. Sie kann jedoch keine Theorie oder kein theoretisches Modell finden, das als Grundlage für HIV-Verhaltensprävention in der Schweiz dient. Das Nationale HIV/Aids-Programm 2004-2008 spricht von unterschiedlichen Kommunikationsebenen, Präventionsbotschaften und Zielgruppen, lässt jedoch offen, wie Verhaltensprävention aussehen könnte. Die Autorin hat theoretische Modelle der Verhaltensänderung recherchiert, von denen das «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» von Jeffrey D. Fisher und William A. Fisher (2000) spezifisch für HIV/Aids entwickelt wurde und empirisch belegt ist.

Prävention ist ein Fachgebiet der Soziokulturellen Animation, weil sie in der Lage ist, Prozesse in komplexen, von zahlreichen Faktoren beeinflussten Situationen zu konzipieren, initiieren, realisieren und evaluieren. Auch zeichnet sie sich durch ihre Stärke im Vermitteln zwischen Kulturen und Lebenswelten aus, was sie für die HIV-Prävention im Allgemeinen und für Subsahara AfrikanerInnen im Besonderen prädestiniert.

#### 1.3 Ziel und Fragestellung

Ausgangspunkt war die Frage, was wirkungsvolle, theoriegestützte Prävention auszeichnet, und was beachtet werden muss, um HIV-Prävention optimal zu konzipieren. Ziel dieser Bachelorarbeit ist die Auseinandersetzung mit dem «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» von Fisher und Fisher (2000), einem Modell zur Verhaltensänderung. Es stellt Information, Motivation und Behavioral Skills als wichtige Determinanten von HIV-Schutzverhalten dar (S. 38-45). Fachliteratur aus der empirischen Verhaltensforschung bildet die Grundlage, um zu überprüfen, ob sich dieses Modell für Subsahara AfrikanerInnen anwenden lässt und wie sich seine Variablen zur HIV-Prävention für Subsahara AfrikanerInnen anpassen lassen. Die Hauptfrage für diese Bachelorarbeit lautet:

Wie kann das «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» für eine wirkungsvolle HIV-Prävention für Subsahara AfrikanerInnen angewendet werden?

#### 1.4 Aufbau der Arbeit

Um diese Hauptfrage zu beantworten, braucht es ein Verständnis von HIV-Prävention in der Schweiz sowie eine Beschreibung der Zielgruppe Subsahara AfrikanerInnen. Auch das «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» muss erklärt und daraufhin überprüft werden, ob es sich auf diese Zielgruppe anwenden lässt. Die folgenden Unterfragen tragen dazu bei, die Hauptfrage zu beantworten.

1. Was ist HIV-Prävention in der Schweiz?

Kapitel 2 legt mit einer Einführung in die Begrifflichkeiten von HIV, Aids und Prävention die Grundlagen, um HIV-Prävention in der Schweiz aufzuzeigen und zu erklären.

2. Wie lässt sich die Zielgruppe der Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz beschreiben und was ist im Zusammenhang mit HIV von besonderer Bedeutung?

Kapitel 3 beschreibt die Zielgruppe der Subsahara AfrikanerInnen und Kapitel 4 vermittelt anhand von Literaturrecherche Aspekte, die im Zusammenhang mit HIV-Prävention für die Zielgruppe von besonderer Bedeutung sind.

3. Wie funktioniert das «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» und wie kann es für HIV-Prävention mit Subsahara AfrikanerInnen angewendet werden?

Kapitel 5 setzt sich mit dem «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» auseinander und überprüft seine Anwendbarkeit auf die Zielgruppe anhand von Recherche der empirischen Forschungsliteratur und bildet die Basis zur Beantwortung der Hauptfragestellung.

4. Wie müssen die Variablen der Konstrukte des «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» für eine HIV-Prävention für Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz operationalisiert werden?

Kapitel 6 passt die Variablen der Konstrukte *Information, Motivation und Behavioral Skills* für die Zielgruppe an und beantwortet damit auch die Hauptfrage dieser Bachelorbeit.

5. Welche Funktionen hat die Soziokulturelle Animation, und wie lassen sich soziokulturelle Interventionspositionen in der HIV-Prävention für Subsahara AfrikanerInnen beschreiben?

Kapitel 7 zielt auf die Handlungsebene und stellt das Handlungsmodell dar, das die Interventionspositionen der Soziokulturellen Animation beschreibt und am Beispiel der Aufgaben des Soziokulturellen Animators von Afrimedia konkretisiert.

In den Schlussfolgerungen blickt die Autorin nochmals zurück und überprüft, ob es gelungen ist, die Grundfrage zu beantworten. Abschliessend fasst sie wichtige Erkenntnisse aus dieser Arbeit zusammen, weist auf Schwierigkeiten hin und stellt neue Fragen, die sich aus dieser Arbeit ergeben.

Diese Bachelorarbeit stützt sich auf wissenschaftliche Fachliteratur sowie auf Jahresberichte der Aids-Hilfe Schweiz und ihrer Partnerorganisationen. Für Zitate und Begriffe aus der englischen Fachliteratur verzichtet die Autorin zugunsten der besseren Lesbarkeit auf wörtliche Übersetzungen.

#### 1.5 Adressatenschaft

Fachpersonen der HIV-Prävention, die auch Subsahara AfrikanerInnen als Adressaten und Adressatinnen haben, sind herausgefordert, sich kundig zu machen über Faktoren, die im Zusammenhang mit HIV und Aids für diese Zielgruppe von Bedeutung sind. Darum richtet sich diese Bachelorarbeit an Studierende und Dozierende der Sozialen Arbeit und insbesondere der Soziokulturellen Animation sowie an Fachpersonen, die im Bereich der HIV-Prävention tätig sind.

# 2 Begrifflichkeiten

Das Kapitel führt in die Begrifflichkeiten von HIV, Aids und HIV-Prävention ein, die das Kernthema dieser Bachelorarbeit bilden. Dazu erklärt das erste Unterkapitel HIV und Aids und das zweite Unterkapitel definiert Prävention und deren Fachbegriffe. Das dritte Unterkapitel stellt HIV-Prävention und ihre aktuelle Ausrichtung in der Schweiz dar.

#### 2.1 HIV und Aids

Ein erster Abschnitt beschreibt das HI-Virus, wie es übertragen wird und sich diagnostizieren lässt, ein zweiter Abschnitt erklärt Aids als Sammelbegriff für Erkrankungen und als Epidemie von globalem Ausmass. Die medizinische Behandlung mit Medikamenten bildet einen weiteren Abschnitt, während der letzte Abschnitt die Bedeutung von Stigma und Diskriminierung aufgrund von HIV/Aids aufzeigt.

#### 2.1.1 Human Immunodeficiency Virus HIV

Das Human Immunodeficiency Virus wurde 1983/84 entdeckt und als HI-Virus oder HIV bezeichnet, was sich mit menschlichem Immunschwäche-Virus übersetzen lässt. Die Aids-Hilfe Schweiz (AHS) beschreibt HIV auf ihrer Website als sehr empfindlich und nicht lebensfähig ausserhalb des menschlichen Körpers. HIV befällt und zerstört T-Helferzellen oder CD4-Zellen, die eine Untergruppe der Lymphozyten sind und innerhalb des menschlichen Immunsystems die Immunabwehr organisieren. HIV ist ein "schwer übertragbarer Krankheitserreger", der zum Überleben Körperflüssigkeiten braucht und nur im direkten Kontakt mit Blut, Sperma, Vaginalflüssigkeit und Muttermilch übertragen werden kann. In Speichel, Tränenflüssigkeit, Schweiss oder Urin konnten nicht genügend HI-Viren für eine Übertragung nachgewiesen werden. Die in der Schweiz bekannten Übertragungsweisen sind:

- ungeschützter Geschlechtsverkehr
- Spritzen/Nadeltausch bei intravenösem Drogenkonsum
- von der HIV-positiven Mutter auf ihr Kind

Die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung von der Mutter auf ihr Kind konnte dank guter Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten in der Schweiz auf weniger als 1 % gesenkt werden. Zusätzliche Informationen gibt die AHS Website unter http://www.aids.ch/d/information/hiv\_aids.

Gemäss AHS dringt HIV bei der sexuellen Übertragung durch die Genital-Schleimhaut von Penis oder Vagina in den Körper ein. Sexuell übertragbare Krankheiten erhöhen das Risiko einer HIV-Infektion, weil HIV sich in entzündeten Schleimhäuten leichter einnisten kann. (AHS Website)

Gemäss Informationen der AHS Website kann ein HIV-Test eine HIV-Infektion diagnostizieren. Ein Immunsystem, das mit HIV in Kontakt kommt, bildet als Immun-Antwort HIV-Antikörper aus, die sich zusammen mit HIV vermehren. Der HIV-Test kann HIV-Antikörper erst nach einigen Wochen erkennen. Am Anfang einer HIV-Infektion vermehrt sich das HI-Virus besonders stark, was das Risiko einer HIV-Übertragung zusätzlich erhöht und als «hohe Infektiosität» bezeichnet wird. In diesen ersten Wochen lässt sich HIV noch nicht durch einen HIV-Test nachweisen. Die AHS betont, dass ein HIV-Test erst drei Monate nach einer Risikosituation zuverlässig anzeigt, ob eine Ansteckung erfolgt ist oder nicht. Ist das Resultat eines HIV-Tests «negativ», konnten keine HIV-Antikörper oder HIV-Anteile im Blut gefunden werden. Das Testresultat «positiv» bedeutet, dass HIV-Antikörper erkannt wurden, die Person sich mit HIV infiziert hat und damit HIV-positiv ist. (AHS Website) UNAIDS (2010) schätzt den Anteil der Menschen mit HIV, die nicht um ihre HIV-Infektion wissen, weltweit auf 40 % (S. 10).

Als Indikator für die Ausbreitung von HIV berechnet UNAIDS (2008) jährlich die *Prävalenz*, die sich auf Erwachsene im Alter von 15 bis 49 Jahren bezieht und quantifiziert, welcher prozentuale Anteil dieser Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt HIV-positiv ist. Eine *generalisierte* Prävalenz ist höher als 1 %. Als *Hochprävalenz* gelten Subsahara Länder mit einer Prävalenz von 5 % und mehr. Als weiterer Indikator hat sich die *Inzidenz* etabliert. Sie bezeichnet die Anzahl neuer HIV-Infektionen über eine bestimmte Zeitspanne, in der Regel in einem Jahr. (S. 11-14) Wie das BAG Inzidenz beobachtet und durch detailliertes Aufschlüsseln der HIV-Übertragungswege in der Schweiz dokumentiert, zeigt die folgende Abbildung.

#### HIV in der Schweiz Anteile der Hauptansteckungswege und Nationalität der betroffenen Personen nach Testjahr 100% Ansteckungsweg / Nationalität Andere oder unbekannt Blut oder Blutprodukte 80% Prozent der positiven Tests Drogeninjektion - CH - Ausland (nicht Hochprävalenz) 60% - Hochprävalenzland Homosexuelle Kontakte - CH 40% - Ausland (nicht Hochprävalenz) - Hochprävalenzland 20% Heterosexuelle Kontakte - CH - Ausland (nicht Hochprävalenz) - Hochprävalenzland 0% 97 99 01 03 05 07 09 93 95 Testjahr März 2010

Abbildung 1: HIV-Inzidenz der Schweiz nach Ansteckungswegen (BAG Website)

Die Grafik von Abbildung 1 stammt von der BAG Website (2010, ¶HIV und Aids in der Schweiz, ¶Grafiken zu HIV/Aids), wo zum Thema HIV und Aids unter *Epidemiologie Schweiz* Grafiken über HIV zur Verfügung stehen. Die Grafik stellt die Inzidenz in der Schweiz als 100 % dar, unabhängig von den absoluten Zahlen. Sie differenziert farblich, wie sich die Anteile der verschiedenen Ansteckungswege von 1989 bis 2009 verändert haben. Der Anteil der heterosexuellen Übertragungen (grün) hat sich deutlich vergrössert, ebenso derjenige von Menschen aus Hochprävalenzländern (hellgrün, unten), d.h. aus Subsahara Afrika, während bei den homosexuellen Kontakten (blau) auffallend wenige Übertragungen aus Subsahara Afrika (hellblau) dokumentiert sind. Weitere Informationen und Grafiken finden sich auf der BAG Website unter www.bag.admin.ch/hiv\_aids.

#### 2.1.2 Acquired Immune Deficiency Syndrome Aids

Nachdem HIV isoliert worden war, konnte auch benannt werden, was das HI-Virus durch seine Vermehrung auslösen kann: Acquired Immune Deficiency Syndrome, abgekürzt AIDS oder Aids. HIV vermehrt sich im menschlichen Immunsystem, indem es T-Helferzellen als Wirtszellen benutzt und sie dadurch zerstört. Durch seine Vermehrung kann HIV das Immunsystem schwächen, das den Körper nicht mehr vor Krankheitserregern schützen kann. Diese Immunschwäche kann sich in verschiedenen Krankheitsbildern ausdrücken, die der Begriff Aids zusammenfasst. Auch wenn beide Begriffe in der deutschen Sprache existieren, haben sich die englischen Bezeichnungen HIV und Aids international in der Fachliteratur durchgesetzt. Von der Ansteckung mit HIV bis zum Ausbruch von Symptomen, die eine Aids definierende Krankheit kennzeichnen, kann es mehrere Jahre dauern. (AHS Website) Der Begriff Aids bezeichnet Krankheitsbilder, wie die World Health Organization (WHO) sie in der International Classification of Diseases ICD auf ihrer Website unter B20 bis B24 aufführt (WHO, ICD). Solange keine akute Erkrankung vorliegt, gilt eine Person als HIV-positiv, wenn eine oder mehrere Aids definierende Krankheiten ausbrechen, dann ist sie an Aids erkrankt oder ist aidskrank (AHS Website). Wenn sowohl vom HI-Virus als auch vom Aids gesprochen wird, geschieht dies durch die Schreibweise HIV/Aids (BAG, 2003).

Im Zusammenhang mit HIV/Aids definiert UNAIDS Epidemie als Fachbegriff der Epidemiologie, um die Verbreitung von übertragbaren Krankheiten in einem bestimmten Gebiet oder in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu bezeichnen (2008, S. 8). Da sich Aids über alle Kontinente global ausgebreitet hat, spricht UNAIDS von einer Pandemie (2008, S. 13). Aus der Sicht einzelner Länder jedoch, also auch aus Schweizer Sicht, spricht man weiter von Epidemie und versteht darunter das geografisch klar eingegrenzte Gebiet der Schweiz mit seiner Bevölkerung. Gesetzliche Grundlage für das erste schweizerische Konzept zur Bekämpfung von Aids

bildet das *Bundesgesetz für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen*, oder *Epidemiengesetz* vom 18. Dezember 1970 (BAG 2003, S. 15).

HIV und Aids lassen sich anhand von epidemiologischen Daten beobachten und darstellen, wie dies die folgende Abbildung (Gebhardt, Martin, BAG, 2010) anhand der blau bezeichneten Inzidenz, den grün markierten Aids-Erkrankungen sowie den rot erkennbaren Todesfällen (rot) zeigt.

#### 3500 3000 2500 Anzahl Fälle 2000 1500 1000 500 n 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 86 87 88 89 Jahr - HIV -Aids — Todesfälle

# HIV, Aids und HIV/Aids-Todesfälle in der Schweiz

Abbildung 2: HIV-Inzidenz, Aids und Todesfälle in der Schweiz 1985-2009

Auf Abbildung 2 ist deutlich zu erkennen, wie sich die blau markierte Inzidenz von 1985 bis 2009 von mehr als 3'000 auf weniger als 1'000 reduziert hat.

#### 2.1.3 Behandlung durch antiretrovirale Therapie

Eine HIV-Infektion ist nach heutigen medizinischen Erkenntnissen nicht heilbar, d.h. HIV kann nicht vollständig aus allen Körperflüssigkeiten eliminiert werden. Seit 1996 kann eine Kombination von drei antiretroviralen Medikamenten die Vermehrung von HIV im Blut verhindern und damit die Schwächung des Immunsystems stoppen. HIV wird durch antiretrovirale Therapie, abgekürzt ART, medizinisch behandelbar und muss nicht mehr zu Aids führen (UNAIDS, 2008, S. 10). Regelmässige Tests von CD4-Zellen und Viral Load oder Viruslast dienen dazu, Wirksamkeit von ART zu überprüfen. Die Viruslast beeinflusst die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung: eine hohe Viruslast bedeutet auch eine hohe Infektiosität und erhöht das Risiko einer HIV-Übertragung. (AHS Website)

Nach aktuellem Stand der Forschung muss ART ein Leben lang fortgesetzt werden. Während die Kosten für ART die Gesundheitssysteme der westlichen Industrienationen belasten, stellen sie die Gesundheitssysteme der Entwicklungsländer und vor allem Subsahara Afrikas vor unlösbare Probleme. In der Folge von UNGASS entstand der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, um Massnahmen gegen Krankheiten zu finanzieren, die jährlich so viele Menschenleben fordern. Nach UNAIDS (2010) werden aktuell weltweit 5 Mio. Menschen mit ART behandelt, während weitere 10 Mio. ART benötigen (S.10).

#### 2.1.4 Stigma und Diskriminierung

Das Wort Stigma kommt laut Hillmann (2007) aus der lateinischen Sprache und bezeichnet "ein physisches, psychisches oder soziales Merkmal", das eine Person oder Gruppe von der übrigen Gesellschaft negativ unterscheidet und das zu sozialer Ausgrenzung, Verurteilung oder gar Verachtung führen kann (S. 864). Während Stigma das gesellschaftliche Phänomen umschreibt, konkretisiert der Begriff Diskriminierung die Handlung, d.h. was geschieht, wenn Menschen aufgrund von Stigma ausgegrenzt werden (UNAIDS, 2008, S. 17). In der Literatur werden auch die Begriffe Aids-Stigma oder HIV-Stigma verwendet.

Die Assoziation mit Sexualität und Tod hat nach Isabella Seemann (2005) Aids in den 1980er Jahren weltweit das Stigma der «Lustseuche» aufgedrückt und zur Diskriminierung von Menschen mit HIV geführt. Die sexuelle Übertragungsmöglichkeit von HIV bewirkte, dass vor allem konservative und kirchliche Kreise HIV/Aids als «Strafe Gottes» interpretierten für all jene, die sich einem unmoralischen und promisken Lebenswandel hingaben. Seemann beschreibt, wie Aids zum Tabuthema wurde, sobald jemand mit HIV infiziert war. So beschreibt sie, wie der Sekretär der Schweizer Bischofskonferenz erklärte, katholische Lebensregeln konsequent eingehalten würden ausreichend vor Aids schützen. Im Klartext: wer Aids hatte, hatte gesündigt und war folglich selber Schuld. Die in der Schweiz seit 1987 durchgeführte STOP AIDS Kampagne zur Prävention in der Allgemeinbevölkerung wurde als unverschämt kritisiert, und als Verführung von Jugendlichen zur Unzucht. Seit das Eidgenössische Versicherungsgericht 1990 einen HIV-positiven Test als Nachweis einer Krankheit einstufte, können Pensionskassen und Versicherungen Vorbehalte bei einer HIV-Infektion machen und damit bis heute Menschen mit HIV diskriminieren. (S. 72-75)

Stigma und Diskriminierung wegen HIV können gravierende Ausmasse annehmen und dadurch Präventionsinterventionen beeinträchtigen. Die United Nations General Assembly Special Session on HIV/Aids (UNGASS) stellt in ihrer «Declaration of Commitment on HIV/AIDS» (2001) fest, dass Stigma und Diskriminierung Prävention untergraben und die Auswirkungen

von HIV und Aids auf Individuen, Familien, Gemeinschaften und ganze Nationen verstärken können (S. 9). Gemäss einer aktuellen, globalen Umfrage von UNAIDS (2010) denken 48,2 % der Befragten, dass Stigma und Diskriminierung einer effektiven Aids-Arbeit im Wege stehen (S. 40). Auch wenn erfolgreiche ART bewirkt, dass HIV nach 1996 nicht mehr zwingend zu Krankheit und Tod führt und damit die direkte Verbindung von Aids und Tod aufgehoben wird, bleibt das Stigma der Geschlechtskrankheit trotzdem erhalten und ist gekoppelt mit den Grundwerten Treue, Sexualität, Liebe, Verantwortung, Schuld und Moral.

Aus eigener Erfahrung und durch Austausch mit vielen HIV-positiven Menschen weiss die Autorin, dass die Angst, wegen HIV zurückgewiesen und nicht akzeptiert zu werden, so gross werden kann, dass Menschen es nicht wagen, sich jemandem anzuvertrauen. Betroffene geraten in einen Prozess der Selbststigmatisierung, der Scham auslöst, zu Vereinsamung, Minderwertigkeits- und Schuldgefühlen, Depressionen und bis hin zu Suizid führen kann. Health and Development Networks (2006), ein internationales Internet-Forum zu HIV/Aids, definiert Selbststigmatisierung als die Verinnerlichung von gesellschaftlichen Haltungen zu HIV/Aids, die ein Individuum in seiner Lebenswelt von Mitmenschen erlebt oder zu erfahren erwartet. Dieser Prozess kann psychischen Stress und Ängste auslösen und dazu beitragen, dass HIV verleugnet und verschwiegen wird. (S. 23).

Als erfolgreiche Strategie gegen Stigma und Diskriminierung organisierten sich Menschen mit HIV in den 1980er und 1990er Jahren in Selbsthilfeorganisationen. Sie unterstützten sich solidarisch gegenseitig, wehrten sich gegen Diskriminierung am Arbeitsplatz, durch Versicherungen, in den Medien, im Gesundheitswesen und in der Öffentlichkeit. Wie beispielsweise die Gruppierungen «Act up» in Paris und New York oder die Gruppierungen «ActHIV» und «Sidaction» in der Schweiz. Aus nationalen und regionalen Initiativen entstand in den 1990er Jahren am Rande der Internationalen Aids-Konferenzen eine Bewegung des Aids-Aktivismus, der sich mit Aussagen wie "nothing about us without us" und "we are not the problem, we are part of the solution" artikulierte und selbstbewusst Schuldzuweisungen bekämpfte. Als «People living with HIV and Aids» deklarierten sie ihre Kompetenz für das Leben mit HIV und verlangten Partizipation am Verhandlungstisch, gleichberechtigt neben VertreterInnen von Forschung, Pharmakonzernen und Regierungen, wenn inhaltlich, finanziell und strukturell im HIV/Aids-Bereich entschieden wird. Internationale Erklärungen wie die Denver Principles oder die Declaration of Commitment von UNGASS belegen diese Entwicklung und bekräftigen die zentrale Rolle, die Menschen mit HIV im Kampf gegen Diskriminierung und Stigmatisierung einnehmen.

#### 2.2 Prävention

Um Prävention zu verstehen, stellt der Gesundheitsbegriff eine wichtige Grundlage dar. Die Weltgesundheitsorganisation WHO (1948) definiert Gesundheit als "Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen" (zit. in Klaus Hurrelmann, 2006, S. 7). In der Schweiz ist das BAG (2010c) verantwortlich für die öffentliche Gesundheit und für das Nationale HIV/Aids-Programm (S. 2). Das BAG (2010c) betrachtet Gesundheit als "zentrales schützenswertes Gut" und setzt sich zum Ziel, "die Gesundheitskompetenz der Menschen zu fördern und sie zu befähigen, die Verantwortung für die eigene Gesundheit und Gesundheitsverhalten wahrzunehmen" (S. 6). Als Gesundheitskompetenz beschreibt Ilona Kickbusch (2009) die Kompetenz des Individuums, eigenständige Entscheidungen in seinen jeweiligen Lebenswelten zu treffen, die sich positiv auf seine Gesundheit auswirken (S. 31). Das BAG (2010c) sieht sich wissenschaftlichen Fakten als leitende Prinzipien bei der Erarbeitung von Lösungsvorschlägen verpflichtet (S. 6).

Prävention beginnt dort, wo es darum geht, Gesundheit zu erhalten und Krankheit zu verhindern. Das Wort Prävention stammt aus der lateinischen Sprache: praevenire = zuvorkommen. Karl-Heinz Hillmann (2007) definiert Prävention als "Vorbeugung, Verhütung, Bezeichnung für vorbeugende Massnahmen, um allg. unerwünschte Verhaltensweisen, Ereignisse, Vorgänge und Folgen zu verhindern oder möglichst gering zu halten" (S. 697). Er weist darauf hin, dass die Präventivwirkung von negativen Sanktionen (Strafen) in unserer modernen Gesellschaft oft nicht ausreicht und dass Prävention sich darum durch Massnahmen "der Aufklärung, Beratung, Hilfe und Behandlung" auszeichnet (ib.).

Anja Leppin (2007) beschreibt Prävention als Versuch, durch gezielte Interventionen zu verhindern, dass bestimmte Krankheiten oder Zustände eintreten. Weil jedoch Krankheiten durch das komplexe Zusammenwirken zahlreicher Faktoren zustande kommen, ist Prävention oft darauf ausgerichtet, solche Faktoren zu erkennen und derart zu beeinflussen, dass eine Erkrankung vermieden oder zumindest weniger wahrscheinlich wird. (S. 31) Klaus Hurrelmann (2006) spricht von personalen Faktoren, Verhaltensfaktoren und Verhältnisfaktoren, die Gesundheit beeinflussen. Er weist auf die grosse und durch empirische Studien belegte Bedeutung der Verhaltensfaktoren für das Gesundheitsverhalten hin. (S. 22-23)

Anja Leppin (2007) zeigt auf, dass Prävention auch "die Verhinderung fortgeschrittener pathogener Zustände" umfasst (S. 31). Sie differenziert Prävention in Unterbegriffe und stützt sich dabei auf Gerald Caplan's (1964) Einteilung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (zit. in Leppin, 2007, S. 31-33):

- Primärprävention richtet sich an ganze Bevölkerungsgruppen und damit an Gesunde, und umfasst Massnahmen, die das erste Auftreten einer Erkrankung oder eines unerwünschten Zustands verhindern (ib.).
- Sekundärprävention beschreibt Leppin (2007) als Früherkennung und Eindämmen von Krankheiten (S. 32). Im HIV/Aids-Bereich betrifft dies Menschen mit einer diagnostizierten HIV-Infektion. Im HIV/Aids-Bereich besteht dafür auch den Begriff «positive prevention» (Viiv Healthcare Group Website).
- Tertiärprävention setzt nach Leppin (2007) dort ein, wenn ein unerwünschter Zustand oder eine Krankheit bereits manifest ist und eine Behandlung nötig ist, um Schaden zu begrenzen (S. 33).

Hurrelmann (2006) unterscheidet für Faktoren, die im Zusammenhang mit sozialer Benachteiligung Gesundheit beeinflussen, die Verhältnisebene von der Verhaltensebene. Auf der Verhältnisebene wirken Lebensbedingungen in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Freizeit, Finanzen und Sozialkontakte, während auf der Verhaltensebene psychische, physische, soziale, wirtschaftliche und umweltbedingte Faktoren menschliches Verhalten beeinflussen. (S. 2) Ausgehend von diesen beiden Ebenen lässt sich Prävention differenzieren in Verhaltens- und Verhältnisprävention: *Verhaltensprävention* setzt auf der Verhaltensebene an und zielt darauf ab, Risikoverhalten zu verhindern oder Schutzverhalten zu fördern, während *Verhältnisprävention* auf der Verhältnisebene ansetzt und Lebensbedingungen zu verändern sucht.

Gesetzliche Grundlage für Prävention bildet Art. 118 Schutz der Gesundheit der BV, nach dessen Abs. 2 lit. a der Bund Vorschriften zur Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten erlässt. Dies hat er mit dem Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz) vom 18. Dezember 1970, 818.101 getan. Ausserdem hat der Bundesrat dem Parlament im September 2009 hat mit dem Präventionsgesetz (PrävG) einen Entwurf für ein Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung unterbreitet. Der Entwurf des PrävG definiert unter Art. 3 lit. a Prävention als "Massnahmen, die das Auftreten von Krankheitsrisiken oder Krankheiten sowie die negativen Auswirkungen von Krankheiten selbst weniger wahrscheinlich machen, verhindern oder vermindern".

#### 2.3 HIV-Prävention in der Schweiz

Fachleute im HIV/Aids-Bereich und auch UNAIDS (2010) sind sich einig, dass erfolgreiche HIV-Prävention sich durch eine Kombination von zahlreichen Strategien und Interventionen auf verschiedenen Ebenen auszeichnet (S. 18-19). Entsprechend basiert auch die Strategie des BAG (2003) darin, HIV-Prävention auf verschiedenen Interventionsebenen zu leisten, welche die gesamte Bevölkerung, Zielgruppen und Individuen ansprechen (S. 19). Das BAG setzt die Leitplanken für die Schweizer Aids-Arbeit mit dem Nationalen HIV/Aids-Programm 2004-2008 (NHAP), das bis 2010 verlängert wurde und dieser Bachelorarbeit als Referenz dient. Dessen Nachfolgeprogramm 2011-2017 liegt beim Verfassen dieser Bachelorarbeit erst als Entwurf vor, der noch vom Bundesrat verabschiedet werden muss.

Das NHAP (BAG, 2003) definiert HIV-Prävention als "Verhinderung der Ausbreitung von HIV" und versteht darunter Primärprävention (S. 49). Es hat die Vision, massgeblich dazu beizutragen, die Verbreitung von HIV in der Schweiz zu verhindern und Menschen mit HIV dieselbe Lebensqualität zu ermöglichen wie Menschen ohne HIV. Um diese Vision zu erreichen, setzt es auf die Werte Partnerschaft, Partizipation, Solidarität, Akzeptanz und Chancengleichheit. (ib.) Das NHAP (BAG, 2003) legt wie in Kapitel 1.2 erwähnt, drei Kerngeschäftsfelder der Aids-Arbeit fest:

- 1. Verhinderung der Ausbreitung von HIV => HIV-Prävention
- 2. Therapie und Beratung bei der HIV-Infektion und Aids-Erkrankung
- 3. Solidarität mit infektionsgefährdeten, infizierten und kranken Menschen. (S. 16-17)

Diese Kerngeschäftsfelder stellt das NHAP wie folgt grafisch dar:

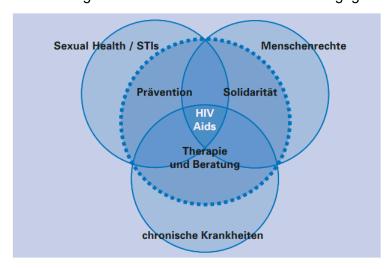


Abbildung 3: Kerngeschäftsfelder des NHAP

Abbildung 3 (BAG, 2003) zeigt auch den thematischen Kontext auf, in dem diese Kerngeschäftsfelder sich verorten lassen: HIV-Prävention im Kontext von «Sexual Health / STIs», wobei STI für «sexual transmitted infections» steht und Solidarität im Kontext der Menschen-

rechte. Der blau schraffierte Kreis in der Mitte bezeichnet den Geltungsbereich des NHAP und macht deutlich, dass sich die Kerngeschäftsfelder überschneiden und nicht klar voneinander trennen lassen. (S. 16)

Die Schweiz erkennt UNAIDS als internationale Institution für HIV/Aids an und hat sich aktiv an der Erarbeitung der «Declaration of Commitment on HIV/AIDS» im Rahmen von UNGASS 2001 als Grundlage einer umfassenden HIV/Aids-Politik beteiligt und sie unterzeichnet. Weitere Grundwerte für das NHAP (BAG, 2003) sind die schweizerische Bundesverfassung und die Europäische Menschenrechtskonvention, die «Ottawa-Charta», das WHO-Rahmenkonzept «Gesundheit für alle» und «Gesundheit 21». Das NHAP verfolgt einen ganzheitlichen Gesundheitsansatz, der soziale und persönliche Ressourcen ebenso umfasst wie physische Fähigkeiten. Die Präventionsstrategie des NHAP propagiert als Stossrichtung die *Eigenverantwortung* und meint damit die Verantwortung von Individuen für ihren eigenen Schutz. (S. 52-53)

Für HIV-Prävention unterscheidet das NHAP (BAG, 2003) drei Interventionsebenen:

- 1. Bevölkerungsbezogene Information richtet sich an alle, die in der Schweiz leben;
- Zielgruppenspezifische Information und Motivation richtet sich gezielt an Personen, die sich riskant verhalten, vulnerabler sind oder einer Gruppe mit hoher Prävalenz angehören;
- 3. Individuelle Prävention und Beratung bietet dezentral individuelle Information, Motivation und Beratung. (S. 19)

Personen, für die das Risiko einer HIV-Infektion erhöht ist, gelten als «vulnerabel». Vulnerabiltät kann sich auf riskantes Verhalten, auf Lebensumstände oder auf die Zugehörigkeit zu einer Gruppe mit hoher Prävalenz beziehen (ib.).

Zentrale Elemente für HIV-Prävention stellen gemäss NHAP (BAG, 2003) die Elemente der Wirkungskette «Awareness», «Attitude» und «Behaviour» dar. Das NHAP erläutert dies beispielhaft an der STOP AIDS-Kampagne, die als Primärprävention bei der Bevölkerung regelmässig Aufmerksamkeit (Awareness) für HIV/Aids schafft und aufrechterhält. Aufmerksamkeit gilt als eine Voraussetzung, um Informationen aufzunehmen. Sie schafft eine positive Einstellung (Attitude) zu HIV-Prävention und formuliert die Botschaft prägnant und einprägsam, wie z.B. «Ohne Dings kein Bums». Die Kampagne bestätigt durch klare Botschaften das erwünschte Schutzverhalten (Behaviour). Der Prozess von der Informationsaufnahme bis zur Verhaltensänderung kann langwierig sein und bedingt ständige Auffrischung und Wiederholung der Botschaften und damit das jährliche Fortführen der Kampagne. Schweizweit schafft sie eine nationale Referenz für HIV-Prävention und bestärkt Partnerorganisationen auf lokaler Ebene. (S. 20)

Das NHAP (BAG, 2003) hat festgestellt, dass das Risiko einer HIV-Infektion nicht für alle gleich gross ist und listet die Faktoren auf, die die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung erhöhen: "hohe Prävalenz, erhöhte Infektiosität, übertragungseffiziente (Sexual-) Praktiken (insbesondere rezeptiver Analverkehr oder Verwendung einer kontaminierten Spritze), Nichtverwenden oder falsche Anwendung eines Schutzmittels" (S. 21). Gemäss NHAP ist es notwendig, vulnerable Personen als Zielgruppen zu benennen und durch zielgruppenspezifische HIV-Prävention anzusprechen. Der Gefahr der Stigmatisierung soll zielgruppenspezifische HIV-Prävention durch Differenzierung, Sensibilität und Partizipation begegnen. (ib.) Rolf Rosenbrock et al. (2009) bekräftigen in ihrer Evaluation des NHAP mit der Forderung «Put the effort where the virus is» die Strategie, HIV-Prävention auf Zielgruppen mit hoher Prävalenz und Inzidenz auszurichten (S. 1).

Als Zielgruppen mit hohem Präventionsbedarf nennt das NHAP (BAG, 2003):

- "Homosexuelle und andere Männer (und Jugendliche), die ungeschützten Analverkehr praktizieren
- MigrantInnen [sic] aus Ländern mit hoher Prävalenz und deren SexualpartnerInnen
- Intravenös Drogenkonsumierende
- SexworkerInnen
- Freier sowie Reisende in Endemiegebiete, die sich nicht schützen". (S. 21)

Das NHAP legt explizit «MigrantInnen aus Ländern mit hoher Prävalenz und deren SexualpartnerInnen» (ib.) als Zielgruppe fest, und auch die Autorin geht davon aus, dass SexualpartnerInnen für HIV-Prävention, die sich auf Sexualverhalten bezieht, immer zur Zielgruppe gehören und einzubeziehen sind. Sie verzichtet jedoch darauf, diese Zielgruppe explizit als «Subsahara AfrikanerInnen und deren SexualpartnerInnen» zu bezeichnen und verwendet im Text den Begriff Subsahara AfrikanerInnen. Das NHAP (BAG, 2003) spricht auch von erhöhten Handlungsbedarf bei Menschen mit HIV im Sinne der Sekundärprävention, weil bei ihnen ein hohes Präventionspotential besteht (ib.).

Individuelle Präventionsberatung ist in der Schweiz Teil des Angebots der regionalen Aids-Hilfen, z.B. bei Unklarheiten der Safer Sex-Regeln oder in der Frage, wann und wie HIV-positive Personen ihren HIV-Status jemandem mitteilen. WHO und UNAIDS empfehlen die Verknüpfung von HIV-Test und Beratung und propagieren dies als «Voluntary Counseling and Testing», im Folgenden VCT. (BAG, 2003, S. 24)

Die Präventionsbotschaften des NHAP haben die Fachleute der AHS (AHS & BAG, 2007) als Quizkarten für Subsahara AfrikanerInnen wie folgt angepasst (im Anhang):

Die Infektion mit dem HI-Virus kann zu Aids führen, eine schwere, nicht heilbare Krankheit. HIV kann übertragen werden:

- durch eindringenden vaginalen oder analen Geschlechtsverkehr, wenn kein Kondom benutzt wird
- durch Oralsex, jedoch nur, wenn Sperma oder Vaginalblut in den Mund gelangen
- durch die Mutter auf ihr Kind während der Schwangerschaft, bei der Geburt oder durch das Stillen. Diese Übertragung kann jedoch durch medizinische Massnahmen verhindert werden.
- durch unsterile Geräte wie z.B. Spritzen oder Messer bei medizinischen Behandlungen, bei Tätowierungen oder Beschneidungen usw. (S. 3)

Das konsequente Einhalten der Safer Sex-Regeln schützt vor einer HIV-Infektion:

"Bei eindringendem Verkehr immer ein Präservativ benutzen (oder ein Femidom – das Präservativ für Frauen)"

"Kein Sperma in den Mund, kein Sperma schlucken. Kein Menstruationsblut in den Mund, kein Menstruationsblut schlucken". (AHS & BAG, 2007, S. 3)

Das NHAP (BAG, 2003) bezeichnet *Risikoverhalten* als ein Verhalten, das unter Missachtung dieser Regeln eine Infektion mit HIV riskiert. Ob dieses Risiko bewusst oder unbewusst eingegangen wird, ist unerheblich. HIV-Präventionsbemühungen zielen darauf, alle Personen über die Risiken einer HIV-Infektion zu informieren, um sie zu befähigen, Verantwortung zu übernehmen und sich aktiv zu schützen. Jegliches Verhalten, das zum Ziel hat, vor einer HIV-Infektion zu schützen, gilt in der HIV-Prävention als *Schutzverhalten*. Ziel professionellen Handelns in der HIV-Prävention ist die Reduzierung von Risikoverhalten und das Fördern von Schutzverhalten. (S. 20-21)

Das BAG (2003) bestimmt im NHAP, dass alle Volks-, Mittel- und Berufsschulen HIV-Prävention in ihr Curriculum integrieren. Damit gewährleistet es, dass alle SchülerInnen in der Schweiz ihrem Alter angemessen lernen, was HIV ist, wie es übertragen wird und wie sie sich davor schützen können. (S. 64-65)

Von den Zielen des NHAP (BAG, 2003) ist für diese Bachelorarbeit das Ziel 5 "Zielgruppenspezifische Prävention", von Bedeutung (S. 57): "Menschen mit erhöhtem Risiko einer HIV-Infektion oder erhöhtem Präventionsbedarf werden mit spezifischen Präventionsbotschaften angesprochen und schützen sich angemessen. Die Verhaltensprävention wird von Massnahmen der Verhältnisprävention begleitet" (S. 66). Diese klare Forderung nach Massnahmen der

Verhältnisprävention, die Verhaltensprävention begleiten sollen, verstärkt noch einmal die zu Beginn dieses Unterkapitels beschriebene Erkenntnis, dass erfolgreiche HIV-Prävention sich durch eine Kombination von zahlreichen Strategien und Interventionen auf verschiedenen Ebenen auszeichnet.

## 3 Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz

In der Schweizer Fachliteratur findet sich oft der Begriff «Subsahara MigrantInnen [sic!]», der stark die Migrationserfahrung betont. Für diese Bachelorarbeit ist, wie bereits im Kapitel 1 ausgeführt, der unterschiedliche afrikanische Kulturkreis ebenfalls von Bedeutung, weil er einen Teil der kulturellen Identität von Subsahara AfrikanerInnen bildet und ihr Verhalten in Bezug auf HIV/Aids beeinflusst.

Diese Bachelorarbeit stützt sich auch auf Fachliteratur aus anderen westeuropäischen Ländern, weil nicht genügend Schweizer Fachliteratur über Subsahara AfrikanerInnen existiert. Auch wenn in Grossbritannien oder Frankreich Subsahara AfrikanerInnen aus ehemaligen Kolonien stärker vertreten sind als in der Schweiz, so bleiben diese Bevölkerungsgruppen heterogen und lassen sich in Bezug auf HIV-Prävention vergleichen. Auch Brigit Zuppinger, Christine Kopp und Hans-Rudolf Wicker (2000) sowie Giovanna Meystre-Augstoni et al. (2005) orientieren sich an Fachliteratur aus europäischen Ländern über Subsahara AfrikanerInnen und HIV/Aids (S. 30). Zuppiger et al. (2000) weisen darauf hin, dass zahlreiche europäische Länder zurückhaltend waren bei der Veröffentlichung von Gesundheitsstatistiken nach Ethnien. Den Umgang mit diesen Zahlen bezeichnen sie als "sehr vorsichtig" und sind überzeugt, dass die Schweiz für HIV-Prävention mit Subsahara AfrikanerInnen von europäischen Erfahrungen profitieren kann. (S. 71-74)

Dieses Kapitel beschreibt die Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz, die sich stark durch ihre Heterogenität, auch was ihre Integration betrifft, auszeichnen. Das erste Unterkapitel erklärt die Vulnerabilität von Subsahara AfrikanerInnen. Ein weiteres Unterkapitel gibt mit Hilfe von demografischen Angaben eine Übersicht über diese Bevölkerungsgruppe. Das folgende Unterkapitel zeigt auf, welche Faktoren im Zusammenhang mit Migration die Gesundheit von Immigrierenden beeinflussen. Das letzte Unterkapitel fasst Erkenntnisse zu Diskriminierung und Rassismus gegen dunkelhäutige Menschen in der Schweiz zusammen.

#### 3.1 Vulnerabilität von Subsahara AfrikanerInnen

Subsahara AfrikanerInnen bilden für das BAG (2003) im NHAP eine Zielgruppe, weil sie aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz stammen (S. 66). Als Länder mit hoher Prävalenz gelten die Subsahara Länder, wie die folgende Tabelle 1 von UNAIDS (2009b) zur HIV-Prävalenz belegt.

| (Last of 2 parts)             | Adult prevalence (%)          |                              |  |  |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--|--|
|                               | 2008                          | 2001                         |  |  |
| Sub-Saharan Africa            | <b>5.2%</b><br>[4.9% – 5.4%]  | <b>5.8%</b> [5.5% – 6.0%]    |  |  |
| Middle East & North Africa    | <b>0.2%</b> [<0.2% - 0.3%]    | <b>0.2%</b> [0.1% – 0.2%]    |  |  |
| South and South-East Asia     | <b>0.3%</b> [0.2% – 0.3%]     | <b>0.3%</b> [<0.3% - 0.4%]   |  |  |
| East Asia                     | <b>0.1%</b><br>[<0.1%]        | <b>&lt;0.1%</b><br>[<0.1%]   |  |  |
| Latin America                 | <b>0.6%</b><br>[0.5% – 0.6%]  | <b>0.5%</b> [<0.5% - 0.6%]   |  |  |
| Caribbean                     | <b>1.0%</b><br>[0.9% – 1.1%]  | <b>1.1%</b><br>[1.0% – 1.2%] |  |  |
| Eastern Europe & Central Asia | <b>0.7%</b><br>[0.6% – 0.8%]  | <b>0.5%</b> [0.4% – 0.5%]    |  |  |
| Western & Central Europe      | <b>0.3%</b> [0.2% – 0.3%]     | <b>0.2%</b> [<0.2% - 0.3%]   |  |  |
| North America                 | <b>0.6%</b><br>[0.5% – 0.7%]  | <b>0.6%</b> [0.5% – 0.7%]    |  |  |
| Oceania                       | <b>0.3%</b> [<0.3% – 0.4%]    | <b>0.2%</b> [<0.2% - 0.3%]   |  |  |
| TOTAL                         | 0.8%<br>[<0.8% <b>–</b> 0.8%] | 0.8%<br>[<0.8% – 0.8%]       |  |  |

| WNAIDS OF STATE AND | 2009 AIDS epidemic update |
|---|---------------------------|
|   |                           |

Tabelle 1: HIV-Prävalenzen in den Weltregionen

Die Prävalenz von 5,2 % bei Subsahara Afrika ist ein Durchschnittswert, von dem die einzelnen afrikanischen Länder stark variieren. Als Vergleich dazu hat die Schweiz nach dieser Tabelle unter "Western & Central Europe" eine HIV-Prävalenz von 0,3 %. (UNAIDS 2009b) Für AfrikanerInnen aus Subsahara und SexworkerInnen weist das NHAP (BAG, 2003) darauf hin, dass Migration die Entwicklung in der Schweiz beeinflusst und dass die Präventionsbemühungen für diese Zielgruppe verstärkt und ihr Zugang zu Angeboten des Gesundheitswesens verbessert werden müssen (S. 36).

Subsahara AfrikanerInnen sind vulnerabler für eine HIV-Infektion, weil sie aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz stammen. Diese hohe Prävalenz lässt sich auch epidemiologisch erkennen, anhand der neuen HIV-Diagnosen, die das BAG regelmässig publiziert. Die Entwicklung der neuen HIV-Diagnosen von 2001 bis 2010 zeigt die folgende Tabelle des BAG (2010a, S. 719) anhand der Zahlen für die Ansteckung durch heterosexuelle Kontakte:

| Ansteckungsweg | Herkunfts-<br>region | Testjahr |      |      |      |      |      |      |      |      |            |
|----------------|----------------------|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------------|
|                | _                    | 2001     | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010       |
|                |                      |          |      |      |      |      |      |      |      | (bis | 30.6.2010) |
| Heterosexuell  | Schweiz              | 142      | 153  | 155  | 169  | 128  | 133  | 109  | 118  | 116  | 42         |
|                | Еигора               | 24       | 36   | 39   | 34   | 47   | 28   | 32   | 39   | 17   | 19         |
|                | Subsahara            | 136      | 182  | 178  | 179  | 143  | 137  | 146  | 106  | 95   | 47         |
|                | Andere               | 49       | 61   | 64   | 65   | 58   | 62   | 64   | 91   | 67   | 39         |

Tabelle 2: HIV-Diagnosen per 30. Juni 2010

Tabelle 2 zeigt, dass z.B. 2007 von den neuen heterosexuellen HIV-Diagnosen Subsahara AfrikanerInnen einen Anteil von 41 % ausmachten, während die Zahlen 2008 und 2009 etwas zurückgingen.

## 3.2 Demografische Angaben

Weil der von UNAIDS eingeführte Begriff Subsahara sich auf Länder Afrikas mit hoher Prävalenz bezieht, existiert er in der statistischen Erfassung der ausländischen Bevölkerung in der Schweiz nicht, und aktuelle Daten darüber lassen sich nur aus den Zahlen der einzelnen Länder errechnen.

Eine annähernde Schätzung der Subsahara AfrikanerInnen, die 2009 in der Schweiz wohnhaft waren, lässt sich aus den Zahlen der Statistiken des Bundesamtes für Statistik BFS (BFS Website) über ausländische Migrationsbevölkerung errechnen:

| Ausländische Migrationsbevölkerung 2009 der Schweiz |        |        |             |                   |  |  |  |
|---|--------|--------|-------------|-------------------|--|--|--|
| Region Afrikas                                      | Männer | Frauen | total Pers. | davon<br>Asyl F/N |  |  |  |
| Ostafrika   | 12'278 | 9'651  | 21'929      | 9'293             |  |  |  |
| Zentralafrika                                       | 7'291  | 8'135  | 15'426      | 3'450             |  |  |  |
| Südliches Afrika                                    | 967    | 965    | 1'932       | 97                |  |  |  |
| Westafrika  | 8'193  | 4'697  | 12'890      | 2'048             |  |  |  |
| total Subsahara                                     | 28'729 | 23'448 | 52'177      | 14'888            |  |  |  |

Tabelle 3: Ausländische Wohnbevölkerung Subsahara 2009

Das BFS (2008b) versteht unter *Ausländischer Wohnbevölkerung* alle Personen, unabhängig von Aufenthaltsstatus oder -dauer, die keine schweizerische Staatszugehörigkeit besitzen und zu einer bestimmten Zeit in der Schweiz wohnen (S. 4). In der Spalte ganz rechts sind unter "Asyl F/N" Personen mit Aufenthaltsstatus F oder N sowie KurzaufenthalterInnen (< 12 Mt.), die

mit 14'888 insgesamt 28,5 % der 52'177 ausmachen. Subsahara AfrikanerInnen stammen gemäss Statistik des BFS (BFS Website) aus den folgenden Ländern und Regionen:

| Ostafrika  | 21'929        | Westafrika    | 12'890 | Zentralafrika       | 15'426 |
|------------|---------------|---------------|--------|---------------------|--------|
| Burundi    | 359           | Benin         | 348    | Angola              | 4'362  |
| Komoren    | 15            | Burkina Faso  | 441    | Kamerun             | 4'333  |
| Dschibuti  | 20            | Kap Verde     | 930    | Zentralafrik. Rep.  | 59     |
| Eritrea    | 7'368         | Côte d'Ivoire | 1'709  | Tschad              | 142    |
| Äthiopien  | 2'803         | Gambia        | 565    | Kongo (Brazzaville) | 541    |
| Kenia      | 1'538         | Ghana         | 1'447  | Kongo (Kinshasa)    | 5'844  |
| Madagaskar | 563           | Guinea-Bissau | 149    | Äquatorialguinea    | 24     |
| Malawi     | 40            | Guinea        | 944    | Gabun               | 113    |
| Mauritius  | Mauritius 917 |               | 170    | Sâo Tomé & Principe | 8      |
| Mosambik   | 109           | Mali          | 259    | Südliches Afrika    | 1'932  |
| Ruanda     | 542           | Mauretanien   | 96     | Botswana            | 34     |
| Seychellen | 66            | Niger         | 127    | Lesotho             | 26     |
| Somalia    | 6'394         | Nigeria       | 2'862  | Namibia             | 39     |
| Tansania   | 311           | Senegal       | 1'309  | Südafrika           | 1'806  |
| Uganda     | 395           | Sierra Leone  | 228    | Swasiland           | 27     |
| Sambia     | 118           | Togo          | 1'306  |                     |        |
| Simbabwe   | 371           |               |        |                     |        |

Tabelle 4: Herkunft ausländische Wohnbevölkerung Subsahara 2009

Zur besseren Übersicht sind Länder, aus denen mehr als 1'000 Personen kommen, orange eingefärbt und Länder, aus denen mehr als 4'000 Personen kommen, rot. Es zeigt sich deutlich, dass viele Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz aus Krisengebieten wie Eritrea, Somalia, Angola und Kongo, d.h. aus Ost- und Zentralafrika stammen. In diesen Zahlen sind AfrikanerInnen, die das Schweizer Bürgerrecht erworben haben, nicht enthalten, ebenso wenig wie Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus und darum kann die Zahl von 52'177 nur eine grobe Annährung an die effektive Zahl der Subsahara AfrikanerInnen geben. Einen zusätzlichen Hinweis gibt die Statistik, nach der von 1991 bis 2009 insgesamt 31'702 Personen aus Afrika das Schweizer Bürgerrecht erworben haben, ohne jedoch afrikanische Länder zu unterscheiden (BFS Website). Auch nicht in diesen Zahlen enthalten sind Subsahara AfrikanerInnen, die sich ohne Bewilligung in der Schweiz aufhalten. Gesamthaft geht das BAG (2010b) von weniger als 100'000 aus (S. 3). Wie bereits unter Kapitel 2.3 erwähnt, gehören auch die SexualpartnerInnen von Subsahara AfrikanerInnen zur Zielgruppe, was ein Erfassen in Zahlen zusätzlich erschwert.

Unter diesem Vorbehalt der ungenauen Zahl verteilen sich die dokumentierten 52'177 Subsahara AfrikanerInnen mit Hilfe der Zahlen des BFS 2009 (BFS Website) wie folgt auf die Kantone:

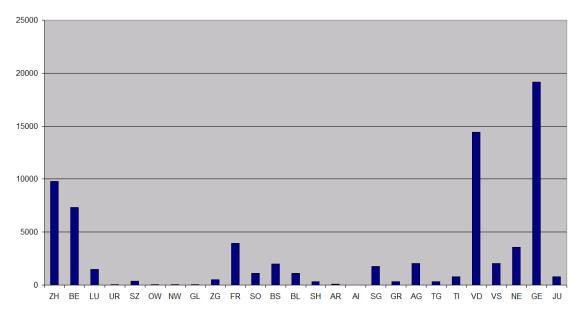


Abbildung 4: Verteilung Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz

Diese Verteilung auf die Kantone zeigt klar auf, dass viele Subsahara AfrikanerInnen in der Romandie leben, in den Kantonen Genf und Waadt, gefolgt von Zürich und Bern, den Kantonen Fribourg, Neuchâtel sowie dem Wallis (BFS Website).

Bei der grafischen Darstellung derselben Zahlen zur Altersverteilung fällt auf, dass ungefähr die Hälfte der Altersgruppe der 20- bis 39-Jährigen angehören und auch viele Kinder aus Subsahara stammen, davon 4'832 aus Ostafrika und 4'339 aus Zentralafrika.

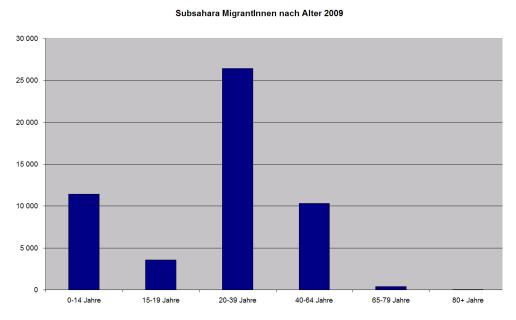


Abbildung 5: Altersverteilung Subsahara AfrikanerInnen

Aus Abbildung 6 (BFS Website) zur Altersverteilung geht deutlich hervor, dass die Mehrheit der Subsahara AfrikanerInnen im sexuell aktiven Alter sind und somit auch Zielgruppe für HIV-Prävention sind.

Subsahara Afrika umfasst 47 Länder und noch weit mehr verschiedene Ethnien und Sprachgruppen, was neben weiteren Faktoren wie Alter, Bildung, Gesundheit, Religion, ökonomischer und sozialer Status, neben unterschiedlichen Gründen für die Migration in die Schweiz, unterschiedlichem Aufenthaltsstatus und -dauer die Zielgruppe prägt und beeinflusst.

## 3.3 Migration und Gesundheit

Allen Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz gemeinsam ist die Migrationserfahrung. Sie alle haben aus unterschiedlichen Gründen und mit Hoffnung auf eine bessere Zukunft ihr Heimatland verlassen und sind in die Schweiz eingewandert, wo sie sich mit einer fremden, «westlichen» Kultur und Gesellschaft konfrontiert sehen, deren Normen und Werte sie nicht kennen. Migration bedeutet für viele Entwurzelung, fordert sie heraus, sich neu zu orientieren, sich neu zu verwurzeln und zu vernetzen, Krisen zu bewältigen und sich auf einen langwierigen und anspruchsvollen Integrationsprozess einzulassen. Die Eidgenössische Ausländerkommission (2006) versteht Integration "als einen fortwährenden Prozess, der alle Menschen unserer Gesellschaft betrifft und von allen die Bereitschaft verlangt, sich auf diesen Prozess einzulassen. Integration setzt Gleichberechtigung und Chancengleichheit voraus, beinhaltet Möglichkeiten der Partizipation und des konstruktiven Umgangs mit Konflikten" (S. 5). Für die Integration von Ausländerinnen und Ausländern postuliert das neue Ausländergesetz einen wechselseitigen Prozess, der von den Zugewanderten fordert, dass sie sich aktiv mit den Schweizer Verhältnissen auseinandersetzen und eine der Landessprachen erlernen, während es von der Schweizer Bevölkerung Offenheit, Respekt und Akzeptanz als Aufnahmegesellschaft verlangt. (ib.)

Denise Efionayi-Mäder und Chantal Wyssmüller (2009) legen dar, dass Migration als Ereignis nicht ein gesundheitliches Risiko darstellen muss, dass jedoch grosse Teile der Migrationsbevölkerung gegenüber der Mehrheitsbevölkerung sozioökonomisch benachteiligt sind, was ihr Risiko erhöht, zu erkranken oder vorzeitig zu sterben. Sie fassen zusammen, dass Teile der Migrationsbevölkerung vermehrt gesundheitlichen Risiken ausgesetzt seien, was sich in ihrem Gesundheitszustand äussere, z.B. indem sie ihre eigene Gesundheit als weniger gut bewerten. Ein Eingehen auf die zahlreichen Faktoren, die die Gesundheit im Migrationskontext beeinflussen können, würde den Rahmen dieser Bachelorarbeit sprengen. Insgesamt jedoch sind es zahlreiche Faktoren, die in komplexer Weise zusammenspielen und auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationserfahrung einwirken. Von diesen ist z.B. der Aufenthaltsstatus oder

Sorgen diesbezüglich ein Faktor, der das Wohlbefinden von Subsahara AfrikanerInnen beeinträchtigen und zur migrationsbedingten Ungleichheit im Gesundheitsbereich beitragen kann. (S. 88-92).

Was HIV/Aids betrifft, lässt sich unter Subsahara AfrikanerInnen eine deutlich höhere HIV-Prävalenz feststellen als in der Gesamtbevölkerung. Dies belegt die folgende Statistik des BAG (zit. in Meystre-Agustoni, 2005, S. 32) zu den Zahlen der durchgeführten HIV-Tests und dem prozentualen Anteil der positiven HIV-Tests.

| Origine                     | Nombre de tests VIH | % positifs |  |
|-----------------------------|---------------------|------------|--|
| Suisse                      | 36891               | 0.10       |  |
| Europe (sauf Suisse)        | 6525                | 0.14       |  |
| Afrique du Nord             | 299                 | 0.33       |  |
| Afrique Subsaharienne       | 1084                | 4.24       |  |
| Asie                        | 408                 | 0.25       |  |
| Amérique du Nord            | 286                 | 0          |  |
| Amérique Centrale et du Sud | 1034                | 0.48       |  |
| Autre ou pas connue         | 1329                | 0.45       |  |

Source: Martin Gebhardt - OFSP

Tabelle 5: Verhältnis HIV-Tests und positive Tests 2000-2003

Mit 4,24 % war der Anteil der positiven HIV-Tests bei Subsahara AfrikanerInnen signifikant höher als bei allen anderen Bevölkerungsgruppen. Diese Feststellung bestätigen die Grafiken von Abbildung 6 (BAG, 2005, S. 880), die positive HIV-Tests nach Männern, die mit Männern Sex haben, auch MSM genannt, Männern und Frauen getrennt und jeweils nach Herkunft aufschlüsseln:

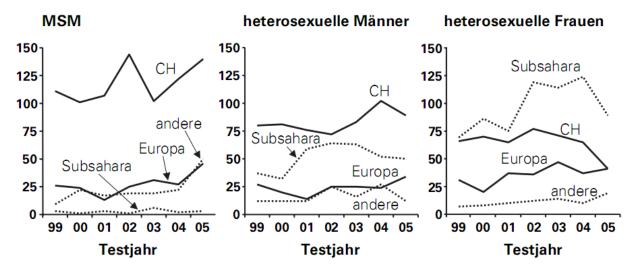


Abbildung 6: Positive HIV-Tests in der Schweiz, nach Geschlecht und sexueller Orientierung

Diese Grafiken zeigen auch das als *Feminisierung von Aids* bekannte Phänomen, dass in Subsahara Afrika mehr Frauen als Männer von HIV betroffen sind (UNAIDS Website). Mehr dazu in Kapitel 4.1. In der Schweiz diagnostizierte HIV-Infektionen lassen keinen Schluss auf den Ort der Ansteckung zu und auch nicht, welchen Einfuss darauf z.B. bei alleinstehenden Frauen die Migrationssituation selber hat.

## 3.4 Diskriminierung und Rassismus

Eine Gemeinsamkeit der Subsahara AfrikanerInnen ist ihre dunkle oder «schwarze» Hautfarbe, die auch aus Entfernung gut erkennbar ist und sie für die breite Bevölkerung als homogene Gruppe erscheinen lässt. Matthias Ezeboa (2000) beschreibt, dass viele Subsahara AfrikanerInnen erst in der Schweiz, wo sie sich durch Aussehen und Sprache von der lokalen Bevölkerung deutlich unterscheiden, erleben, dass sie fast überall schlecht behandelt, ja sogar missachtet werden und einer Unterschichtsminderheit angehören. "Mangelnde Integration und Verlust der kulturellen Identität, schlechte Schul- und Ausbildung und damit geringe Berufschancen und relativ hohe Arbeitslosigkeit, Arbeitsverbot und dadurch verordnetes Gammeln, Diskriminierung durch Behörden und Bürger/innen" zählt Ezeboa als Faktoren auf, die die Befindlichkeit von Subsahara AfrikanerInnen beeinflussen. Die Schwierigkeit, in der Schweiz eine ihnen entsprechende Arbeit zu finden führt er darauf zurück, dass eine dunkle Haut in der Schweiz per se eine negative Qualifikation darstelle. (S. 27-28)

Ezeboa (2000) spricht von offenem Rassismus, weil nicht differenziert wird, wenn einige unangenehm auffallen, sondern dass sofort auf alle Schwarzen projiziert werde, sie seien laut, primitiv, sexhungrig, unanständig oder kriminell. Als Beispiel führt er rassistische Lokalverbote für Schwarze in Schweizer Städten an. (S. 29) Auch Mutombo Kanyana (2000) zählt mit "der Schwarze ist dumm", "er stinkt" und "er ist minderwertig" einige der bekannten Klischees auf, die er in der Schweiz wahrnimmt. Als die ersten Opfer von Rassismus in der Schweiz identifiziert er schwarze AfrikanerInnen, die «schwarze Rasse». Aus seiner Sicht stellen Schweizer Medien Schwarze konsequent durch degradierende Bilder dar. (S. 72-73)

Carmel Fröhlicher-Stines und Kelechi Monika Mennel (2004) haben mit qualitativen Interviews die Befindlichkeit der schwarzen Bevölkerung in der Schweiz untersucht. Sie kamen zu dem Schluss, dass die Befragten in der Schweiz mehrheitlich gut integriert sind, Arbeit und Schweizer Freunde und Freundinnen haben, sich jedoch in der Öffentlichkeit nicht akzeptiert fühlen. Die Interviewten berichten von Blicken, die sie als negativ bewerten und unter denen sie sich "fremd" und "misstrauisch beobachtet" fühlten. Sie erzählen, dass in öffentlichen Verkehrsmitteln häufig der Platz neben ihnen frei bleibt, auch wenn die übrigen Passagiere stehen müssen.

Dies geschieht unabhängig von Aufenthaltsdauer und Integrationsgrad auch SchweizerInnen mit dunkler Hautfarbe, wodurch sie sich unerwünscht fühlen. Frauen beklagen sich, als SexworkerInnen angesehen und sexuell belästigt zu werden und Männer berichten von diskriminierendem und aggressivem Verhalten der Polizei, die in ihnen potentielle Kriminelle und Drogenhändler zu sehen scheint. (S. 18-31)

Dies bestätigt der UN-Bericht (2007) des Delegierten für Rassismus, Doudou Diène, der über rassistisches und fremdenfeindliches Verhalten der Schweizer Bevölkerung und insbesondere von staatlichen Organen wie z.B. der Polizei berichtet. Er erwähnt die Angst innerhalb der Subsahara Bevölkerung vor zunehmender Diskriminierung und wiederholten rassistischen Akten der Schweizer Polizei. Auch spricht er von einer hohen Zahl von rassistisch motivierten Vorfällen gegenüber schwarzen Menschen sowie von einer Verschärfung des rassistischen und fremdenfeindlichen Diskurses in den politischen Parteien. (S. 16)

## 4 Subsahara AfrikanerInnen und HIV-Prävention

Kultur taucht als Begriff im Zusammenhang mit der Beschreibung der Zielgruppe Subsahara AfrikanerInnen immer wieder auf und muss darum geklärt werden. Philipp Eyer und Régine Schweizer (2010) definieren Kultur im Migrationskontext und stützen sich dabei auf eine vereinfachte Definition des in den Sozialwissenschaften verwendeten Kulturbegriffs:

Mit dem Begriff Kultur werden im folgenden Kapitel kollektiv verbreitete Gewohnheiten, Wertvorstellungen und Wissensbestände sowie soziale, religiöse und künstlerische Traditionen und Praktiken bezeichnet, wie sie von Mitgliedern einer Gesellschaft ausgeübt und durch Sozialisation weitergegeben werden. Kultur wird hier als flexibel und wandelbar verstanden. (S. 93)

Auch im Zusammenhang mit Kultur ist es aufgrund der bereits erwähnten Heterogenität unmöglich, von «der afrikanischen Kultur» zu sprechen.

Claudia Kessler Bodiang und Joseph Okullo (2002) führen aus, dass viele Subsahara AfrikanerInnen keine Präventionskampagnen in Afrika erlebt haben oder aus Kriegsregionen wie Kongo oder Somalia stammen, in denen die Gesundheitssysteme schon vor Jahren versagten und keine Kampagnen zu HIV/Aids durchgeführt werden konnten (S. 5). Daraus folgt, dass die Informationen, die Subsahara AfrikanerInnen über HIV/Aids aus Afrika mitbringen, von unterschiedlicher Qualität und Relevanz sind. In der Schweiz lässt sich zudem in Bezug auf HIV-Prävention differenzieren zwischen Subsahara Ländern, aus denen mehr als 1'000 Personen kommen und die über hohe HIV-Prävalenz verfügen. Dazu gehören laut UNAIDS Prävalenzkarte (2009c) Kamerun mit 5,3 %, Nigeria mit 3,6 %, Elfenbeinküste mit 3,4 %, Kenia mit 6,3 % und Kongo mit 3,4 %. AfrikanerInnen aus Ländern wie Senegal mit 0,9 % und Eritrea mit 0,8 % (ib.) bilden keine Zielgruppe für HIV-Prävention, weil durch die tiefe Prävalenz ihrer Herkunftsländer auch ihre Vulnerabiltät geringer eingeschätzt wird. (Interview mit Noël Tshibangu vom 5.11.2010)

Dieses Kapitel arbeitet Aspekte heraus, die für die Zielgruppe Subsahara AfrikanerInnen im Zusammenhang mit HIV/Aids von Bedeutung sind. Das erste Unterkapitel beschreibt das Verhältnis zwischen afrikanischen Männern und Frauen aus Subsahara. Das folgende Unterkapitel befasst sich mit Tabuisierungen rund um Sexualität und ein weiteres Unterkapitel beschreibt kulturelle Konstruktionen von Gesundheit und Krankheit. Ein viertes Unterkapitel geht auf Mehrfachdiskriminierungen ein, während das fünfte Unterkapitel untersucht, wie HIV übertragen wird und was über das Schutzverhalten in dieser Zielgruppe bekannt ist. Das letzte Unterkapitel

beschreibt Afrimedia, das aktuelle HIV-Präventionsprogramm für Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz

#### 4.1 Verhältnis zwischen Mann und Frau

Frauen in Subsahara Afrika sind laut UNAIDS mit 60 % aller HIV-Infektionen stärker von HIV/Aids betroffen sind als Männer. Die verstärkte Vulnerabilität der Frauen lässt sich nicht nur auf ihre grössere physische Anfälligkeit für die sexuelle HIV-Übertragung zurückführen, sondern auch auf die sozialen, rechtlichen und wirtschaftlichen Benachteiligungen, die Frauen in vielen afrikanischen Kulturen erfahren. (UNAIDS Website)

Die Autorin hat bei ihrer Arbeit im HIV-Bereich in Südafrika erfahren, dass Frauen der Zulus ihren Männern traditionell nicht gleichgestellt sind, was ihnen erschwert, z.B. den Gebrauch eines Kondoms zu verhandeln und auch durchzusetzen. Geschlechterrollen sind in afrikanischen Gemeinschaften oft traditionell verteilt und dagegen zu verstossen kann mit sozialer Ächtung oder Exklusion bestraft werden. Olaf Hirschmann (2003) charakterisiert die Liebesbeziehung zwischen Mann und Frau in Subsahara Afrika als geprägt von mangelndem Vertrauen und Kommunikationslosigkeit. Über Sexualität werde in Partnerschaften ebenso wenig gesprochen wie über individuelle Gefühlslagen. Er stellt fest, dass Gespräche über Sexualität selbst bei Ehepartnern als "schändlich und respektlos" gelten. (S. 76)

Hirschmann (2003) beschreibt, wie in Malawi von früher Kindheit an das männliche Geschlecht dem weiblichen vorgezogen wird und darüber dominiert, indem Jungen als zukünftige Ernährer für ihre Rolle als «village maker» erzogen werden. Mädchen werden auf ihre Rolle als «homemaker» vorbereitet, indem sie den Haushalt führen und sich um jüngere Geschwister kümmern müssen. Mädchen können nicht über ihren Körper und ihre Sexualität entscheiden und sie lernen, sich dem Manne unterzuordnen. Um sozial und wirtschaftlich zu überleben, ist der für sie vorgezeichnete Weg zu heiraten und Kinder zu bekommen. In die Bildung und Gesundheit von Mädchen und Frauen wird kaum investiert, und durch ihre Verheiratung ergibt sich allenfalls ein Brautpreis. Während Frauen starken sozialen und familiären Zwängen ausgesetzt sind, indem z.B. unverheiratete Frauen einen sozial niedrigen Status haben oder junge Mädchen von der Familie in eine Ehe gezwungen werden, verfügen Männer über sexuelle Freiheiten und eine scheinbar unantastbare Vormachtsstellung. (S. 52-53)

Iren Bischofberger Lerch beschreibt die Stellung der afrikanischen Frauen im sexuellen Bereich als traditionell sehr schwach und sieht darin einen wichtigen Einflussfaktor für die hohe HIV-Prävalenz in dieser Bevölkerungsgruppe. Auch die ökonomische Abhängigkeit vieler Subsahara

Afrikanerinnen wirkt sich direkt auf ihre Verhandlungsmacht innerhalb ihrer Partnerschaft aus. Auch Subsahara Afrikanerinnen, die im europäischen Aufnahmeland durch kommerzielle Sexarbeit zu überleben versuchen, gelten als wenig selbstbewusst und haben Mühe, ihre sexuelle Gesundheit angemessen zu schützen. (2007, S. 53) Hinweise auf eine Veränderung geben Philipp Eyer und Régine (2010), wenn sie beschreiben, dass eritreische und somalische Frauen hier erwerbstätig sind und damit in Lebensbereiche vordringen, die traditionell ihren Männern vorbehalten sind. Eritreische und somalische Männer hingegen erleiden durch schlecht bezahlte Arbeit oder Erwerbslosigkeit oft einen Statusverlust, was in ihren Familien zu Konflikten führen kann. (S. 105) Diese Veränderung der Geschlechterrollen weist aus Sicht der Autorin auf Intergrationsprozesse der Familien hin, die auf die neuen Lebensbedingungen reagieren.

Hirschmann (2003) beschreibt auch das Phänomen der «Sugar Daddies», ältere und oft verheiratete Männer, die sich für Geld, Kleidung, Schulgebühren oder materielle Geschenke von jungen Mädchen sexuelle Leistungen erkaufen. Mit dem Bekanntwerden von HIV/Aids suchten sich Sugar Daddies immer jüngere Mädchen, die noch nicht mit HIV in Kontakt gekommen waren, in der Hoffnung, sich so davor zu schützen. Sie beuten die Mädchen sexuell aus und halten sie mit Versprechungen auf spätere Heirat hin. Die Armut der ganzen Familie kann dazu führen, dass Eltern ein Mädchen zu solchen von wirtschaftlicher Abhängigkeit geprägten Beziehungen drängen. (S. 43) In Südafrika und Kenia sind laut UNAIDS (2010) bei Jugendlichen von 15 bis 19 Jahren dreimal mehr Mädchen als Jungen mit HIV infiziert, was UNAIDS auf Sex zwischen den Generationen zurückführt (S. 32).

Zusammenfassend sind im Zusammenhang mit HIV/Aids folgende Faktoren für das Verhältnis zwischen Männern und Frauen aus Subsahara Afrika wichtig:

- Kommunikation über Sexualität und Schutzverhalten innerhalb einer sexuellen Partnerschaft sind nicht üblich.
- Die stark kulturell verankerte Benachteiligung der Frauen gegenüber den Männern bewirkt, dass Frauen nicht gelernt haben, Schutzverhalten in einer sexuellen Partnerschaft zu verhandeln und oft auch nicht in der Position sind, sich durchzusetzen.
- Das Konzept der Männlichkeit führt dazu, dass Männer nicht gewohnt sind, ihre Partnerinnen bei Entscheidungen über das Schutzverhalten beim Sex mit einzubeziehen.

### 4.2 Sexualität und Tabu

Weltweit provozierte die Assoziation von HIV mit Sexualität konservative und kirchliche Reaktionen, die die professionelle HIV-Prävention herausforderte, innovative, kulturell angepasste und sozial verträgliche Lösungen zu finden. Claudia Kessler (2009) thematisiert mit ihrem Artikel «Schmutzige Krankheit» die Tabuisierung von Sexualität bei Subsahara AfrikanerInnen: Sie legt dar, dass Sprechen über Sexualität allgemein und über sexuelle Praktiken für diese Zielgruppe ein Haupttabu darstellt. "Das Tabu gilt innerhalb der Familie, im Gespräch zwischen Generationen und Geschlechtern sowie mit Freunden und Verwandten." (S. 12)

Kessler Bodiang und Okullo (2002) weisen darauf hin, dass es in afrikanischen Gemeinschaften nicht üblich ist, dass Mann und Frau über ihre Sexualität oder ihre Fortpflanzung miteinander sprechen: "Solche Gespräche werden innerhalb klar geregelter Altersgruppen des gleichen Geschlechts geführt" (S. 5). Sexualität ist direkt mit Fortpflanzung verbunden, und ein Sexualkontakt gilt erst durch einen Samenerguss als wertvoll. Aus diesem Grund sind Kondome nicht beliebt und werden auch nicht gerne benutzt. Viele betrachten sie als "Hilfsmittel für ausserehelichen Geschlechtsverkehr". (ib.)

Auch in Subsahara Afrika haben sich nach Erfahrung der Autorin religiöse und konservative Kreise vehement gegen die Aufklärung von Jugendlichen gewehrt und argumentiert, Informationen über das Anwenden von Kondomen würden Jugendliche zu vorehelichem Sex und promiskem Verhalten regelrecht ermutigen und anleiten. Eunice Menka titelt ihren Zeitungsartikel vielsagend mit "Tackling Africa's last taboo: talking about sex" und berichtet vom Widerstand gegen Aufklärungsprogramme in Schulen und von katholischen und muslimischen Priestern, die in Kenia öffentlich Kondome verbrannten, um damit gegen die Liberalisierung von Sexualität zu protestieren. (2003, S. 1)

Die Autorin hat von Subsahara Afrikanerinnen erfahren, dass auch unterschiedliche sexuelle Praktiken angewendet werden, die eine HIV-Übertragung begünstigen können. So ziehen Männer in Südafrika den «dry sex» vor, nach dem eine Frau beim Geschlechtsverkehr nicht feucht sein darf. Diese Praktik kann bei Frauen neben Schmerzen auch Verletzungen der Vaginalschleimhaut verursachen und sie damit vulnerabler für eine HIV-Infektion machen. Frauen aus anderen Kulturen berichten von Vaginalspülungen und Kräuteranwendungen, die die natürliche Schutzfunktion der Vaginalschleimhaut beeinträchtigen oder zerstören können. Auch die in vielen afrikanischen Kulturen durchgeführten genitalen Beschneidungen von Frauen können die Vulnerabiltät von Frauen verstärken.

### 4.3 Kulturelle Konstruktion von Gesundheit und Krankheit

Für Claudia Kessler Bodiang und Joseph Okullo (2002) ist es schwierig, allgemeine Aussagen über das Gesundheitsbewusstsein der heterogenen Zielgruppe der Subsahara AfrikanerInnen zu machen, weil nicht genügend Daten oder Ergebnisse aus Schweizer Forschungsprojekten vorliegen. Sie gehen jedoch davon aus, dass die meisten AfrikanerInnen ihre Wertvorstellungen und Erklärungsmodelle aus ihren Herkunftsländern mitbringen und verinnerlicht haben. (S. 12)

Hirschmann (2003) erklärt, dass bei Erkrankungen in Subsahara Afrika nicht die Frage im Vordergrund steht, «was» eine Krankheit verursacht hat, sondern «wer». Er stellt dar, dass mystische Kräfte Krankheiten bewirken, zu denen nicht das kranke Individuum, sondern der Heiler oder die Heilerin Zugang haben. Damit verbunden sind auch Vorstellungen, dass «ein böser Nachbar» oder eine böse Nachbarin durch magische Praktiken Unheil über eine Familie bringen kann. Hirschmann weist darauf hin, dass diese Vorstellung des Einflusses von äusseren Kräften auf die Gesundheit sich nicht mit dem westlichen Konzept der Eigenverantwortung vereinbaren lässt. (S. 80)

Dass eine HIV-Infektion nicht heilbar sein soll, ist nach Hirschmann (2003) aus afrikanischer Sicht ebenso wenig nachvollziehbar wie die Tatsache, dass zwischen einer Infektion und dem Ausbruch von Aids viele Jahre vergehen können. Weil mystische Kräfte wie Ahnen, Magie oder Hexerei das Individuum mit Erkrankung und Tod bedrohen, spricht er von einer kulturell verankerten, "fatalistischen Apathie gegenüber einem unvermeidbaren und unveränderbaren Schicksal". Hirschmann bewertet diese Grundhaltung als kontraproduktiv für moderne Entwicklungszusammenarbeit und Präventionskampagnen. Für ihn ist die eigene Selbstwirksamkeitserwartung eine Voraussetzung für eine Prävention, die auf der Logik von selbstbestimmtem Verhalten aufbaut. (S. 101-102) Die Selbstwirksamkeitserwartung führen Cynthia Hohmann und Ralf Schwarzer (2009) auf das Konzept der sozial-kognitiven Theorie von Albert Bandura zurück und definieren sie als "die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können" (S. 61).

Aus Sicht der Autorin basiert professionelle HIV-Prävention auf wissenschaftlich gestützten Erkenntnissen darüber, wie HIV übertragen wird und wie Menschen sich vor einen Übertragung schützen können. Hexerei und erzürnte Ahnen mögen aus afrikanischer Sicht Risikofaktoren darstellen, so wie sündiges Verhalten aus kirchlich-konservativer Sicht Risikofaktoren sind, die das seelische Wohlbefinden eines Individuums beeinflussen. Aus wissenschaftlicher Sicht kann jedoch das Vermeiden dieser Risikofaktoren Individuen nicht wirksam vor einer HIV-Infektion schützen. War es in den 1980er Jahren eine Herausforderung, Präventionsbotschaften ohne Moral oder Ideologie zu kommunizieren, so ist es im 21. Jahrhundert die Herausforderung,

Subsahara AfrikanerInnen mit Präventionsbotschaften zu versorgen, die sie verstehen und die sie befähigen, sich aktiv vor einer HIV-Infektion zu schützen. Hirschmann (2003) fordert dafür eine kulturell angepasste Gesundheitskommunikation, die er mit den Worten von Ann McElroy und Mary Ann Jezewski (2000) als "Culture brokering", definiert, "the act of bridging, linking or mediating between groups or persons of differing cultural systems for the purpose of reducing conflict or producing change" (zit. in Hirschmann, 2003, S. 117). Dies bedeutet, dass HIV-Prävention gefordert ist, Informationen über den Schutz vor einer HIV-Infektion für Subsahara AfrikanerInnen plausibel zu kommunizieren, indem sie gleichzeitig deren Interpretationsmuster von Gesundheit und Krankheit respektiert oder wenn nötig einbezieht.

### 4.4 Mehrfachdiskriminierungen

Stigma und Diskriminierung wegen HIV/Aids stellen wie in Kapitel 2.1.4 aufgezeigt für Betroffene weltweit eine Belastung dar und darum ist «Solidarität mit infektionsgefährdeten, infizierten und kranken Menschen» ein Kerngeschäftsfeld des NHAP (BAG, 2003, S. 17). Für Subsahara AfrikanerInnen mit HIV kommt zur unter Kapitel 3.3 beschriebenen Diskriminierung wegen ihrer Hautfarbe zusätzlich die Diskriminierung und Stigmatisierung wegen HIV/Aids, was die Betroffenen als Mehrfachdiskriminierungen erleben.

Eine Form von Stigmatisierung ist der unter Kapitel 2.1.4 erklärte Prozess der Selbststigmatisierung, bei dem Menschen mit HIV ihnen bekannte Vorstellungen und moralische Urteile über HIV/Aids verinnerlichen und auf sich selber anwenden. Gerade weil HIV/Aids durch die Assoziation mit Sexualität und Tod in Afrika stark stigmatisiert wird, ist auch der Prozess der Selbststigmatisierung bei Subsahara AfrikanerInnen entsprechend ausgeprägt und tiefgreifend. Iren Bischofberger Lerch (2007) konnte bei HIV-positiven Subsahara AfrikanerInnen ein erstaunliches Ressourcenpotential feststellen, das im Familien und Freundeskreis durch das Offenbaren der HIV-Infektion erschlossen werden konnte (2007, S. 221). Es kann also festgehalten werden, dass die auf Ängsten beruhende Vorstellung vom Ausmass der Stigmatisierung nicht mit der Realität übereinstimmen muss.

Für Kessler (2009) sind die Tabuisierung rund um HIV/Aids und Sexualität sowie die Ausgrenzung und Diskriminierung von HIV-positiven Menschen bei Subsahara AfrikanerInnen alarmierend. Die Stigmatisierungen, denen sie ausgesetzt sind und denen sie sich durch Selbststigmatisierung aussetzen, unterscheiden sich in ihrem Ausmass und ihrer Ausprägung von denjenigen der Schweizer Betroffenen. Kessler zählt drei Haupttabus auf, die nach Ansicht der Mediatoren und Mediatorinnen von Afrimedia zur Stigmatisierung rund um HIV/Aids beitragen:

- Sprechen über Sexualität, wie unter 4.1 beschrieben.
- Homosexualität ist in einigen Subsaharaländern gesetzlich verboten und Homophobie stark verbreitet.
- Aids-Stigma: die Angst, wegen einer HIV-Infektion von Angehörigen derselben Kultur nicht mehr akzeptiert zu werden und den Rückhalt in dieser wichtigen Bezugsgruppe zu verlieren, ist so gross, dass viele nicht wagen, sich als HIV-positiv zu erkennen zu geben. (S. 12)

Nach Kessler (2009) verstehen Subsahara AfrikanerInnen eine HIV-Infektion als Bestrafung für promiskes Sexualverhalten oder als «schmutzige Krankheit», für die sie sich derart schämen, dass sie es vorziehen, sie vor ihrer Familie zu verheimlichen, um sie vor Schande zu bewahren. Der mit dem Aids-Stigma verbundene Statusverlust und die gefürchtete soziale Ausgrenzung betreffen neben Individuen auch ganze Familien, wie ein afrikanischer Mediator berichtet. Niemand wolle mit Personen befreundet sein, in deren Familien HIV-positive Menschen leben. Die Angst, dass ihr Tabubruch mit Stigmatisierung bestraft wird und sie den für sie so wichtigen Rückhalt bei ihren Landsleuten verlieren, veranlasst Subsahara AfrikanerInnen mit HIV, sich niemandem anzuvertrauen, vor allem nicht, wenn eine Person aus derselben Kultur oder demselben Land stammt. Sie informieren im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung signifikant weniger Angehörige über ihren HIV-Status. (S. 12)

Audrey Prost, Jonathan Elford, John Imrie, Mark Petticrew und Graham J. Hart (2007) stellen in ganz Europa eine überwältigende Evidenz von Stigma und Diskriminierung gegen HIV-positive Subsahara AfrikanerInnen fest. Offenes Sprechen über HIV wird erschwert und hält die Betroffenen davon ab, Leistungen im Gesundheitsbereich zu beanspruchen oder sich für Arbeit zu bewerben, was zu sozialer Ausgrenzung beitragen kann. Die Auswirkungen des Aids-Stigmas auf AfrikanerInnen beschreiben sie als vielfältig und komplex und berichten auch von rassistischen Diskriminierungen und stigmatisierenden Haltungen des Gesundheitspersonals sowie Vertrauensbrüchen durch Nicht-Einhalten der Schweigepflicht. Die Stigmatisierungstendenz kann laut Prost et al. dazu führen, dass HIV-positive Subsahara AfrikanerInnen ihre sexuellen PartnerInnen nicht über ihren HIV-Status informieren. Besonders für diejenigen, die in afrikanischen Gemeinschaften mit starkem Zusammenhalt leben, ist es schwierig, sich als HIV-positiv zu erkennen zu geben. (S. 189)

Als Grundbedingung für erfolgreiche HIV-Prävention für Subsahara AfrikanerInnen fordern Zuppiger et al. (2000), eine zusätzliche Stigmatisierung durch die Assoziation von HIV/Aids und Afrika zu vermeiden (S. 8). Zusammenfassend belasten Mehrfachdiskriminierungen und Stig-

matisierungen Subsahara AfrikanerInnen mit HIV stark, verursachen Stress, beeinträchtigen ihr Wohlbefinden und können dazu führen, dass sie Angst davor haben, einen HIV-Test zu machen. Gerade weil es für Subsahara AfrikanerInnen mit HIV schwierig ist, über ihre HIV-Infektion offen zu sprechen und weil viele ihren HIV-Status nicht kennen, schätzt die Autorin Sekundärprävention für diese Zielgruppe der HIV-Prävention als nicht durchführbar ein. Sie entscheidet sich darum für Primärprävention als realistischere Option für diese Bachelorarbeit.

# 4.5 HIV-Übertragungen und Schutzverhalten

Zuppiger et al. (2000) weisen darauf hin, dass es nicht möglich ist, die afrikanischen Umgangsweisen mit Sexualität aufzuzeigen, ohne damit gleichzeitig die bereits bestehenden sexuellen Vorurteile gegenüber Subsahara Afrikanerinnen zu kolportieren (S. 37).

Die Heterogenität dieser Zielgruppe zeigt sich auch darin, das sich afrikanische Frauen in der Schweiz in unterschiedlichen Lebenssituationen befinden können: als internationale Funktionärinnen, als Ehefrauen von internationalen Funktionären, von Schweizern oder von Afrikanern, als Alleinstehende, als alleinerziehende Mütter mit Kindern oder als Sexwokerinnen. Entsprechend können sich afrikanische Männer als internationale Funktionäre in der Schweiz aufhalten, alleine, verheiratet mit Schweizerinnen oder Afrikanerinnen, als Sportler, Künstler, Geschäftsmänner oder Asylsuchende.

Für Subsahara AfrikanerInnen sind vorwiegend heterosexuelle Übertragungen bekannt (UNAIDS 2010, S. 14-15). Auch die Abbildung 1 zur HIV-Inzidenz in Kapitel 2.1.1 belegt, dass in der Schweiz seit 1989 kaum homosexuelle Übertragungen aus Subsahara Ländern dokumentiert sind. Die Autorin bezweifelt jedoch, dass dies auch der gelebten Realität entspricht. Fest steht, dass Homosexualität wie in Kapitel 4.4 gezeigt, stark tabuisiert ist und es für Homosexuelle darum schwierig ist, in einer Interviewsituation mit ihnen unbekannten Personen über ihre sexuelle Orientierung offen zu sprechen.

Audrey Prost et al. (2007) stellen fest, dass Subsahara AfrikanerInnen Kondome wenig benutzen, und dass sie das Risiko einer HIV-Infektion für sich als gering einschätzen. Monogamie und Treue nennen sie oft als Strategien von Schutzverhalten vor einer HIV-Infektion. (S. 179)

Reiner Kamber (2010) hat die verbreitete Annahme untersucht, dass multiple Partnerschaften der Grund dafür seien, dass sich HIV in Subsahara Afrika derart stark verbreiten konnte. Unter multiplen Partnerschaften sind sexuelle Netzwerke zu verstehen, in denen Individuen gleichzeitig mehrere sexuelle PartnerInnen haben. Kamber stellt fest, dass HIV- und STI-Fachleute

einen Zusammenhang herstellen zwischen multiplen Partnerschaften und der hohen Prävalenz in Subsahara Afrika, der jedoch nicht nachgewiesen werden konnte. Er merkt an, dass die hohe Prävalenz in Subsahara Afrika sich nicht durch einen einzelnen Faktor erklären lässt, sondern aus dem Zusammenwirken mehrerer Faktoren resultiert, wie der Vulnerabilität von Frauen, dem Unterschied der Verbreitung von Safer Sex und dem unterschiedlichen Zugang zu ART. Für die Prävention folgert er daraus, dass es einfacher und wirksamer sei, Individuen zu Schutzverhalten zu motivieren als bei Personen mit multiplen Partnerschaften eine Verhaltensänderung herbeiführen zu wollen. Noël Tshibangu (2010) sieht die Herausforderung für die Prävention darin, "Botschaften zu entwickeln, die Menschen in festen Partnerschaften dafür sensibilisieren, dass auch in dieser Partnerschaft eine Ansteckung nicht ausgeschlossen werden kann" (S. 17).

Einen Einblick in des Schutzverhalten durch Benutzen von Kondomen geben Ford Hickson et al. (2009, S. 24) in ihrer Studie Bass Line 2008/09, mit der sie in England die Präventionsbedürfnisse von Subsahara AfrikanerInnen durch Befragungen analysierten.

| Frequency of condom use for sexual intercourse among all respondents, in the last 12 months (n=1811, missing 140) | % MALES<br>(n=951) | % FEMALES<br>(n=860) | % <b>ALL</b><br>(n=1811) |
|---|--------------------|----------------------|--------------------------|
| Always  | 42.5               | 40.1                 | 41.4                     |
| More than half the time   | 16.4               | 12.4                 | 14.5                     |
| About half the time   | 7.5                | 6.6                  | 7.1                      |
| Less than half the time   | 10.1               | 11.3                 | 10.7                     |
| Never, NO CONDOM USE in last year   | 22.7               | 28.7                 | 25.6                     |
| Not had intercourse in the last 12 months   | 0.8                | 0.9                  | 0.7                      |

Tabelle 6: Häufigkeit Kondombenutzung bei Subsahara AfrikanerInnen

Die Befragung von 1'811 Personen beiden Geschlechts zeigt klar auf, dass insgesamt 41,4 % der Zielgruppe immer Kondome benutzen, während durchschnittlich 25,6 % im vergangenen Jahr nie Kondome benutzt haben. Dazwischen gaben mehr als 30 % an, inkonsequent Kondome zu benutzen, was gemeinsam mit denen, die keine Kondome benutzen, 55 % ausmacht, die nicht regelmässig Kondome benutzen. Hickson et al. sehen in der Tatsache, dass mehr Männer angeben, konsequent immer Kondome zu benutzen einen Hinweis, dass das Benutzen eines Kondom stark von Männern abhänge. (S. 24)

Für die Autorin bilden die Befragungsresultate von Hickson et al. die Realität des Kondomgebrauchs mit unterschiedlichen Abstufungen für das Schutzverhalten ab: «konsequent» oder immer Kondome gebrauchen, «inkonsequent» für mehr als die Hälfte, die Hälfte oder weniger als die Hälfte Kondomgebrauch. Ob kein Kondomgebrauch als Risikoverhalten zu bewerten ist, ist vom jeweiligen Kontext abhängig, weil Faktoren wie Partnerschaft, Treue, Kenntnis von HIV-Status, Anzahl SexualpartnerInnen, etc. eine Rolle spielen. So kann eine Person in einer Ehe ohne Kondomgebrauch leben und für Sexualkontakte ausserhalb davon konsequent Kondome

verwenden, was bei der Erfassung des Kondomgebrauchs zu einer Angabe von inkonsequentem Kondomgebrauch führen kann.

### 4.6 Afrimedia: Programm für Subsahara AfrikanerInnen

Das Programm Afrimedia ist auf der Grundlage des von Zuppiger et al. (2000) verfassten Interventionsplans 2002 beim Schweizerischen Roten Kreuz SRK und mit fachlicher Unterstützung des Schweizerischen Tropeninstituts in Basel entstanden. Noël Tshibangu (Interview vom 5.11.2010) weist darauf hin, dass Afrimedia als Ergänzung von bereits bestehenden Präventionsangeboten zu verstehen ist und besonders der Problematik der Nicht-Erreichbarkeit von Subsahara AfrikanerInnen Rechnung trägt. Tshibangu erwähnt, dass junge Subsahara AfrikanerInnen die Ausbildungsmöglichkeiten in der Schweiz nutzen und dadurch auch in den Schulen mit HIV-Präventionsangeboten versehen werden. Er macht auch auf diejenigen Subsahara AfrikanerInnen aufmerksam, die gebildet sind und dadurch leichteren Zugang zu Informationen über HIV und das Schweizer Gesundheitssystem haben. Afrimedia versteht sich als Angebot für diejenigen Subsahara AfrikanerInnen, die durch ihre Lebensbedingungen eingeschränkt sind im Zugang zu Wissen über HIV/Aids und auch zu Informationen über die gesundheitliche Versorgung in der Schweiz.

Dem von Olaf Hirschmann in Kapitel 4.3 geforderten kultursensiblen Ansatz trägt Afrimedia Rechnung, indem es mit Subsahara AfrikanerInnen als verantwortlichen Akteuren und Akteurinnen arbeitet. Tshibangu (2003) erklärt, dass der Name Afrimedia sich zusammensetzt aus den Wörtern Afrika und Mediatoren bzw. Mediatorinnen (S. 12). Afrimedia ist heute ein nationales und zielgruppenspezifisches Präventionsprogramm der Aids-Hilfe Schweiz, das unter der Leitung des soziokulturellen Animators Noël Tshibangu (2009a) in den Kantonen Genf, Waadt, Zürich, Fribourg, Neuenburg und St. Gallen umgesetzt wird. Neben Afrimedia sind die Projekte Multicolore im Kanton Bern und Gesundheit und Migration GUM in Basel regional aktiv. Tshibangu (2009a) weist darauf hin, dass "HIV-Prävention bei dieser Zielgruppe bedeutet, sich mit migrationsrelevanten Fragen, Stigmatisierungsängsten, Diskriminierungserfahrungen und mit besonderen Gruppendynamiken auseinanderzusetzen" (S. 11). Das Programm setzt auf die drei Arbeitsschwerpunkte Arbeit mit Mediatoren und Mediatorinnen, Stärken von Solidaritätsnetzen und Mobilisierung von Akteuren und Akteurinnen (ib.).

Innerhalb der Subsahara Bevölkerung bestehen nach Thsibangu (2009a) zahlreiche soziale Netzwerke und Gruppierungen, in denen sich vor allem Menschen gleicher Sprache und Herkunft oder mit gleichen Interessen, wie z.B. Fussball oder Glauben organisieren. Schweizweit gibt es z.B. kamerunische, nigerianische oder kongolesische Vereinsstrukturen,

regionale französisch- oder englischsprachige Kirchen, jedoch keine übergreifende, nationale Dachorganisation.

### 4.6.1 HIV-Prävention mit Mediatoren und Mediatorinnen

Mediatoren und Mediatorinnen beschreiben Zuppiger et al. (2000) wie folgt: Sie verfügen über Migrationserfahrung, kommen aus Subsahara, sind gut in afrikanischen Gruppierungen verankert oder kennen diese, sind vertraut mit dem schweizerischen und auch den afrikanischen Gesundheitssystemen, verfügen über soziale und kommunikative Kompetenzen und sie sind integrativ sowie bereit, sich mit HIV und Aids auseinanderzusetzen. Sie repräsentieren die in der Schweiz am stärksten vertretenen Gruppen von Subsahara AfrikanerInnen, wie z.B. Kongo, Angola, Somalia, Nigeria, Ghana. Sie werden fachlich betreut und aus- bzw. weitergebildet und sie tauschen sich systematisch und regelmässig aus. Idealerweise wären ebenso viele Männer wie Frauen rekrutiert, die regelmässig ihre Erfahrungen austauschen. (S. 78) Wieviele Personen aus welchen Subsahara Ländern stammen zeigt Tabelle 4 in Kapitel 3.2.

Laut Tshibangu (2009a) engagieren sich aktuell 30 Mediatoren und Mediatorinnen aus 13 Subsahara Ländern im nationalen Programm und den beiden Regionalprojekten. Sie sind fast alle vielsprachig und teilweise gut qualifiziert. Diese Mediatoren und Mediatorinnen sind kompetente Schlüsselpersonen, die für HIV-Prävention ausgebildet werden und die an spezifischen Weiterbildungen im HIV-Präventionsbereich teilnehmen. Sie leisten HIV-Prävention als Primärprävention mit dem Ziel, Subsahara AfrikanerInnen über HIV zu informieren und Schutzverhalten zu fördern. Dafür geben sie HIV-Präventionsbotschaften in mündlicher Form weiter und setzen bei Bedarf auch Hilfsmittel wie z.B. Broschüren oder Dildos ein. Wichtige Themen sind Übertragung von HIV und von sexuell übertragbaren Krankheiten, der Schutz davor und HIV-Tests. Gemeinsam mit Schlüsselpersonen aus den Subsahara Gruppierungen können sie Informations- und Diskussionsanlässe organisieren und auch Kondome abgeben. Von zentraler Bedeutung ist dabei ihre Triagefunktion, mit der sie Subsahara AfrikanerInnen an die zuständigen Fachstellen weitervermitteln. In ihrer Arbeit setzen sie sich mit vielfältigen Fragen auseinander: Rassismus, Aufenthaltsrecht, Familiennachzug, Schule und Erziehung etc.. Entscheidend ist, dass sie dazu beitragen, dass Subsahara AfrikanerInnen vorhandene Angebote kennen und nutzen. Sie erfassen die Bedürfnisse dieser Klienten und Klientinnen, wie z.B. Niederschwelligkeit was Sprache, Öffnungszeiten und Lokalitäten anbelangt. (S. 11)

#### 4.6.2 Stärken von Solidaritätsnetzen

Die UNGASS «Declaration of committment on HIV/Aids» (2001) anerkennt mit ihrem Art. 33 die besondere Rolle und den Beitrag, den Menschen mit HIV zur Aids-Arbeit leisten und beurteilt es als ausschlaggebend, sie in allen Aspekten der Planung, Umsetzung und Evaluation von HIV/Aids-Programmen zu beteiligen und involvieren (S. 14). Als Selbsthilfeorganisation haben Subsahara Afrikanerinnen in Genf die Association Solidarité des Femmes Africaines de Genève ASFAG gegründet. Darum sind auch für Tshibangu (2009a) die positiven Erfahrungen im Stärken von Solidarität durch Selbsthilfe mit ASFAG ein leitendes Prinzip für die Solidaritätsarbeit mit dieser Zielgruppe in weiteren Regionen der Schweiz. Er ist überzeugt, dass Solidaritätsarbeit dazu beiträgt, Tabuisierung und Stigmatisierung von Menschen mit HIV in dieser Gruppe zu bekämpfen. Mit Unterstützung der Zürcher Aids-Hilfe ist in Zürich die Selbsthilfegruppe Solinetz-A für HIV-positive AfrikanerInnen entstanden. Um solche Subsahara Solidaritätsnetzwerke zu stärken, organisiert Afrimedia Austausch- und Vernetzungstreffen zwischen professionellen Stellen und Akteurinnen und Akteuren von Selbsthilfegruppen. (S. 11)

### 4.6.3 Mobilisierung der Zielgruppe

Für Tshibangu (2009a) stellen die schwierige Erreichbarkeit von Subsahara Migrationsgruppen und zum Teil tief bei ihnen verwurzelte Traditionen ein Hindernis für wirksame HIV-Prävention bei dieser Zielgruppe dar. Mit «Soundingboard Afrimedia» versucht Afrimedia eine Plattform zu schaffen, die darauf zielt, unterschiedliche Subsahara Gruppierungen in die HIV-Prävention einzubinden. Afrimedia kann eine Beteiligung bei sportlichen oder kulturellen Anlässen prüfen und oft auch ermöglichen. Afrimedia strebt dauerhafte Partnerschaften mit Medienorganisationen und kirchlichen Strukturen sowie weiteren Akteuren von Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz an. Dieser Arbeitsschwerpunkt ist aus der Erkenntnis entstanden, dass für eine erfolgreiche HIV-Prävention die sozialen Faktoren, die in dieser Zielgruppe zur Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit HIV führen, beeinflusst und verändert werden müssen. Das Ziel ist, die Akzeptanz und den Umgang mit HIV-positiven Menschen zu verbessern und durch Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen die Solidarität mit ihnen aktiv zu fördern. (S. 11) Die Autorin versteht diese Massnahme als Primärprävention, weil sie sich an Subsahara AfrikanerInnen richtet, unabhängig von ihrem HIV-Status.

Für Tshibangu (2009a) wirkt sich auf alle drei Arbeitsschwerpunkte von Afrimedia erschwerend die Tabuisierung von HIV und Aids als «schmutzige Krankheit» aus (S. 11). Darüber hat die Autorin in Kapitel 4.2 und 4.4 ausführlich berichtet.

# 5 Das «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» für HIV-Prävention

Dieses Kapitel ist dem «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» gewidmet. Das erste Unterkapitel stellt dieses Modell vor und erklärt es und legt so die Grundlage für die Beantwortung der Hauptfrage dieser Bachelorarbeit. Bevor das IMB-Modell jedoch zur HIV-Prävention für Subsahara AfrikanerInnen angewendet werden kann, ist zu untersuchen, ob es für diese Zielgruppe getestet wurde und ob bereits HIV-Prävention für diese Zielgruppe mit dem IMB-Modell durchgeführt wurde. Darum überprüft das zweite Unterkapitel, ob das Modell in Subsahara Afrika getestet wurde. Ein weiteres Unterkapitel belegt anhand von Studien die Anwendung des «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» für HIV-Prävention mit Subsahara AfrikanerInnen.

Um Gesundheitskompetenz zu fördern haben VerhaltenswissenschaftlerInnen theoretische Modelle zur Verhaltensänderung auf individueller Ebene entwickelt. Von den in Kapitel 2.3 erwähnten zahlreichen Strategien und Interventionen auf verschiedenen Ebenen handelt es sich Verhaltensprävention. Ebenfalls in Kapitel 2.3 erwähnte die Autorin bereits die im NHAP verwendeten Begriffe «Awareness», «Attitude» und «Behaviour» als Elemente einer Wirkungskette. Theoretische Modelle der Verhaltensänderung erklären, wie solche Grundelemente der HIV-Prävention aufeinander wirken, um erwünschtes Schutzverhalten zu erzielen. Jeffrey D. Fisher und Willam A. Fisher (2000) stellen verschiedene theoretische Modelle vor, von denen das «Aids Risk Reduction model» und das «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» spezifisch für HIV-Prävention entwickelt wurden. (S. 3-55)

Die Autorin hat sich für das «Information-Motivation-Behavioral Skills Model», abgekürzt IMB-Modell entschieden, weil Fisher und Fisher (2000) es speziell zur Erklärung von HIV-Schutzverhalten entworfen haben. Sie belegen die Grundthesen des IMB-Modells mit zahlreichen empirischen Studien in den USA, die die Konstrukte *Information, Motivation* und *Behavioral Skills* als Determinanten von Schutzverhalten in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen bestätigen (S. 35-44). Auch Sibylle Nideröst, Daniel Gredig, Christophe Roulin und Martin Rickenbach (im Druck) bestätigen dies und machen geltend, dass das IMB-Modell komplex genug ist, um zahlreiche Faktoren zu umfassen, die im Zusammenhang mit auf HIV bezogenem Schutzverhalten nachgewiesen und belegt sind (S. 2). Es ermöglicht auch durch seine voneinander unabhängigen Konstrukte *Information* und *Motivation*, deren Variablen flexibel an die Bedürfnisse der Zielgruppe Subsahara AfrikanerInnen anzupassen. Zudem ist das IMB-Modell wissenschaftlich belegt und wurde auch für Subsahara AfrikanerInnen getestet und für HIV-Prävention bestätigt, wie die Unterkapitel 5.2 und 5.3 darlegen werden.

Jeffrey D. Fisher, William A. Fisher und Paul A. Shuper (2009) beklagen, dass allzu oft bei Interventionen der HIV-Prävention weder VerhaltenswissenschaftlerInnen beigezogen noch erprobte Theorien der Verhaltensänderung angewendet werden (S. 23). Ihrer Ansicht nach schränken folgende Faktoren den Erfolg von Präventionsinterventionen ein:

- 1. Es stehen intuitive anstelle von konzeptualisierten, auf substantielle, theoretische Literatur abgestützte Interventionen.
- 2. Nur wenige Interventionen haben die Ausgangsbasis von *Information*, *Motivation* und *Behavioral Skills* einer Zielgruppe vor den Präventionsinterventionen systematisch untersucht, um die Intervention zielgruppengerecht anzupassen.
- Oft fokussieren Interventionen stark auf Versuche, allgemeines Verhalten zu verändern anstatt sich auf spezifische Reduzierung von Risikoverhalten zu konzentrieren, wie das die psychologische Forschung anregt.
- 4. Oft werden Informationen vermittelt, die nicht relevant sind, um *Schutzverhalten* ausüben zu können. Teilweise sind sie schwierig zu verstehen oder lösen gar unnötig Angst aus.
- 5. Oft schlagen Interventionen fehl, weil sie Individuen nicht zur Verhaltensänderung motivieren können oder ihnen nicht die notwendigen *Behavioral Skills* (z.B. Kondomgebrauch) vermitteln.
- 6. Interventionen zielen allzu oft auf Personen, für die eine Infektion mit HIV wenig wahrscheinlich ist und vernachlässigen den Bedarf für Verhaltensänderung von HIV-infizierten Individuen, die fähig sind, HIV direkt weiter zu verbreiten.
- 7. Interventionen werden allzu oft nicht mit genügend Nachdruck evaluiert. Somit kann nicht herausgefunden werden, ob die beabsichtigten Verhaltensänderungen kurz- oder langfristig eingetreten sind. Zudem werden oft Indikatoren verwendet, die den Resultaten von Interventionen nicht gerecht werden. (S. 24-25)

### 5.1 Das «Information-Motivation-Behavioral Skills Model»

Fisher und Fisher (2000) haben das «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» auf der Basis ihrer Analyse von Theorie und Recherche in der HIV-Prävention und psychologischer Fachliteratur entwickelt. Sie fassen darin psychologische Determinanten von HIV-Präventionsverhalten zu einem theoretischen Modell zusammen. Dieses schafft eine Grundlage für HIV-Prävention, die auf die individuelle Verhaltensänderung zielt. (S. 38)

Fisher und Fisher (2000) fassen Faktoren zusammen, die sich aufgrund ihrer Recherchen begrifflich mit HIV-Prävention assoziieren lassen, und subsumieren sie als Variablen unter die Konstrukte *Information*, *Motivation* und *Behavioral Skills*. Sie sprechen von Konstrukten, weil sich diese Elemente im Hinblick auf das erwünschte Schutzverhalten und in Abstimmung auf die Zielgruppe durch mehrere Variablen relevant konstruieren lassen. (S. 38)

Mit dem Begriff «HIV preventive behavior», im Folgenden *Schutzverhalten* genannt, beschreiben Fisher und Fisher (2000) das Ziel von HIV-Prävention, das die Konstrukte *Information*, *Motivation* und *Behavioral Skills* grundlegend mitbestimmen. Oft wird unter *Schutzverhalten das konsequente Benutzen von Kondomen* verstanden. Fisher und Fisher nennen als weitere Möglichkeiten einen HIV-Test durchführen oder sexuelle Abstinenz. (S. 39) UNAIDS und WHO empfehlen das Benutzen von Kondomen, weil es als effektivstes *Schutzverhalten* gilt, um eine sexuelle Übertragung von HIV zu verhindern (UNAIDS Website, Condoms and HIV prevention). Wie in Kapitel 4.5 erläutertet ist der Begriff Kondomgebrauch nicht präzise genug, weil Studien wie jene von Hickson et al. (2009) mit Tabelle 6 mehrere Abstufungen von konsequentem bis hin zu inkonsequentem Kondomgebrauch aufzeigen. Darum sprechen Fisher und Fisher vom *konsequenten Benutzen von Kondomen* als *Schutzverhalten*.

Das Konstrukt «HIV prevention information», im Folgenden *Information* genannt, beinhaltet spezifische Informationen über HIV-Prävention, für das Fisher und Fisher (2000) mehrere Variablen vorschlagen:

- Information muss direkt relevant sein für das angestrebte Schutzverhalten.
- Konkrete Fakten *zu* HIV-Übertragung und HIV-Prävention, die persönliches *Schutzverhalten* fördern können, z.B. "konsequenter Kondomgebrauch kann vor HIV schützen". (S. 39)
- Kognitive Prozesse und inhaltliche Kategorien, die sich signifikant auf die Performanz von Schutzverhalten auswirken, wie z.B. Kondome konsequent benutzen schützt vor einer HIV-Übertragung. Individuen können auf heuristische Weise vorgehen und nach ihnen logisch erscheinenden Regeln entscheiden, welche Informationen für ihr Schutzverhalten relevant sind. Solche heuristischen Folgerungen zu bekräftigen kann sich ungünstig auf das Schutzverhalten auswirken. Wenn beispielsweise eine Person folgert, dass PartnerInnen, die sie gut kennt, kein Risiko darstellen, und diese Erkenntnis als allgemein gültig betrachtet, kann daraus resultieren, dass sie sich nicht konsequent schützt. (ib.)

Das Konstrukt «HIV prevention motivation», im Folgenden *Motivation*, beziehen Fisher und Fisher (2000) auf die *Motivation* des Individuums, sich vor HIV zu schützen. Als weitere Determinante für das angestrebte Schutzverhalten beeinflusst die *Motivation*, ob ein gut informiertes Individuum geneigt ist, sein Wissen über HIV-Prävention auch umzusetzen. Das Konstrukt *Motivation* setzt sich zusammen aus den Variablen:

- Persönliche Motivation, d.h. die persönliche Haltung gegenüber Schutzverhalten
- Soziale Motivation, d.h. inwiefern soziale Unterstützung für Schutzverhalten erwartet wird
- Wahrnehmung der eigenen Vulnerabilität für eine HIV-Infektion, d.h. inwiefern eine Person glaubt, durch ihr Verhalten eine HIV-Infektion zu riskieren oder durch ihre Situation dafür vulnerabel zu sein. (S. 39)

Das Konstrukt «HIV Behavioral Skills», im Folgenden *Behavioral Skills genannt*, stellt nach Fisher und Fisher (2000) eine weitere Determinante für *Schutzverhalten* dar, die mitbestimmt, ob gut informierte und motivierte Individuen fähig sind, HIV-Prävention effizient anzuwenden und umzusetzen. Das Konstrukt *Behavioral Skills* kann - abhängig vom angestrebten *Schutzverhalten* - mehrere Variablen beinhalten:

- Die objektiven F\u00e4higkeiten des Individuums (bezogen auf Schutzverhalten)
- Selbstwirksamkeitserwartung, wie in Kapitel 4.3 erklärt
- Die Fähigkeiten eines Individuums, Kondome zu kaufen und korrekt anzuwenden
- Konsequenten Gebrauch von Kondomen vor oder w\u00e4hrend sexuellen Kontakten zu verhandeln
- HIV-Tests zu verhandeln
- Bedingungen von Treue oder Monogamie auszuhandeln
- Das eigene Schutzverhalten und dasjenige des Partners bzw. der Partnerin über längere Zeit aufrechterhalten zu können. (S. 39)

Das «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» macht die Konstrukte *Information*, *Motivation*, und *Behavioral Skills* als Determinanten von *Schutzverhalten* geltend, für die sich Variablen operationalisieren lassen. Es zeigt kausale Beziehungen zwischen diesen Konstrukten auf, deren Variablen durch ihre Messgrössen *Schutzverhalten* voraussagbar machen. (Fisher & Fisher, 2000, S. 38-39) Wie diese Konstrukte zu *Schutzverhalten* führen, zeigt die folgende grafische Darstellung des IMB-Modells von Fisher und Fisher (2000, S. 40).

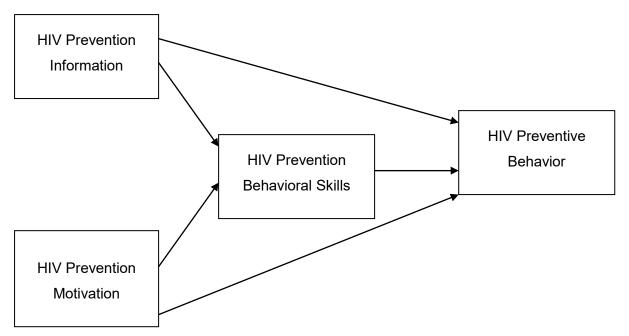


Abbildung 7: «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» von Fisher und Fisher

Fisher und Fisher (2000) schliessen aus ihrem Modell, dass gut über den Schutz vor HIV informierte Individuen, die motiviert sind, sich zu schützen und auch über die dazu nötigen Behavioral Skills verfügen, eher bereit sind, Schutzverhalten anzuwenden und aufrecht zu erhalten. Nach dem IMB-Modell beeinflussen die Variablen der Konstrukte Information und Motivation das Entfalten der Variablen von Behavioral Skills und diese wirken sich auf das Schutzverhalten aus. Die Variablen von Information und Motivation können sich auch direkt auf das Schutzverhalten auswirken, etwa in Fällen, wo komplizierte oder neue Behavioral Skills nicht nötig sind, um Schutzverhalten auszuführen. Zum Beispiel können Jugendliche sich für sexuell abstinentes Verhalten entscheiden, was wenig bis keine Behavioral Skills benötigt. Kondomgebrauch dagegen bedingt zahlreiche Behavioral Skills, wie Kondome kaufen, darüber sprechen, deren Anwenden verhandeln und sie auch konkret anwenden. (S. 39-40)

Fisher und Fisher (2000) sehen *Information* und *Motivation* als unabhängige und eigenständige Konstrukte, was bedeutet, dass gut informierte Individuen nicht zwangsläufig auch gut motiviert sind oder motivierte Individuen nicht immer gut informiert sind. Sie stellen die Beziehungen zwischen den Konstrukten im IMB-Modell grafisch durch Pfeile dar. Für Fisher und Fisher sind die Konstrukte *Information*, *Motivation* und *Behavioral Skills* Determinanten von *Schutzverhalten*, die gut verallgemeinert werden können. Gleichzeitig sollten sich deren Variablen inhaltlich spezifisch auf die Präventionsbedürfnisse von Zielgruppen beziehen. So erlaubt das IMB-Modell das Anpassen der Variablen von *Information*, *Motivation* und *Behavioral Skills*, spezifisch und relevant auf Zielgruppen wie Männer oder Frauen, Jugendliche oder Subsahara AfrikanerInnen. Auch können die Variablen in ihrer Umsetzung und Ausgestaltung sich an den in der Zielgruppe

bevorzugten sexuellen Praktiken orientieren wie z.B. über Abstinenz, Kondomgebrauch, Benutzen des Frauenkondoms, Durchführen von HIV-Tests. Für das Entwerfen von wirkungsvollen Präventionsinterventionen messen Fisher und Fisher dem Identifizieren derjenigen Konstrukte des IMB-Modells grosse Bedeutung bei, die am stärksten das Schutzverhalten einer Zielgruppe beeinflussen. (S. 40-41)

HIV-Prävention mit dem Ziel von Verhaltensänderung auf der Basis des IMB-Modells bedingt nach Fisher und Fisher (2000) in einem ersten Schritt, die spezifischen Defizite bzw. Bedürfnisse einer Zielgruppe in Bezug auf Risiko- und Schutzverhalten zu identifizieren (S. 41). Für Subsahara AfrikanerInnen haben Zuppiger et al. (2000) ein erstes Assessment durchgeführt, das als "Interventionsplan HIV/Aids-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen" die Grundlage des Afrimedia-Programms bildet (S. 1). Für eine aktuelle Anwendung des IMB-Modells erscheint ein 10 Jahre altes Assessment der Autorin als nicht aktuell genug und sie orientiert sich darum an den Erkenntnissen aus Kapitel 4.5 dieser Arbeit. Als zweiten Schritt schlagen Fisher und Fisher (2000) vor, ausgehend von den identifizierten Bedürfnissen, eine Intervention zu planen, die diese Bedürfnissen oder Defizite der Zielgruppe aufnimmt und auf sie eingeht. Interventionen sollen gezielt Defizite an Information, Motivation und Behavioral Skills beheben und dabei auch auf diejenigen Variablen dieser Konstrukte setzen, die in der Zielgruppe vorhanden sind. Als dritten Schritt im Prozess der Veränderung von Risikoverhalten fordern Fisher und Fisher eine methodisch und seriös durchgeführte Evaluation, die erlaubt zu bestimmen, ob Interventionen signifikante und anhaltende Auswirkungen auf die Determinanten Information, Motivation und Behavioral Skills und auf das Schutzverhalten haben. Fisher und Fisher plädieren für unterschiedliche Quellen der Datenerhebung, von denen zumindest einige auch in einem Kontext gesammelt werden sollten, der für die Teilnehmenden nicht direkt in Verbindung mit den Interventionen steht. Das IMB-Modell bildet eine Basis für das Verständnis von Risikound Schutzverhalten und für die fokussierte, konzeptionelle Analyse von erhöhtem Risikoverhalten bestimmter Zielgruppen. (S. 41)

# 5.2 Test des «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» in Subsahara Afrika

Dieses Unterkapitel überprüft, ob das «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» in Subsahara Afrika bereits getestet wurde. Seth Kalichman et al. (2006) sehen ein besonderes Interesse für kulturübergreifende Forschung, weil das IMB-Modell durch seine Forderung, dass *Information*, *Motivation* und *Behavioral Skills* für Verhaltensänderung notwendig seien, einen intuitiven Anreiz ausübt. Sie haben das IMB-Modell in Cape Town, Südafrika getestet, indem sie die Erklärungskraft des Modells analysierten und überprüften, inwiefern sich anhand seiner

Konstrukte *Schutzverhalten* erklären lässt. Dazu erhoben sie Daten zum Sexualverhalten von 131 Patienten und 60 Patientinnen einer Klinik für sexuell übertragbare Krankheiten (STI) in Cape Town. Die Resultate des Tests bestätigen, dass die an einem Basisdatum zu den Konstrukten des IMB-Modells gesammelten Daten das Reduzieren von Risikoverhalten während der folgenden drei Monate erklärbar machen. (S. 178)

Nationale Studien bestätigen laut Kalichman et al. (2006) die Verbindungen der Konstrukte des IMB-Modells mit HIV-Risikoverhalten in Südafrika. Im südafrikanischen Kontext verwenden sie für das Kontrukt *Information* «Aids knowledge», für *Motivation* «risk reduction intention» und für Schutzverhalten «risk behaviour change» oder «risk reduction behaviour». Ihre Fragen zum Konstrukt *Information* fokussierten auf HIV-Übertragung, den Gebrauch von Kondomen und HIV-bezogene Krankheitsprozesse. Für das Konstrukt *Behavioral Skills* verwendeten sie von den Fisher und Fisher vorgeschlagenen Variablen einzig die Selbstwirksamkeitserwartung. (S. 178-179)

Als *Schutzverhalten* legten Kalichmann et al. (2006) Kondomgebrauch fest, passten die Variablen entsprechend an und konstatierten, dass die Ergebnisse von Männern und Frauen nur in wenigen Fällen voneinander abwichen: Signifikant mehr Männer erklärten, schon einmal in der Klinik Dienstleistungen in Anspruch genommen zu haben, und gaben durchschnittlich 2,1 SexualpartnerInnen an, Frauen dagegen nur 1,2. Die Männer berichteten auch von signifikant mehr geschützten Sexualkontakten als Frauen. (S. 179-180)

Insgesamt stellten Kalichmann et al. (2006) fest, dass das IMB-Modell sich als Ganzes mit seinen dargestellten Konstrukten bewährt hat. Auffallend deutlich ergab ihre Studie, dass *Motivation* sich stark auf die Selbwirksamkeitserwartungen auswirkte und diese wiederum *Schutzverhalten* erklärbar machten. *Information* hingegen wirkte sich nur wenig auf die Selbstwirksamkeitserwartung aus.

Kalichmann et al. (2006) stiessen bei ihren empirischen Tests im Zusammenhang mit den Konstrukten *Information* und *Motivation* auf Aids stigmatisierende Haltungen, wie sie in Kapitel 2.1.4 und 4.4. als Aids-Stigma beschrieben sind. Darum untersuchten sie mit ihrem Test, ob Aids-Stigma ein mögliches zusätzliches Konstrukt des IMB-Modells bilden kann. Sie fanden heraus, dass die Zustimmung zum Aids-Stigma umgekehrt zu *Information* korrelierte, d.h. je mehr eine Person Aids-Stigma zustimmte, desto mangelhafter war ihr Informationsstand zu HIV/Aids. Auch zwischen Aids-Stigma und *Motivation* erkannten sie den Trend, dass das Verstärken von Aids-Stigma umgekehrt mit der *Motivation* korrelierte, sich vor HIV zu schützen. Insgesamt liess sich jedoch durch den Einbezug von Aids-Stigma als zusätzliches Konstrukt die Erklärungskraft

des IMB-Modells nicht verbessern. Aids-Stigma wirkte sich nicht direkt auf *Behavioral Skills* und *Schutzverhalten* aus, sondern indirekt auf die Konstrukte *Information* und *Motivation*. Ähnliche Tests des IMB-Modells in den USA bestätigen diese Ergebnisse und bekräftigen, dass Aids-Stigma HIV-Präventionsinterventionen beeinträchtigen kann. Kalichmann et al. fordern darum, dass Massnahmen gegen Aids-Stigma ein wichtiges Element von HIV-Prävention in Südafrika darstellen sollten. (Kalichmann et al., 2006, S. 179-182)

Zusammenfassend stellten Kalichmann et al. (2006) fest, dass die Befragten zum Konstrukt Information mehr als 80 % der Fragen richtig beantworteten. Der Informationsstand der Testpersonen war also sehr hoch. Für die Autorin zeigen diese Ergebnisse, dass der Einfluss von Information auf Behavioral Skills signifikant tiefer ist als derjenige von Motivation. Hohe Motivation hatte einen starken Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartung und stärkt diese, was Schutzverhalten erklärbar macht. Für Kalichmann et al. (2006) unterstützten die Ergebnisse eine Generalisierung des IMB-Modells für den südafrikanischen Kontext und damit auch für Subsahara Afrika. (S. 180-181). Dieser Erkenntnis folgt diese Arbeit, indem sie das IMB-Modell für die Zielgruppe der Subsahara AfrikanerInnen als generalisierbar anerkennt.

# 5.3 HIV-Prävention mit dem «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» in Subsahara Afrika

Dieses Unterkapitel untersucht, ob und wie das «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» sich für HIV-Prävention in Subsahara Afrika anwenden lässt und gibt dazu einen kurzen Einblick in drei entsprechende Studien.

Sabrina Bakeera-Kitaka, Nicolette Nabukeera-Barungi, Christiana Nöstlinger, Kakitiinwa Addy und Robert Colebunders (2008) befragten in einer Kinderklinik in Kampala, Uganda 75 HIV-positive Jugendliche im Alter von 11 bis 21 Jahren. Weil kulturell adäquate Techniken der Sekundärprävention zur Förderung von Schutzverhalten für diese Zielgruppe fehlten, wollten sie die Determinanten von sexuellem Risikoverhalten und die Bedürfnisse und Probleme der Jugendlichen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit verstehen. Als theoretischen Rahmen diente ihnen das «Information-Motivation-Behavioral Skills Model». Die qualitative Studie zeigte in Bezug auf das Konstrukt *Information* Wissenslücken auf zu reproduktiver Gesundheit, HIV-Übertragung und Methoden der Schwangerschaftsverhütung. In Bezug auf das Konstrukt *Motivation* ermittelten sie Hoffnung für die Zukunft, gute Beratung und Angst vor den Folgen sexueller Aktivitäten wie unerwünschte Schwangerschaft. Als behindernd erlebten die Jugendlichen Gruppendruck, Armut, Aids-Stigma, Ignoranz ihrer PartnerInnen, Alkoholkonsum und Kinderwunsch bei den Älteren. Zum Konstrukt *Behavioral Skills* fehlte den Jüngeren die Fähigkeit,

ihren HIV-Status den sexuellen PartnerInnen mitzuteilen, gekoppelt mit der Angst, zurückgewiesen und diskriminiert zu werden. Auch brauchen junge HIV-positive Menschen spezifische Behavioral Skills für gesundes Sexualverhalten. Bakeera-Kitaka et al. stellten fest, dass junge HIV-positive Menschen Unterstützung brauchen beim Erlernen von Behavioral Skills, um ihre sexuelle Gesundheit angemessen zu schützen. (S. 426)

Eric Yeboah Tenkorang und Eleanor Maticka-Tyndale (2008) haben auf der Grundlage des «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» Faktoren analysiert, die Jugendliche veranlassen, sexuell aktiv zu werden und untersucht, inwiefern das Aufschieben erster sexueller Aktivitäten bei Jugendlichen eine Strategie von HIV-Prävention als Primärprävention sein kann. Sie analysierten Daten von 8'183 Mädchen und Knaben von 11 bis 17 Jahren an 160 Schulen der Nyanza Provinz in Kenia. Sie stellten fest, dass die Mädchen und Knaben, die Mythen über HIV-Übertragung zurückwiesen und weniger «sexual pressure» erfuhren, auch sexuelle Aktivitäten aufschoben. Während Jungen dem Druck ausgesetzt sind, früh sexuell aktiv zu werden um ihre Männlichkeit zu beweisen, reichte die Selbstwirksamkeitserwartung der Mädchen bezüglich sexueller Abstinenz nicht aus und sie wurden sozial sowie durch ihr Umfeld beeinflusst, sexuell aktiv zu werden. Tenkorang und Maticka-Tyndale kommen zum Schluss, dass HIV-Prävention auf das Zerstören von Mythen über HIV-Übertragung fokussieren und dem geschlechterspezifischen Druck sexuell aktiv zu werden entgegenwirken muss, den junge Menschen erleben, um die Aufnahme von sexuellen Aktivitäten hinauszuzögern. (S. 177-186)

Zahlreiche Studien mit dem IMB-Model in Subsahara Afrika wurden mit Jugendlichen durchgeführt. Dies entsprich nicht der Population der Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz, von denen wie in Kapitel 3.1 durch Abbildung 5 dargelegt, die Mehrzahl zwischen 20 und 64 Jahren alt ist. Eine Studie zum IMB-Modell für HIV-Prävention als Primärprävention mit Erwachsenen haben Eric G. Bing et al. (2008) mit Soldaten in 16 Militärbasen Angolas durchgeführt. Sie gingen davon aus, dass Soldaten sich vermehrt Risiken aussetzen, HIV zu bekommen oder zu verbreiten. Ihre Mobilität veranlasst sie oft zu multiplen sexuellen Partnerschaften und ihre soziale Rolle als Beschützer mit einem sicheren Einkommen lässt sie für viele Frauen attraktiv erscheinen. (S. 384). Bing et al. (2008) stellten ein hohes Risikoverhalten vieler Soldaten durch multiple Partnerschaften und seltenen Kondomgebrauch fest (S. 393). Um das Sexualverhalten der Soldaten zu erfassen, unterschieden sie vier Kategorien von Partnerinnen:

- Lebenspartnerinnen: leben mit ihnen
- Freundinnen: feste Partnerschaft
- Zufallsbekanntschaften: unverbindlicher Sex
- Sexworkerinnen: Geld im Austausch für Sex (S. 388)

Bing et al. (2008) führten eine Serie von fünf Trainingsworkshops mit zwei Gruppen durch, eine mit HIV-Prävention und eine Kontrollgruppe mit Malaria-Prävention. Die HIV-Präventionsinterventionen passten sie den Bedürfnissen der Soldaten an. Für das Konstrukt *Information* operationalisierten Bing et al. die Variablen:

- Informationen zu Verlauf und Symptomen einer HIV-Infektion sowie weiterer STI
- Mythen und Realitäten über HIV und HIV-Übertragung
- Schutzmöglichkeiten vor sexuell übertragbaren Krankheiten und HIV
- Behandlung von Aids und sexuell übertragbaren Krankheiten
- Auswirkungen von Alkohol auf Entscheidungsfähigkeit vermitteln.

Informationen zu HIV/Aids überprüften sie durch Fragen rund um HIV/Aids, die auf einer Studie von Family Health International basierten und die sie den lokalen Mythen zu HIV-Übertragung anpassten. (S. 386-388)

Für das Konstrukt *Motivation* fokussierten Bing et al (2008) auf das Verstärken der Variablen persönliche und soziale Motivation. Für persönliche Motivation setzten sie beim Wunsch der Soldaten an, gesund zu bleiben und ihre Familie gesund zu erhalten. Als soziale Motivation riefen sie die Soldaten zu einem Krieg gegen HIV/Aids auf und ermutigten sie, sich als «HIV/Aids warriors» zu sehen. Auch thematisierten sie mit den Soldaten ihre Wahrnehmung der eigenen Vulnerabiltät für eine HIV-Infektion, die für die Datenauswertung des Konstrukts *Motivation* als Indikator diente. (S. 386-388)

Für das Konstrukt Behavioral Skills fokussierten Bing et al. (2008) auf die Variablen:

- Vermeiden von Sex unter Alkoholeinfluss
- Benutzen von Kondomen mit Sexualpartnerin verhandeln
- Kondomgebrauch üben

Wichtige Botschaften zum Verhalten fassten sie als Verhaltensregeln zusammen:

- Abstinenz
- Gegenseitige Treue in der sexuellen Beziehung
- Benutzen von Kondomen
- Keine Rasierklingen austauschen
- Verhaltensregeln an Bekannte und Familie weitervermitteln. (S. 386)

Bing et al. (2008) entwarfen interaktive und visuelle Trainingsworkshops, mit Rollenspielen und Frage- und Antwortspielen. Als visuelles Lehrmittel verwendeten sie ein Comic und vermittelten Inhalte interaktiv. Als wichtige pädagogische Technik der Verstärkung des Gelernten lernten die

Soldaten, über HIV-Prävention mit Kollegen, Freunden und Familienmitgliedern zu sprechen. Sie bekamen ein Comicbuch und wurden ermutigt, damit informell «peer education» zu betreiben. (S. 386-387)

Das Risikoverhalten der Soldaten veränderte sich stärker mit Zufallsbekanntschaften und Sexworkerinnen, als mit Lebenspartnerinnen oder Freundinnen. Bing et al. (2008) fanden die Voraussage des IMB-Modells bestätigt, dass sie bei der HIV-Präventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant mehr nachhaltige Veränderungen zu *Information*, Wahrnehmung der eigenen Vulnerabilität und im Verhalten feststellen konnten. Allerdings fiel auf, dass auch die Kontrollgruppe Veränderungen in ihrem Risikoverhalten zeigten. Bing et al. (2008) erklären dies mit zwei äusseren Faktoren:

- eine Radiokampagne des «Angolan National Institute for Fight against AIDS»
- das Militär führte im selben Zeitraum eine HIV-Präventionskampagne in mehreren Basen durch.

Auch die detaillierte Befragung zu ihrem Sexualverhalten war für die Soldaten ungewöhnlich und kann bei den Teilnehmern der Kontrollgruppe bereits bewirkt haben, dass sie aufmerksamer auf die HIV-Präventionskampagne achteten und so indirekt stimuliert wurden, ihr Risikoverhalten zu ändern. (S. 393)

### 5.4 Fazit

Das «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» von Fisher und Fisher (2000) ist durch empirische Studien international belegt, für AfrikanerInnen in Subsahara getestet und für HIV-Prävention mit dieser Zielgruppe durch Studien empirisch abgestützt. Der Test des IMB-Modells von Kalichman et al. hat ergeben, dass der Einfluss von Motivation und Behavioral Skills auf Schutzverhalten signifikant grösser ist als derjenige von Information. Aids-Stigma erkannten sie als wichtigen Einflussfaktor für Information und Motivation, den es im Rahmen von HIV-Prävention zu berücksichtigen gilt.

Bei der Anwendung des IMB-Modells in der HIV-Prävention als Sekundärprävention in Subsahara Afrika stellen Bakeera-Kitaka et al. (2008) fest, dass HIV-positive Jugendliche zusätzliche Ressourcen benötigen, wie die Fähigkeit, mit sexuellen PartnerInnen über ihre HIV-Infektion zu sprechen, ihre sexuelle Gesundheit angemessen zu schützen und mit der Angst vor Zurückweisung umgehen zu können. Beim Anwenden des IMB-Modells als Primärprävention geht es um geschlechterspezifischen sozialen Druck zu sexuellen Aktivitäten und Mythen über HIV-Übertragung (Tenkoran & Maticka-Tyndale) sowie um multiple Partnerschaften und Kon-

domgebrauch (Bing et al.). Daraus schliesst die Autorin, dass es einen substantiellen Unterschied ausmacht, ob HIV-Prävention als Primärprävention oder als Sekundärprävention konzipiert wird. Für Sekundärprävention benötigen HIV-positive Menschen spezifische Ressourcen. Hier zeigt sich eine Limitation des IMB-Modells, das sich auf psychologische Determinanten beschränkt, ohne Ressourcen von Betroffenen einzubeziehen. Christiana Nöstlinger et al. (2009) schlagen darum vor, zur Sekundärprävention die Ressourcen von HIV-positiven Personen als persönliche, ökonomische, kulturelle und soziale Ressourcen zu erfassen und ins IMB-Modell miteinzubeziehen (S. 3, Fig. 1). Weil das IMB-Modell in Subsahara Afrika getestet und durch Studien in der HIV-Prävention belegt ist, folgert die Autorin, dass es sich auf Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz anwenden lässt.

# 6 Das «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» für Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz anwenden

Dieses Kapitel beantwortet die Hauptfragestellung, wie das «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» in der HIV-Prävention für Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz angewendet werden kann. Die Autorin stützt sich dabei auf die Grundlagen, die in den vorangehenden Kapiteln erarbeitet wurden, insbesondere auf die Grundlagen über das IMB-Modell in Kapitel 5.

Die Autorin geht davon aus, dass die Mediatoren und Mediatorinnen von Afrimedia HIV-Prävention für Subsahara AfrikanerInnen mit grossem Engagement und kreativen Ideen umsetzen. Mit dem Anwenden des IMB-Modells als Primärprävention will sie einen theoretischen Beitrag leisten und aufzeigen, was sich aus dem IMB-Modell mit seinen durch Variablen anpassbaren Konstrukten zur HIV-Prävention für Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz ableiten lässt. Ausgehend von der aktuellen HIV-Prävention von Afrimedia, repräsentieren die Afrimedia Mediatoren und Mediatorinnen die Akteure und Akteurinnen, mit denen HIV-Prävention gemäss den vorgeschlagenen operationalisierten Variablen umgesetzt werden könnte. Als Ansatzpunkt sieht die Autorin die Erkenntnis aus dem Test des IMB-Modells, dass der Einfluss von Motivation auf Behavioral Skills und Schutzverhalten grösser ist als derjenige von Information. Dem können die Mediatoren und Mediatorinnen gerecht werden, indem sie mehr Zeitressourcen einsetzen für das Planen, Umsetzen und Auswerten der Variablen des Konstrukts Motivation, das in Unterkapitel 6.3 genauer erklärt wird.

Ein erstes Unterkapitel stellt methodische Überlegungen für ein Anwenden des IMB-Modells dar. Das folgende Unterkapitel untersucht die *Informationsvariablen*. Ein weiteres Unterkapitel hat die *Motivationsvariablen* zum Thema. Das vierte Unterkapitel schliesslich geht auf das Konstrukt *Behavioral Skills* ein und ein letztes Unterkapitel zieht das Fazit zur Anwendung des IMB-Modells.

# **6.1 Methodisches Vorgehen und Ziel**

Afrimedia ist ein Primärpräventionsangebot für Subsahara AfrikanerInnen, wie bereits in Kapitel 4.6 erklärt. Es trägt dem Umstand Rechnung, dass von den Subsahara AfrikanerInnen, die Bedarf für HIV-Prävention haben, nicht alle durch herkömmliche Interventionen erreicht werden können. Aus den in Kapitel 4 beschriebenen Aspekten, die im Zusammenhang mit HIV-Prävention für Subsahara AfrikanerInnen zu beachten sind, schlägt die Autorin vor, folgende Hinweise für das methodische Vorgehen zu beachten:

- Geschlechterspezifisch arbeiten: Wie in Kapitel 4.1 ausgeführt, geschieht die Kommunikation über Sexualität bei Subsahara AfrikanerInnen nicht zwischen Mann und Frau, darum muss HIV-Prävention in nach Geschlechtern getrennten Gruppen konzipiert werden.
- <u>Empowerment für Frauen:</u> Wenn Frauen wie in Kapitel 4.1 festgestellt, nicht gelernt haben, Schutzverhalten mit Sexualpartnern zu verhandeln, muss gezieltes Empowerment die Kompetenz stärken, Schutzverhalten zu verhandeln und durchzusetzen. Ein Empowerment soll frauenspezifische Informationen über Sexualität, reproduktive Gesundheit und rechtliche Gleichstellung in der Schweiz vermitteln, und z.B. durch Rollenspiele und spielerische Übungen umgesetzt werden.
- Empowerment für Männer: Wenn wie in Kapitel 4.1 erläutert, Männer es nicht gewohnt sind, Frauen in Entscheidungen über Schutzverhalten einzubeziehen, kann ein gezieltes Empowerment sie darin unterstützen, Frauen als gleichberechtigte Partnerinnen anzuerkennen. Das Empowerment soll männerspezifische Informationen über Sexualität und Gesundheit sowie rechtliche Gleichstellung vermitteln und spielerisches Anwenden in Form von Rollenspielen oder Übungen ermöglichen.
- <u>Tabuisierung thematisieren:</u> Wenn wie in Kapitel 4.2 beschrieben, Sexualität tabuisiert ist und wie in 4.4 erklärt, die Gefahr von Mehrfachdiskriminierungen im Zusammenhang mit HIV/Aids besteht, kann das Thematisieren von Tabus dazu beitragen, sie aufzubrechen.
- Informationen visuell und leicht verständlich vermitteln: Wenn wie unter Kapitel 4 dargelegt, der Bildungsstand von Subsahara AfrikanerInnen unterschiedlich ist, d.h. einige nicht lesen können und aus oralen Traditionen stammen, dürfen Informationen nicht nur schriftlich, sondern müssen auch visuell und interaktiv gestaltet werden, z.B. mit Hilfe von Bildern, Ton- und Videosequenzen. Die von Afrimedia gestalteten Quizkarten (vgl. Anhang) haben die Präventionsbotschaften visuell umgesetzt und erlauben es, interaktiv individuelles Wissen zu überprüfen.

Als zentral für eine kultursensible Kommunikation sieht die die Autorin die bereits erfolgreich umgesetzte Strategie, dass alle verantwortlichen Akteure und Akteurinnen von Afrimedia Subsahara AfrikanerInnen sind.

Fisher und Fisher haben Schutzverhalten vor einer HIV-Übertragung als Ziel von Interventionen definiert, die dem IMB-Modell folgen. UNAIDS und WHO empfehlen als Schutzverhalten das Benutzen von Kondomen (UNAIDS Website). Für das Anwenden des IMB-Modells legt darum auch die Autorin für die Zielgruppe der Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz den konsequenten Gebrauch von Kondomen als angestrebtes Schutzverhalten fest.

### 6.2 Informationsvariablen

Fisher und Fisher (2000) fordern in Bezug auf das Konstrukt *Information*, wie in Kapitel 5.1 beschrieben, dass *Information* direkt relevant sei zum angestrebten *Schutzverhalten* (S. 39). Die durch das Programm Afrimedia der AHS (2007) vermittelten Präventionsbotschaften sind unter Kapitel 2.3 beschrieben und bereits spezifisch für Subsahara AfrikanerInnen erstellt worden. Die Autorin übernimmt diese Botschaften und weist auf die Form der Quizkarten hin, die den Mediatoren und Mediatorinnen erlaubt, das individuelle Wissen zu HIV/Aids von Zielpersonen zu überprüfen und ihre Interventionen dem Informationsbedarf entsprechend zu gestalten.

Die <u>Afrimedia Quizkarten</u> (AHS & BAG, 2007) vermitteln, dass die Infektion mit dem HI-Virus zu Aids führen kann, einer schweren, nicht heilbaren Krankheit. HIV kann übertragen werden:

- durch eindringenden vaginalen oder analen Geschlechtsverkehr, wenn kein Kondom benutzt wird
- durch Oralsex, jedoch nur, wenn Sperma oder Vaginalblut in den Mund gelangen
- durch die Mutter auf ihr Kind während der Schwangerschaft, bei der Geburt oder durch das Stillen. Diese Übertragung kann jedoch durch medizinische Massnahmen verhindert werden.
- durch unsterile Geräte wie z.B. Spritzen oder Messer bei medizinischen Behandlungen, bei Tätowierungen oder Beschneidungen usw. (S. 3)

Die <u>Afrimedia Quizkarten</u> (AHS & BAG, 2007) informieren, dass das konsequente Einhalten der <u>Safer Sex-Regeln</u> vor einer HIV-Infektion schützt:

- "Bei eindringendem Verkehr immer ein Präservativ benutzen (oder ein Femidom das Präservativ für Frauen)"
- "Kein Sperma in den Mund, kein Sperma schlucken. Kein Menstruationsblut in den Mund, kein Menstruationsblut schlucken". (S. 3)

Zusätzlich zu den Grundinformationen der Quizkarten schlägt die Autorin noch folgende Informationen vor:

• <u>Gleitmittel (Gels)</u> können Sex mit Kondomen erleichtern und die Gefahr von Verletzungen im Genitalbereich minimieren. Diese Information war in den 1990er Jahren Teil der HIV-Präventionsaufklärung, ist jedoch im aktuellen Präventionsmaterial nicht mehr enthalten. Die Autorin erachtet sie als hilfreich für Menschen, die den Umgang mit Kondomen nicht gewohnt sind.

Sexuell übertragbare Krankheiten können das Risiko einer HIV-Übertragung verstärken, wie unter Kapitel 2.1.1 beschrieben. Diese Information ist in der Schweizer HIV-Prävention bekannt, wird jedoch nicht mehr explizit als Präventionsbotschaft kommuniziert und kann für Subsahara AfrikanerInnen eine wichtige Information darstellen. Auch Bing et al. kommunizierten, wie in Kapitel 5.3 ausgeführt, diese Information deutlich.

Wichtig scheint der Autorin, dass die Rahmenbedingungen von Interaktionen über Informationsvariablen das Ausloten des Wissensstands von Zielpersonen erlauben und für ein Gespräch über Risiko- und *Schutzverhalten* förderlich sind. Die Autorin hat bereits in Kapitel 2.1.4 aufgezeigt, dass Aids-Stigma HIV-Prävention beeinträchtigen kann und in Kapitel 4.4 die Stigmatisierungstendenz bei Subsahara AfrikanerInnen beschrieben. Auch Kalichman et al. fordern Massnahmen gegen Stigma als wichtiges Element für HIV-Prävention. Aus diesem Grund hält die Autorin es für notwendig, Stigma und Diskriminierung in geeigneter Form in den Informationsvariablen zu thematisieren. Dies könnte durch Fragen geschehen, beispielsweise: Kennen Sie eine Person, die HIV-positiv ist? Wie denken Sie über HIV-positive Personen?

### 6.3 Motivationsvariablen

Die Variablen des Konstrukts *Motivation* sind von signifikanter Bedeutung für *Behavioral Skills*, wie der Test des IMB-Modells von Kalichman et al. in Kapitel 5.2 ergeben hat. Darum schlägt die Autorin vor, die *Motivationsvariablen* stärker zu gewichten als die *Informationsvariablen*. Die drei von Fisher und Fisher für dieses Konstrukt vorgeschlagenen Variablen operationalisert die Autorin wie folgt:

Persönliche Motivation: In Kapitel 6.2 zeigten Bakeera-Kitaka et al. (2008) auf, dass Hoffnung für die Zukunft, gute Beratung und Angst vor den Folgen sexueller Aktivitäten wie unerwünschte Schwangerschaft zentrale Faktoren für das Schutzverhalten darstellen. Gerade weil die Studie von Bakeera-Kitaka et al. (2008) Beratung unter Motivation nennt, bietet sich als Methode die «motivierende Gesprächsführung» von William R. Miller und Stephen Rollnick (2004) an, die sie auch als «Change Talk» bezeichnen. Für Miller und Rollnick braucht es dafür eine Grundhaltung, die sie mit Partnerschaftlichkeit, Evokation und Autonomie charakterisieren. Mit Evokation gehen sie davon aus, dass Ressourcen und intrinsische Motivation, sich zu verändern bereits vorhanden sind und «evoziert» werden. Für die motivierende Gesprächsführung stellen Miller und Rollnick vier Prinzipien auf: "1. Empathie ausdrücken, 2. Diskrepanzen entwickeln, 3. Widerstand umlenken, 4. Selbstwirksamkeit fördern". (S. 53-58)

- Soziale Motivation: Unterstützung für Schutzverhalten im sozialen Umfeld. Noël Tshibangu (2009b) berichtet in seinem Vortrag, wie er gemeinsam mit seinen Mediatoren und Mediatorinnen ein Konzept entwickelt hat, das die Kolanuss als Symbolträger ins Zentrum von HIV-Prävention stellt. Kolanüsse sind in afrikanischen Kulturen bekannt als Geschenke, die an besonderen Anlässen wie Hochzeiten überreicht werden, um beste Wünsche für Glück und Gesundheit, Schutz und Fruchtbarkeit auszudrücken. Durch die traditionell bekannte Symbolkraft von Kolanüssen können sie mit dem Kondom als Schutzmittel in Verbindung gebracht werden. Die Kolanuss als Leitthema und als traditionelles Symbol weckt bei Subsahara AfrikanerInnen Interesse und Neugier. Dies können die Mediatoren und Mediatorinnen nutzen, um Gespräche über Gesundheit und Familie bis hin zu HIV und Schutzverhalten zu initiieren.
- Wahrnehmen der eigenen Vulnerabilität: Wie Kapitel 4.5 aufzeigt, schätzen Subsahara AfrikanerInnen das Risiko einer HIV-Infektion für sich als gering einschätzen und darum ist für sie ist die Wahrnehmung der eigenen Vulnerabilität von Bedeutung. Hier kann das international propagierte und auch in der Schweiz bekannte Voluntary Counseling and Testing (VCT), wie in Kapitel 2.3 erläutert, als konkreter Leitfaden dienen, um Risikoverhalten zu analysieren und bei einer Entscheidung für einen HIV-Test Unterstützung zu leisten. Als Hilfestellung für die Beratung können beispielsweise Kategorien von SexualpartnerInnen verwendet werden, wie dies von Bing et al. in Kapitel 5.3 aufgezeigt wird.

#### 6.4 Variablen für Behavioral Skills

Weil der Test des IMB-Modells in Kapitel 5.2 ergeben hat, dass das Konstrukt *Behavioral Skills* stark beeinflusst wird vom Konstrukt *Motivation*, schlägt die Autorin vor, die Variblen dieser beiden Konstrukte in einer logischen Abfolge miteinander zu verknüpfen.

Für das Konstrukt *Behavioral Skills* schlagen Fisher und Fisher wie in Kapitel 5.1 ausgeführt mehrere Variablen vor, von denen die Autorin die folgenden für Subsahara AfrikanerInnen anpasst:

- Die <u>Fähigkeiten eines Individuums</u>, <u>Kondome zu kaufen und korrekt anzuwenden</u>: Kondomgebrauch lässt sich spielerisch z.B. an einem Dildo üben und überprüfen. Die Autorin schlägt vor, hier zu ergänzen mit Informationen über Qualität, Verfalldatum und korrekten Umgang mit Kondomen.
- Konsequenten Kondomgebrauch zu verhandeln: dazu gehört auch die Fähigkeit, das eigene Schutzverhalten über längere Zeit aufrecht erhalten zu können. Aus Sicht der

Autorin eine zentrale Fähigkeit, die es zu üben lohnt, weil wie unter 4.1 erklärt, viele Frauen gegenüber Männern benachteiligt sind. Verhandeln von Kondomgebrauch lässt sich z.B. durch Rollenspiele üben, wobei Ängste und Bedenken ernst zu nehmen sind.

- <u>HIV-Tests zu verhandeln</u>: Bevor PartnerInnen in einer fester Partnerschaft oder Ehe sich entscheiden, keine Kondome zu gebrauchen, benötigen sie die Fähigkeit, einen HIV-Test zu verhandeln, um gemeinsam einen HIV-Test durchzuführen.
- Bedingungen von Treue oder Monogamie auszuhandeln: Für Subsahara AfrikanerInnen in festen Partnerschaften ist es wichtig, die Bedingungen von Treue und Monogamie zu klären und auszuhandeln, um ihr Schutzverhalten z.B. beim Seitensprung entsprechend anzupassen.
- Selbstwirksamkeitserwartung: kann durch Üben von Kondomgebrauch und Rollenspiele gestärkt werden. Selbstwirksamkeitserwartung dient in vielen Studien als Indikator, weil sie sich anhand einer Skala messen lässt.
- Für <u>Frauen das Frauenkondom</u>: Wenn es für Frauen, wie in Kapitel 4.1 erklärt, schwierig ist, Kondomgebrauch zu verhandeln, stellt das Frauenkondom eine Alternative dar, die den Frauen erlaubt, sich für *Schutzverhalten* zu entscheiden. Jedoch ist das Frauenkondom anspruchsvoller in seiner Anwendung als das Kondom für Männer. Darum müssen seine korrekte Anwendung sowie die Vor- und Nachteile besprochen werden.

### 6.5 Fazit

Das Anwenden des IMB-Modells durch das Anpassen seiner Variablen an die Zielgruppe der Subsahara AfrikanerInnen ergibt eine breite Palette von Interventionsmöglichkeiten. Weil der Test des IMB-Modells in Kapitel 5.2 aufgezeigt hat, dass der Einfluss von *Motivation* auf *Behavioral Skills* stärker ist als derjenige von *Information*, schlägt die Autorin vor, diese Erkenntnis bei der Umsetzung einzubeziehen und die *Motivationsvariablen* stärker zu gewichten. Während die Quizkarten von Afrimedia erlauben, den Wissenstand von Subsahara AfrikanerInnen zu überprüfen, bieten der Kolanuss-Ansatz sowie die Methode der motivierenden Gesprächsführung Möglichkeiten, an der *Motivation* zu arbeiten. Weil für solche Interaktionen Zeitressourcen nötig sind, entsteht für die konkrete Umsetzung das Bild eines Präventionsprozesses zum Thema sexuelle Gesundheit. Eine besondere Voraussetzung bildet das Interesse von Subsahara AfrikanerInnen, sich auf diesen Prozess einzulassen und es lohnt sich aus Sicht der Autorin, dies zu beachten und das Setting anregend zu gestalten. Der Kolanuss-Ansatz ist ein Erfolg, weil er das Interesse von Subsahara AfrikanerInnen zu wecken vermag und damit ihre Bereitschaft wächst, sich auf einen Präventionsprozess einzulassen.

### 7 Soziokulturelle Interventionen in der HIV-Prävention

Um Soziokulturelle Interventionen in der HIV-Prävention für Subsahara AfrikanerInnen darzustellen, vermittelt das erste Unterkapitel das grundlegende Berufsverständnis der Soziokulturellen Animation. Ein Handlungsmodell mit vier Interventionspositionen stellt die Funktionen der Soziokulturellen Animation dar. Ein weiteres Unterkapitel wendet dieses Handlungsmodell auf HIV-Prävention für Subsahara AfrikanerInnen an und erläutert die verschiedenen Interventionspositionen am Beispiel des Koordinators von Afrimedia der AHS.

#### 7.1 Soziokulturelle Animation

Die Bezeichnung «Animation» kommt aus Frankreich und geht zurück auf die Anfänge der Industrialisierung. Unter dem Stichwort Volksbildung ging es darum, Menschen zu befähigen und zu «animieren», sich aktiv an gesellschaftlichen Entwicklungsprozessen zu beteiligen. Ende der 1950er-Jahre des letzten Jahrhunderts kam im Kontext von Volksbildung in den Niederlanden die Wortkombination «Soziokulturelle Arbeit» auf. (Wandeler, Bernard, 2004, S. 3)

Für die Schweiz beschreibt Heinz Wettstein (2010), wie in der Romandie zwischen 1962 und 1967 Ausbildungen für «animateur de jeunesse» in Genf und Lausanne entstanden. Diese animateurs de jeunesse waren kulturell, bildend und politisch in Quartieren aktiv und es tauchte der Begriff «animation socio-culturel» auf. Auch in der Deutschschweiz entstanden in der Folge der 68er-Bewegung Jugendhäuser und Freizeitzentren der Pro Juventute. Jugend- und Freizeitarbeit wurde professionalisiert. Man sprach von «Animation» bzw. «Animator», auch wenn sich die Bezeichnungen für die Arbeit nach der deutschen Terminologie von Jugendarbeit, Gemeinwesenarbeit oder Freizeitpädagogik ausrichteten. Mit dem 1971 in Zürich gegründeten «Grundkurs Animator» begann eine Auseinandersetzung mit der Bezeichnung für die Ausbildung. Ziel dieser Auseinandersetzung war es, sich abzugrenzen zur Gemeinwesenarbeit und zur Freizeitpädagogik, da man sich als HelferInnen und FördererInnen von Selbstentfaltung und Eigeninitiative verstand. Ende der 1970er-Jahre wurde die «Grundausbildung in soziokultureller Animation» angeboten. Heute ist «Soziokulturelle Animation» ein Ausbildungsgang der Sozialen Arbeit an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. (S. 24-26)

Die HSA Hochschule für Soziale Arbeit Luzern (2004) liefert in ihrer Informationsbroschüre folgende Definition der Soziokulturellen Animation:

Die Soziokulturelle Animation fördert und unterstützt Prozesse bei Gruppen und Einzelnen, sich im sozialen Wandel zu orientieren und für Probleme gemeinsame Lösungen zu finden. Dazu klärt sie die unterschiedlichen Interessen und Bedürfnisse ab und vermittelt

zwischen den Positionen. Sie animiert die Menschen, das soziale Zusammenleben aktiv mitzugestalten und gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen. (S. 4)

Dazu führt die HSA weiter aus, dass Soziokulturelle Animation an den Schnittstellen zwischen Bildung, Recht, Wirtschaft, Politik, Gesundheit, Kultur und dem Sozialwesen tätig ist und sich in gesellschaftlichen Grenzbereichen bewegen kann. Stärken von Animatorinnen und Animatoren liegen in den Bereichen Partizipation, Prävention und Bildung sowie darin, dass sie sich in und zwischen verschiedenen Kulturen und Lebenswelten bewegen und zwischen Kulturen vermitteln können. (HSA, 2004, S. 4-5) Soziokulturelle Animation orientiert sich nicht an Defiziten, sondern an Ressourcen.

Heinz Moser, Emanuel Müller, Heinz Wettstein und Alex Willener (1999) zeigen auf, wie Soziokulturelle Animation in vielen gesellschaftlichen Systemen aktiv ist und dabei partizipative, präventive, integrative sowie Vernetzungs- und Kooperationsfunktionen wahrnehmen kann (S. 96). Aus diesen Funktionen lassen sich der Soziokulturellen Animation vier zentrale Aufgaben zuweisen: die Aufgabe der Animation, der Organisation, der Konzeption und der Vermittlung. Moser et al. (1999, S. 122) stellen diese Grundaufgaben als Handlungsmodell dar:

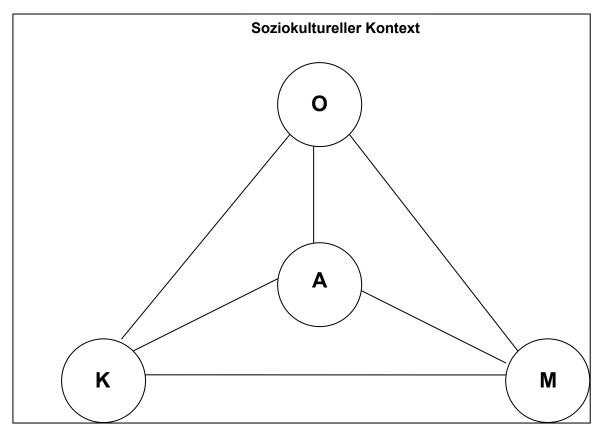


Abbildung 8: Handlungsmodell der Soziokulturellen Animation

Im Handlungsmodell von Moser et al. (1999) steht A steht für Animation, O für Organisation, K für Konzeption und M für Mediation. Das Modell macht deutlich, dass die Position den Standort

bezeichnet, von dem aus der Soziokulturelle Animator bzw. die Soziokulturelle Animatorin Interventionen plant und durchführt. Er oder sie kann dabei unterschiedliche Interventionspositionen als AnimatorIn, OrganisatorIn, MediatorIn oder KonzeptorIn wahrnehmen. Während jede Position in Verbindung mit den anderen zu sehen ist, ist die Animation zentral, weil sie als "Drehscheibenaufgabe nicht eigenständig, sondern immer in Verbindung" mit Mediation, Organisation oder Konzeption zu dem wird, "was Soziokulturelle Animation in ihrer Substanz ausmacht". (S. 121-122)

Die folgende Tabelle von Moser et. al (1999) unterscheidet Mittel, Zweck und Ziele der vier Interventionspositionen der Soziokulturellen Animation (S. 123):

| Interventionsposition | Mittel                             | Zweck                        | Ziele                |
|-----------------------|------------------------------------|------------------------------|----------------------|
| AnimatorIn            | beteiligen, animieren, erleichtern | Aktivierung                  | Selbsttätigkeit      |
| KonzeptorIn           | erforschen                         | Konzeption<br>Transformation | Selbstvergewisserung |
| OrganisatorIn         | unterstützen                       | Produktion und Aktion        | Selbstorganisation   |
| MediatorIn            | vermitteln                         | Mediation, Mediaktion        | Selbständigkeit      |

Tabelle 7: Mittel, Zweck und Ziele der Interventionspositionen der Soziokulturellen Animation

Nach Moser et al. (1999) sind Animieren, Arrangieren und Beteiligen Mittel der Soziokulturellen Animation, um Individuen und Gruppen zu aktivieren mit dem Ziel der Selbsttätigkeit. Sie führen aus, dass Animation und Motivation oft synonym verwendet werden, wobei «animieren» einschliesst, was unter «motivieren» verstanden wird. (S. 128-130) Sie verweisen auf Hermann Giesecke (1997), der motivieren beschreibt als "jemanden dazu zu bewegen, etwas von aussen Erwartetes zu tun, oder etwas, was ihm selbst einfällt, was ihm Freude macht oder nützlich erscheint" (S. 107). Nach Giesecke meint animieren dasselbe, ohne jedoch zu unterstellen, es planmässig zu tun. Giesecke führt dazu aus, dass Motivationstheorien bezwecken, durch gezieltes Erlernen von Methoden und Strategien, Individuen planmässig zu bestimmtem Tun zu motivieren. Der Begriff der Motivierung konstruiert eine Erwartung, dass Menschen zu etwas zu bewegen sind, wenn die richtige Methode oder Technik eingesetzt wird. Giesecke hält diese Erwartung für "prinzipiell uneinlösbar" und zieht deshalb den Begriff animieren vor. Er begründet dies mit den inneren Potentialen von Menschen, die individuell unterschiedlich und oft unbekannt sind und die sich durch soziokulturelle Prozesse mit verändern. (S. 107)

Damit Selbsttätigkeit gelingen kann, sind Individuen intrinsisch motiviert oder motivieren sich gegenseitig im gemeinsamen Tun. Sie sind für ihre Motivation verantwortlich, weil es, wie Giesecke argumentiert, um innere Potentiale geht, die individuell unterschiedlich sind.

Soziokulturelle Animation kann Impulse geben und durch Arrangements oder Projekte Menschen dazu animieren, sich selber zu betätigen und zu entfalten. Es bleibt jedoch in der Entscheidung jeder einzelnen Person, ob sie motiviert ist, sich zu beteiligen oder nicht. Es geht um den freien Willen, welcher sich im Begriff «freiwillig» manifestiert und der ein wichtiges Prinzip der Soziokulturellen Animation darstellt.

### 7.2 Soziokulturelle Interventionen im Programm Afrimedia

Noël Tshibangu (Interview vom 5.11.2010) erzählt, wie das in Kapitel 4.6 vorgestellte Programm Afrimedia als Pilotprojekt beim SRK mit einem einfachen, klaren Auftrag zur HIV-Prävention für Subsahara AfrikanerInnen begann und sich zu einem Programm mit drei Arbeitsschwerpunkten entwickelt hat. Durch das Anwenden des in Kapitel 7.1 beschriebenen Handlungsmodells der Soziokulturellen Animation für Afrimedia lassen sich die Interventionspositionen von Tshibangu aus soziokultureller Sicht herausarbeiten.

In seiner Rolle als Animator beteiligt Tshibangu eine Gruppe von Subsahara Meditoren und Mediatorinnen an der Planung und Umsetzung von HIV-Prävention für Subsahara AfrikanerInnen mit dem Zweck der Aktivierung und dem Ziel der Selbsttätigkeit. Dabei muss er immer wieder akzeptieren, dass die Interventionsposition des Animators sich an Individuen richtet, die sich frei entscheiden, in welchem Umfang sie sich beteiligen wollen oder nicht. Die Erfahrung der Grenzen des Animierens, das wie Giesecke ausführt, sich von Motivieren unterscheidet, weil es nicht die uneinlösbare Erwartung, Individuen planmässig zu etwas zu bewegen, beinhaltet, spürt er in seinem Berufsalltag. Wenn es z.B. darum geht, VertreterInnen von kirchlichen Organisationen zur Zusammenarbeit in der HIV-Prävention zu animieren, kann keine noch so klug gewählte Kommunikationsstrategie sie dazu motivieren, wenn sie dies nicht von sich aus wollen und entscheiden. Tshibangu kämpft auch mit institutionellen Strukturen, um Verständnis zu schaffen für Aufstiegsaspirationen von Individuen, die spezifische Kompetenzen mitbringen und dafür nicht anerkannt werden. Solche Erfahrungen haben dazu beigetragen, Afrimedia als Programm mit mehreren Arbeitsschwerpunkten zu begreifen und zu konzipieren.

In der Konzeptionsposition stellte Tshibangu fest, dass das in dieser Zielgruppe verbreitete Aids-Stigma HIV-Präventionsinterventionen behindert. Er sah eine Notwendigkeit für zusätzliche Massnahmen, um die Solidarität mit HIV-positiven Menschen zu fördern und Stigmatisierungstendenzen zu bekämpfen und so begann er die zusätzlichen Arbeitsschwerpunkte «Mobilisierung der Zielgruppe» und «Stärken von Solidaritätsnetzen» zu konzipieren. Der Zweck der Transformation von Aids-Stigma durch Massnahmen zur Förderung von Solidarität zielte auf Selbstvergewisserung, d.h. er muss immer wieder überprüfen, ob die gewählten Kon-

zepte und Strategien zur Solidaritätsförderung auch wirklich funktionieren. Die Aufgabe der Konzeption bezeichnet er als Schwerpunkt seiner Tätigkeit. Die konstante Frage danach, was im HIV-Bereich in der Schweiz wichtig und aktuell ist, fordert ihn heraus, Ereignisse in den Regionen zu analysieren, in einen Gesamtkontext zu stellen, Handlungsbedarf zu identifizieren und für die Praxis weiterzuentwickeln. Er verfolgt Fachliteratur zu HIV und aktuelle Studien über Subsahara AfrikanerInnen in Europa, beobachtet demografische und epidemiologische Entwicklungen, informiert sich, welche Erklärungsmodelle und welche Ansätze methodisch funktionieren, und entscheidet so, ob und wie er neue Erkenntnisse in konkrete Massnahmen umsetzen kann. Als Animator erfährt Tshibangu den HIV/Aids-Bereich als Freiheit, im Rahmen der Leitplanken des NHAP, eigene Ideen und Konzepte der HIV-Prävention für Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz zu entwickeln. So konnte beispielsweise eine Systematik in der Arbeit mit Subsahara Mediatoren und Mediatorinnen aufgebaut werden. Dazu gehören Kritieren für deren Rekrutierung, eine Einführung in ihre Aufgaben durch Praktika mit erfahrenden Mediatoren und Mediatorinnen, deren Weiterbildung und systematisierter Erfahrungsaustausch. Er kann z.B. aufgrund der in Kapitel 6.3 vorgeschlagenen Variablen entscheiden, eine gezielte Weiterbildung für Mediatoren und Mediatorinnen zur motivierenden Gesprächsführung anzubieten.

In der Rolle des Organisators unterstützt er seine Mediatoren und Meditorinnen darin, HIV-Prävention für Subsahara AfrikanerInnen umzusetzen, mit dem Zweck, dass sie konkrete Präventionsanlässe durchführen und mit dem Ziel, sie zur Selbstorganisation zu befähigen. Die Arbeit mit den Mediatoren und Mediatorinnen stellt einen Prozess dar, bei dem Partizipation und Empowerment wichtige Elemente darstellen. So war es ein Subsahara Mediator, der den Kolanuss-Ansatz erfunden hat und zusammen mit dem Team daraus eine Methode entwickelte, die den Afrimedia Mediatoren und Mediatorinnen ermöglicht, mit Subsahara AfrikanerInnen Gespräche über Risiko- und Schutzverhalten zu führen. Um sie fachlich und methodisch zu unterstützen, organisiert Tshibangu verschiedene Koordinationstreffen, z.B. mit den Fachverantwortlichen der kantonalen Aids-Hilfen, um Präventionsmassnahmen systematisch und strukturiert zu analysieren, zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Beim Mobilisieren der Zielgruppen können Organisationsinterventionen in Form von Empowerment geschehen, durch strukturelle Unterstützung oder modellhaftes Anwenden von Instrumenten wie z.B. Protokollen, Checklisten, Verträgen beim Organisieren von Aktivitäten, in der Planung oder in der Medienarbeit, die prozesshaft gemeinsam mit ihnen erarbeitet werden.

Als Mediator vermittelt Tshibangu zwischen den Subsahara Mediatoren und Mediatorinnen und der Auftraggeberin, mit dem Zweck der Mediation, d.h. um Interessen und Ansprüche von beiden Seiten auch über die Kulturen hinweg zu kommunizieren und gegenseitiges Verständnis zu

schaffen. Sehr oft erlebt er sich im Berufsalltag als Mediator, als Vermittler von Informationen, Positionen, Problemstellungen und kulturellen Unterschieden an der Schnittstelle zwischen Menschen und Institutionen, zwischen freiwillig agierenden Gruppen von Subsahara AfrikanerInnen und professionell angestellten Fachkräften der Aids-Hilfe Schweiz. Für Tshibangu ist Prävention geradezu prädestiniert für die Soziokulturelle Animation, weil es ebenfalls darum geht, Menschen in Prozessen zu begleiten. Er spricht auch von «der animatorischen Brille», die ihm hilft, Handlungsbedarf abzuschätzen oder seinem Auftraggeber Verständnis für die Zielgruppe abzuringen und zu vermitteln, dass beispielsweise qualitative gute Prävention sich nicht mit Zahlen allein messen lässt oder dass die Zielgruppe nicht immer zu Bürozeiten verfügbar sein kann.

Als Grundwerte seiner Arbeit versteht Tshibangu neben dem in den Menschenrechten formulierten Recht auf Gesundheit das Leitmotiv der Gesundheitskompetenz, das sich in der HIV-Prävention im Befähigen von Individuen, frei von Zwang Eigenverantwortung für ihre sexuelle Gesundheit zu übernehmen, konkretisiert. Um dies umzusetzen, geht er mit Menschen gemeinsam einen Weg, fördert und unterstützt Prozesse, klärt Bedürfnisse ab, vermittelt zwischen Positionen und befähigt sie dazu, selbst tätig zu werden. Die Überführung des Pilotprojekts Afrimedia in die Regelstruktur der Aids-Hilfe Schweiz eröffnete ihm den Zugang zu dem Fachsystem HIV/Aids und die Möglichkeiten einer nationalen Verbandsstruktur. Diese nutzt er zur aktiven Zusammenarbeit mit den kantonalen Aids-Hilfen, z.B. für die gezielte Unterstützung und Weiterbildung seiner Mediatoren und Mediatorinnen.

Aus Tshibangu's Ausführungen schliesst die Autorin, dass seine Wirkungsmöglichkeiten auch durch sein Arbeitspensum eingeschränkt sind. HIV-Prävention und Solidaritätsarbeit für Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz sind breit angelegte Arbeitsfelder. Sie können zusätzlich zur aktuellen Arbeit beispielsweise HIV-Prävention anhand des in Kapitel 6 für die Zielgruppe angepassten IMB-Modells überprüfen und evaluieren, Studien zu Sexualverhalten durchführen oder die Anwendung des IMB-Modells für Sekundärprävention konzipieren. Zusätzliche Ressourcen der Soziokulturelle Animation können ebenfalls den Arbeitsschwerpunkt des Stärkens von Solidaritätsnetzwerken intensivieren und ermöglichen es, gezielt Massnahmen der Sekundärprävention zu konzipieren und umzusetzen.

### 8 Schlussfolgerungen

Ausgangspunkt war die hohe HIV-Prävalenz von Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz und die in dieser Bevölkerungsgruppe bestehende Tendenz von Aids-Stigma. Leitend für diese Bachelorarbeit ist die Frage, wie das «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» zur HIV-Prävention für Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz angewendet werden kann. Ein erster Schritt vermittelt Basiswissen über HIV und Aids, führt in die Begrifflichkeit von Prävention ein und erklärt auf der Basis des NHAP HIV-Prävention in der Schweiz. Neben der internationalen Dimension von HIV/Aids wird auch die Gefahr von Stigmatisierung und Diskriminierung erläutert und aufgezeigt, warum HIV-Prävention untrennbar mit Solidaritätsarbeit verbunden ist. Die Beschreibung der Faktoren, die im Zusammenhang mit HIV-Prävention bei der Zielgruppe Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz besonders zu beachten sind, legt in einem zweiten Schritt die Grundlage, um mit einem Modell der Verhaltensänderung arbeiten zu können.

Das «Information-Motivation-Behavioral Skills Model» haben Fisher und Fisher (2000) spezifisch für HIV-Prävention entwickelt, seine Konstrukte Information, Motivation und Behavioral Skills beeinflussen und erklären Schutzverhalten. Es bietet sich für HIV-Prävention bei Subsahara AfrikanerInnen an, weil es komplex genug ist, um der Vielschichtigkeit des Wirkungsfeldes zu entsprechen und weil es empirisch belegt ist. Zudem lassen sich seine Konstrukte über Kulturen hinweg durch Variablen an die Zielgruppen und ihr Sexualverhalten anpassen. Kalichman et al haben es in Südafrika getestet und für Subsahara Afrika bestätigt. Diese Arbeit zeigt auf, wie das IMB-Modell für HIV-Prävention in Uganda, Kenia und Angola durch empirische Studien belegt ist. Weil es sich in Subsahara Afrika für HIV-Prävention bewährt hat, folgert die Autorin, dass das IMB-Modell sich auch zur Anwendung für Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz eignet. Für eine Anwendung des IMB-Modells operationalisiert sie die Variablen der Konstrukte Information, Motivation und Behavioral Skills. Für Information nutzt sie als Variablen die bereits bestehenden Quizkarten von Afrimedia mit ihren Informationen zu Safer Sex und ergänzt sie mit weiteren Informationen. Für Motivation empfiehlt sie die motivierende Gesprächsführung als persönliche Motivationsvariable und das Nutzen der Symbolkraft der Kolanuss als soziale Motivationsvariable. Für das Wahrnehmen der eigenen Vulnerabilität legt die Autorin das Umsetzen von Voluntary Counseling and Testing nahe. Weil Kalimchan et al. beim Testen des IMB-Modells erkannt haben, dass die Motivationsvariablen grösseren Einfluss haben als die Informationsvariablen, besteht sie darauf, dieser Erkenntnis zu flogen und die Variablen des Konstrukts im Präventionsprozess die Motivationsvariablen stärker zu gewichten. Als Variablen für Behavioral Skills schlägt sie die Kondome Fähigkeiten vor, zu kaufen und korrekt anzuwenden, konsequenten Kondomgebrauch zu verhandeln, Bedingungen von Treue und auch von HIV-Tests zu verhandeln. Für Frauen rät sie, zu vermitteln, wie sie das Frauenkondom anwenden können.

Durch das Anpassen dieser Variablen der Konstrukte des IMB-Modell für HIV-Prävention mit Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz beantwortet die Autorin die Fragestellung dieser Bachelorarbeit.

Bei dieser Anwedung des IMB-Modells wird jedoch deutlich, dass die Informationen über das Sexualverhalten von Subsahara AfrikanerInnen von Zuppiger et al. nicht mehr aktuell sind oder nicht ausreichend bestehen. Informationen über Subsahara AfrikanerInnen aus Afrika und England vermögen diesen Mangel nicht zu überdecken, umso mehr, als auch Fisher et al. fordern, dass die Ausgangsbasis von Information, Motivation und Behavioral Skills innerhalb einer Zielgruppe vor Präventionsinterventionen untersucht wird. Kapitel 4 über Subsahara AfrikanerInnen und HIV-Prävention macht deutlich, dass eine aktuelle und umfassende Analyse des Risiko- und Sexualverhaltens von Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz fehlt. Ford Hickson et al. haben das Sexual- und Risikoverhalten und den Präventionsbedarf von Subsahara AfrikanerInnen in England analysiert und können als Quelle Hinweise für die HIV-Prävention geben. Als Grundlage für eine Präventionsintervention im Sinne von Fisher und Fisher kann eine Analyse derselben Zielgruppe in einem anderen Land jedoch nicht genügen. Für eine korrekte Anwendung des IMB-Modells sieht die Autorin darum einen Bedarf für eine aktuelle Analyse des Risiko- und Sexualverhaltens von Subsahara AfrikanerInnen in der Schweiz. Solche Informationen erlauben, die Variablen der IMB-Konstrukte noch genauer an das Verhalten der Zielgruppe anzupassen und konkrete HIV-Präventionsinterventionen zu planen.

Eine Limitation des IMB-Modells sieht die Autorin in der Einschränkung auf psychologische Determinanten. Insbesondere für eine Anwendung in der Sekundärprävention fehlt dem IMB-Modell aus Sicht der Autorin der Einbezug der Ressourcen von HIV-positiven Menschen. Weil Soziokulturelle Animation auch ressourcenorientiert arbeitet, müsste das IMB-Modell aus Sicht der Autorin für die Anwendung in der Sekundärprävention durch die Dimension der Ressourcen ergänzt werden.

Die Autorin ist mit Fisher und Fisher einverstanden, wenn sie fordern, den Bedarf für Verhaltensänderung von HIV-positiven Personen nicht zu vernachlässigen und schlägt darum vor, den Arbeitsschwerpunkt «Stärken von Solidaritätsnetzen» von Afrimedia auszubauen und durch zusätzliche Ressourcen der Soziokulturellen Animation zu unterstützen. Ein gezieltes und nachhaltiges Empowerment von HIV-positiven Subsahara AfrikanerInnen durch Sekundärprävention, basierend auf einem erweiterten IMB-Modell könnte das aktuelle Angebot von Afrimedia ergänzen, das sich auf Massnahmen der Primärprävention beschränkt. Dies würde auch Subsahara AfrikanerInnen stärker in die Verantwortung für HIV-Prävention mit einbinden, wie

das BAG dies in Kapitel 1.2 verlangt, wenn es anregt, die Bemühungen in der HIV-Arbeit für Subsahara AfrikanerInnen am Ziel des Empowerment dieser Zielgruppe zu messen.

### 9 Quellenverzeichnis

- Aids-Hilfe Schweiz [AHS]. Website der Aids-Hilfe Schweiz. ¶Mehr Information. ¶HIV/AIDS. Gefunden am 18.6.2010, unter: http://www.ahs.ch/d/information/hiv\_aids/wasist.php
- Aids-Hilfe Schweiz [AHS] & Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2007). Wie wirst Du Dich entscheiden? Quizkarte für Migrantinnen und Migranten. Gefunden am 18.12.2010, unter http://www.aids.ch/shop/produkte/fuerfachleute/pdf/quizkarte 1372 d.pdf
- Bakeera-Kitaka, Sabrina; Nabukeera-Barungi, Nicolette; Nöstlinger, Christiana; Addy, Kekitiinwa & Colebunders, Robert (2008). Sexual risk reduction needs of adolescents living with HIV in a clinical care setting. *AIDS Care*, *20* (4), 426-433.
- Bing, Eric G.; Cheng, Karen G.; Ortiz, Daniel J.; Ovalle-Bahamón, Ricardo E.; Ernesto, Francisco; Weiss, Robert E. & Boyer, Cherrie B. (2008). Evaluation of a Prevention Intervention to Reduce HIV Risk among Angolan Soldiers. *AIDS and Behavior, 12* (3), 384-395.
- Bischofberger Lerch, Iren (2007). "When people get open about HIV, it's easier to save others." Herausforderungen und Lösungen in der HIV-Primärprävention und Aids-Versorgung bei Sub-Sahara Migrationsgemeinschaften in der Schweiz. Dissertation. Basel: Philosophisch-Naturwissenschaftliche Fakultät der Universität Basel. Gefunden am 8.6.2010, unter: http://edoc.unibas.ch/654/1/DissB 8000.pdf
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. Website des BAG. ¶HIV und Aids, ¶Fachinformationen, Epidemiegesetz. Gefunden am 17.6.2010, unter http://www.bag.admin.ch/hiv\_aids/05464/index.html?lang=de
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. Website des BAG. ¶HIV und Aids, ¶HIV und Aids in der Schweiz 2009, ¶Grafiken zu HIV/Aids. Gefunden am 20.10.2010, unter http://www.bag.admin.ch/hiv\_aids/05464/05490/05750/05757/index.html?lang=de
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2003). *Nationales HIV/Aids-Programm 2004-2008*. Bern: BBL, EDMZ.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2005). Die positiven HIV-Tests in der Schweiz entwickeln sich verschieden je nach Ansteckungsweg. *Bulletin 48, 2005* (48), 878-885.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2010a). HIV-Quartalstabellen 3/10 Schweiz. *Bulletin 31, 2010* (3), 719.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2010b). Prävention bei, mit oder durch Subsahara-MigrantInnen? Von der Partizipation zum Empowerment. Swiss Aids News. Migration und sexuelle Gesundheit, 2010 (2), 3.

- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2010c). BAG in Kürze. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. Website BFS. ¶Ausländische Wohnbevölkerung Übersicht, ¶Bestand und Struktur der ausländischen Wohnbevölkerung. Diverse Statistiken. Gefunden am 31.8.2010, unter http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/data/01.html
- Bundesamt für Statistik [BFS] (2008a). *Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz. Bericht* 2008. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.
- Bundesamt für Statistik [BFS] (2008b). Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz Bericht 2008. Historische Darstellung. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.
- Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz EpG) vom 18. Dezember 1970 (SR 818.101).
- Bundesverfassung [BV] der Schweiz. Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101).
- Efionayi-Mäder, Denise & Wyssmüller, Chantal (2009). Migration und Gesundheit. In Katharina Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 88-105). Bern: Verlag Hans Huber.
- Eidgenössische Ausländerkommission [EKA] (2006). *Der Integrationsbegriff im Gesetz. Leitfaden für den Umgang mit den neuen Bestimmungen.* Bern: Eidgenössische Ausländerkommission.
- Eyer, Philipp & Schweizer, Régine (2010). *Die somalische und eritreische Diaspora in der Schweiz.* Gefunden am 31.10.2010, unter http://www.bfm.admin.ch/content/dam/data/migration/publikationen/diasporastudie-eritrea-d.pdf
- Ezeboa, Matthias (2000). Zur Lebenssituation der dunkelhäutigen Menschen in der Schweiz. *Tangram. Farbige Schweiz, 2000* (8). 27-30.
- Fisher, Jeffrey D. & Fisher, William A. (2000). Theoretical Approaches to Individual-Level Change in HIV Risk Behavior. In John L. Petersen & Ralph J. DiClemente, Ralph (Eds.), *Handbook of HIV Prevention* (S. 3 55). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Fischer, Jeffrey D.; Fisher, William A. & Shuper, Paul A. (2009). The Information-Motivation-Behavioral Skills Model of HIV Preventive Behavior. In Ralph J. DiClemente, Richard A. Crosby & Michelle C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research* (2<sup>nd</sup> ed., S. 21-63). San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.
- Gebhardt, Martin (2010). *HIV, Aids und HIV/Aids Todesfälle in der Schweiz.* Epidemiologische Grafik des BAG, erhalten auf Anfrage im August 2010.

- Giesecke, Hermann (1997). *Pädagogik als Beruf. Grundformen pädagogischen Handelns* (6. Aufl.). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Health and Development Networks & Aids Care Watch Campaign (2006). Living on the Outside. Key findings and recommendations on the nature and impact of HIV/Aids-related stigma.

  Gefunden am 29.9.2010, unter http://www.hdnet.org/library/stigma/Stigma-Primer-final.pdf
- Hickson, Ford; Owuor, John; Weatherburn, Peter; Reid, David; Hammond, Gary & Jessup, Kathie (2009). Bass Line 2008-09. Assessing the sexual HIV prevention needs of African people in England. Gefunden am 25.9.2010, unter <a href="http://www.sigmaresearch.org.uk/go.php?/reports/african">http://www.sigmaresearch.org.uk/go.php?/reports/african</a>
- Hirschmann, Olaf (2003). Kirche, Kultur und Kondome. Kulturell sensible HIV/AIDS-Prävention in Afrika südlich der Sahara. Münster: Lit. Verlag Münster.
- Hillmann, Karl-Heinz (2007). Wörterbuch der Soziologie (5. Aufl.). Stuttgart: Alfred Kröner Verlag.
- Hochschule Luzern Soziale Arbeit (2009). *Richtlinien für schriftliche wissenschaftliche Arbeiten* an der Hochschule Luzern Soziale Arbeit. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript.

  Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Hohmann, Cynthia & Schwarzer, Ralf (2009). Selbstwirksamkeitserwartung. Perceived Self-Efficacy. In Jürgen Bengel & Matthias Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheits-psychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 61-67). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- HSA Hochschule für Soziale Arbeit Luzern (2004). Soziokulturelle Animation Vermitteln über Grenzen hinweg. Informationen über einen jungen Beruf. Luzern: HSA Hochschule für Soziale Arbeit Luzern.
- Hurrelmann, Klaus (2006). Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung (6. Aufl.). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Kalichmann, Seth C.; Simbayi, Leickness C.; Cain, Demetria; Jooste, Sean; Skinner, Donald & Cherry, Charsey (2006). Generalizing a model of health behaviour change and AIDS stigma for use with sexually transmitted infection clinic patients in Cape Town, South Africa. AIDS Care 18 (3), 178-182.
- Kamber, Rainer (2010). Multiple sexuelle Partnerschaften wichtig für die HIV-Prävention? Swiss Aids News. Migration und sexuelle Gesundheit, 2010 (2), 16-17.
- Kanyana, Mutombo (2000). La campagne-choc de 1997 contre le racisme den Suisse ou les limites de l'antiracisme en Occident. *Tangram. Farbige Schweiz, 2000* (8), 72-76.

- Kessler Bodiang, Claudia & Okullo, Joseph (2002). HIV-Prävention bei afrikanischen Migrantinnen und Migranten: Eine Herausforderung für die Schweizerische Gesundheitspolitik. *AIDS INFOTHEK*, *14* (3) 4-9.
- Kessler, Claudia (2009). «Schmutzige Krankheit». Swiss Aids News. HIV und Elternschaft, 2009 (2), 12-13.
- Kickbusch, Ilona (2009). Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. In Katharina Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 19- 33). Bern: Verlag Hans Huber.
- Leppin, Anja (2007). Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz & Jochen Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (2. Aufl., S. 31-40). Bern: Verlag Hans Huber.
- Menka, Eunice (2003). Tackling Africa's last taboo: Talking about sex. *African woman. Special issue: reproductive health is a human right, 2003* (14), 1-2.
- Meystre-Agustoni, Giovanna; Jeannin, André; Dubois-Arber, Françoise; Kessler Bodiang, Claudia, Blöchlinger, Corinne & Callensten, Björn (2005). Système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA en Suisse. Comportements des migrants par rapport au VIH/sida en 2005. Étude de Raison de Santé 117. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne.
- Miller, William R. & Rollnick, Stephen (2004). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Moser, Heinz; Müller, Emanuel; Wettstein, Heinz & Willener, Alex (1999). Soziokulturelle Animation. Grundfragen, Grundlagen, Grundsätze. Luzern: Verlag für Soziales und Kulturelles.
- Niederöst, Sibylle; Gredig, Daniel; Roulin, Christophe & Rickenbach, Martin (2010). Predictors of HIV-protection behaviour in HIV-positive men who have sex with casual male partner: a test on the explanatory power of the extended Information-Motivation-Behavioural Skills model. *Aids Care*, (im Druck), 1-12.
- Nöstlinger, Christiana; Nideröst, Sibylle; Platteau, Tom; Müller, Mathias C.; Stanekovà, Danica; Gredig, Daniel et al. (2010). Sexual Protection Behavior in HIV-Positive Gay Men: Testing a Modified Information-Motivation-Behavioral Skills Model. *Arch Sex Behav* (1-11). Springer online published.
- Präventionsgesetz [PrävG]. Entwurf Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung vom 30. September 2009.

- Praz, Stéphane (2010). Gesundheitsfaktor Migration. Swiss Aids News. Migration und sexuelle Gesundheit, 2010 (2). 10-11.
- Prost, Audrey; Elford, Jonathan; Imrie, John; Petticrew, Mark & Hart, Graham J. (2007). Social, Behavioural, and Intervention Research among People of Sub-Saharan African Origin Living with HIV in the UK and Europe: Literature Review and Recommendations for Intervention. *Aids Behavior*, 2008 (12), 170-194.
- Rosenbrock, Rolf; Almedal, Calle; Elfrod, Jonathan; Kübler, Daniel; Lert, France & Matic, Srdan (2009). Beurteilung der Schweizer HIV-Politik durch ein internationales Expertenpanel.

  Studie zuhanden des BAG. Executive Summery (Übersetzung). Horgen: Syntagma.
- Seeman, Isabella (2005). Die Gründungsjahre. 20 Jahre Aids-Hilfe Schweiz. In Bundesamt für Gesundheit, Aids-Hilfe Schweiz & Schweizerisches Landesmuseum (Hrsg.), *Ohne Dings kein Bums. 20 Jahre Aids-Arbeit in der Schweiz* (S. 72-75). Baden: hier + jetzt, Verlag für Kultur und Geschichte.
- Tenkorang, Eric Yeboah & Maticka-Tyndale, Eleanor (2008). Factors Influencing the Timing of First Sexual Intercourse Among Young People in Nyanza, Kenya. *International Family Planning Perspectives*, *34* (4), 177-188.
- Tshibangu, Noël (2003). AFRIMEDIA: Ein Projekt für die HIV/Aids-Prävention bei in der Schweiz lebenden AfrikanerInnen und Migranten aus Ländern südlich der Sahara. In Zürcher Aids-Hilfe (Hrsg.), *AfrikanerInnen, Migranten. Eine neue Herausforderung in der HIV/Aids-Arbeit* (S. 12). Zürich: Zürcher Aids-Hilfe.
- Tshibangu, Noël (2009a). HIV-Prävention bei AfrikanerInnen. Swiss Aids News. HIV und Elternschaft, 2009 (2), 11-12.
- Tshibangu, Noël (2009b, 6. Mai). What have cola nuts to do with condoms? Vortrag gehalten an der Aidsfocus-Tagung in Bern.
- Tshibangu, Noël (2010). Sexuelle Netzwerke und Prävention. Swiss Aids News. Migration und sexuelle Gesundheit, 2010 (2), 17.
- UNAIDS Website. ¶Region/Sub-Saharan Africa. Gefunden am 17.8.2010, unter http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Regions/SubSaharanAfrica.asp
- UNAIDS Website (2010). ¶Condoms and HIV prevention: Position statement of UNAIDS,

  UNFPA and WHO. Gefunden am 25.11.2010, unter http://www.unaids.org/en/Knowledge

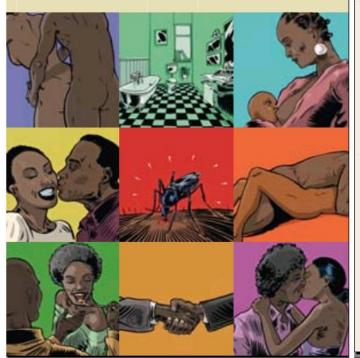
  Centre/Resources/FeatureStories/archive/2009/20090319 preventionposition.asp
- UNAIDS (2008). *UNAIDS' Terminology Guidelines*. Gefunden am 25.5.2010, unter http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/jc1336 unaids terminology guide en.pdf

- UNAIDS (2009a). 2009 Aids Epidemic Update Report. Gefunden am 3.8.2010, unter http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700\_Epi\_Update\_2009\_en.pdf
- UNAIDS (2009b). 2009 Aids Epidemic Update. Sub-Saharan Africa estimates 1990 2008. Gefunden am 3.8.2010, unter http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/ Epidemiology/2009 epislides.asp
- UNAIDS (2009c). *HIV Prevalence Map.* Gefunden am 19.12.2010, unter http://www.unaids.org/globalreport/HIV\_prevalence\_map.htm
- UNAIDS (2010). *UNAIDS Outlook Report 2010*. Gefunden am 3.8.2010, unter http://www.un aids.org/outlook/OutlookReport.aspx
- UNAIDS & World Health Organization [WHO]. ¶HIV Data. ¶Epidemiology slides: 2009 AIDS Epidemic update. Gefunden am 30.8.2010, unter http://www.unaids.org/en/Knowledge Centre/HIVData/Epidemiology/2009\_epislides.asp
- United Nations General Assembly [UN] (2007). Implementation of General Assembly Resolution 60/251 of 21 March 2006 entitled: "HUMAN RIGHTS COUNCIL". Report by Mr. Doudou Diène, Special Rapporteur on contemporary forms of racism, racial discrimination, xenophobia and related intolerance. Mission to Switzerland. Gefunden am 2.9.2010, unter http://www.humanrights.ch/home/upload/pdf/070329\_Report\_Diene\_EN.pdf
- United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS [UNGASS] (2001). *Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Gefunden am 4.8.2010, unter http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration en.pdf
- United Nations Human Rights. Website der United Nations Human Rights. *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte [MR] vom 10. Dezember 1948*. Gefunden am 20.11.2010, unter http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\_Translations/ger.pdf
- ViiV Healthcare Group Website. *A Positive Life*. Gefunden am 15.12.2010, unter http://www.apositivelife.com/forasos/need-for-positive-prevention.html
- Wettstein, Heinz (2010). Hinweise zu Geschichte, Definitionen, Funktionen. In Bernard Wandeler (Hrsg.), Soziokulturelle Animation. Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion (S. 15-60). Luzern: interact.
- World Health Organization [WHO]. *Classifications of Diseases [ICD]* (Version 2007). Gefunden am 2.7.2010, unter http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/
- World Health Organization [WHO] (2005). *Scaling-up HIV testing and counselling Services*. Gefunden am 5.8.2010, unter http://www.who.int/hiv/pub/vct/counsellingtestingtoolkit.pdf
- Zuppinger, Brigit; Kopp, Christine & Wicker, Hans-Rudolf (2000). *Interventionsplan HIV/Aids-Prävention bei Sub-Sahara AfrikanerInnen*. Institut für Ethnologie: Universität Bern.

# **Anhang**

Afrimedia Quizkarten 1 und 2: Informationsmaterial für Subsahara AfrikanerInnen

## Wie wirst du dich entscheiden?



# Besteht das Risiko einer HIV-Übertragung?

Risiko besteht, wenn man keine Schutzmassnahmen ergreift

Kein Risik



Aids ist eine schwere Krankheit, die zurzeit nicht geheilt werden kann. Aids ist die Folge einer Infektion mit dem HI-Virus (HIV). HIV wird nur in folgenden Situationen übertragen.

- > Bei eindringendem Verkehr vaginal oder anal –, falls kein Kondom verwendet wird.
- > Bei Oralsex, wenn Sperma oder Vaginalblut in den Mund gelangt. Es besteht hingegen kein Risiko beim Oralsex, wenn weder Sperma noch Menstruationsblut in den Mund gelangen, oder beim Anulingus (Anus lecken).
- > Eine Mutter mit HIV kann ihr Kind während der Schwangerschaft, bei der Geburt und beim Stillen anstecken. Diese Art der Übertragung lässt sich jedoch mit geeigneten medizinischen Massnahmen während Schwangerschaft und Geburt verhindern.
- Wenn Geräte (Spritzen, Messer) bei medizinischen Behandlungen, Tätowierungen, Beschneidun-

gen usw. nicht steril sind, ist eine HIV-Übertragung möglich.

HIV wird nicht durch Insekten übertragen. Im Alltag, also zum Beispiel beim Küssen, bei sportlichen Aktivitäten, beim Coiffeur, durch das gemeinsame Benutzen von Toiletten, beim Essen und Trinken aus dem gleichen Geschirr, besteht keine Gefahr, sich mit HIV anzustecken. HIV wird nicht durch Zauberei oder Magie übertragen. Es gibt keinen Grund, Angst vor Menschen mit HIV/Aids zu haben oder sie vom gesellschaftlichen Leben oder von der Arbeitswelt auszuschliessen.

Wer sich an die Regeln des Safer Sex hält, ist ausreichend gegen eine HIV-Übertragung geschützt.

- > Bei eindringendem Verkehr immer ein Präservativ verwenden (oder ein Femidom® – das Präservativ für Frauen).
- > Kein Sperma in den Mund, kein Sperma schlucken. Kein Menstruationsblut in den Mund, kein Menstruationsblut schlucken.

### Antworten

Risiko besteht: 3

Risiko besteht, wenn man keine Schutzmassnahmen ergreift: 1, 6

Kein Risiko: 2, 4, 5, 7, 8, 9

Diese Antworten gelten nur für die Übertragung des HI-Virus (Aids).

Informieren Sie sich bei einer Aids-Hilfe, bei Ihrem Arzt oder bei einer Teststelle. Das Personal dieser Stellen ist an das Berufs- oder an das Arztgeheimnis gebunden. Die Vertraulichkeit ist also garantiert. In grossen Spitälern oder direkt in Labors können Sie den Test anonym durchführen lassen, das heisst, ohne Ihren Namen angeben zu müssen.

Es lohnt sich, zu erfahren, ob man mit dem HI-Virus angesteckt ist oder nicht. Nur wer von seiner HIV-Infektion weiss, verpasst den besten Zeitpunkt für den Therapiebeginn nicht. Die Therapie kann den Verlauf einer HIV-Infektion stark verzögern.

Für (anonyme) Auskünfte zu Adressen, Infomaterial, Teststellen usw.

Tel. 044 447 11 11 / Fax 044 447 11 12 www.aids.ch / aids@aids.ch Für Bestellungen

Tel. 044 447 11 13 / Fax 044 447 11 14 www.shop.aids.ch / shop@aids.ch



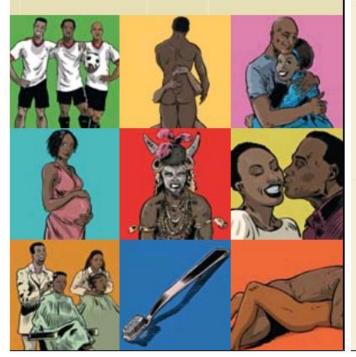
Dieses Produkt wurde Ihnen überreicht von:



© 2007 Aids-Hilfe Schweiz, Bundesamt für Gesundheit

Redaktion: Claire Comte/Noël Tshibangu, Aids-Hilfe Schweiz Zeichnungen: Jared Illustrations (Jared Muralt), Bern Grafik: 16a Claudia Labhart, Zürich Druck: Fotorotar AG, Egg ZH Auflage: 18'000 d*iffe* 

### Wie wirst du dich entscheiden?



## Besteht das Risiko einer HIV-Übertragung?

Risiko bestel

Risiko besteht, wenn man keine Schutzmassnahmen ergreift

Kein Risiko



Aids ist eine schwere Krankheit, die zurzeit nicht geheilt werden kann. Aids ist die Folge einer Infektion mit dem HI-Virus (HIV). HIV wird nur in folgenden Situationen übertragen.

- > Bei eindringendem Verkehr vaginal oder anal –, falls kein Kondom verwendet wird.
- > Bei Oralsex, wenn Sperma oder Vaginalblut in den Mund gelangt. Es besteht hingegen kein Risiko beim Oralsex, wenn weder Sperma noch Menstruationsblut in den Mund gelangen, oder beim Anulingus (Anus lecken).
- > Eine Mutter mit HIV kann ihr Kind während der Schwangerschaft, bei der Geburt und beim Stillen anstecken. Diese Art der Übertragung lässt sich jedoch mit geeigneten medizinischen Massnahmen während Schwangerschaft und Geburt verhindern.
- > Wenn Geräte (Spritzen, Messer) bei medizinischen Behandlungen, Tätowierungen, Beschneidun-

gen usw. nicht steril sind, ist eine HIV-Übertragung möglich.

HIV wird nicht durch Insekten übertragen. Im Alltag, also zum Beispiel beim Küssen, bei sportlichen Aktivitäten, beim Coiffeur, durch das gemeinsame Benutzen von Toiletten, beim Essen und Trinken aus dem gleichen Geschirr, besteht keine Gefahr, sich mit HIV anzustecken. HIV wird nicht durch Zauberei oder Magie übertragen. Es gibt keinen Grund, Angst vor Menschen mit HIV/Aids zu haben oder sie vom gesellschaftlichen Leben oder von der Arbeitswelt auszuschliessen.

Wer sich an die Regeln des Safer Sex hält, ist ausreichend gegen eine HIV-Übertragung geschützt.

- > Bei eindringendem Verkehr immer ein Präservativ verwenden (oder ein Femidom<sup>a</sup> – das Präservativ für Frauen).
- > Kein Sperma in den Mund, kein Sperma schlucken. Kein Menstruationsblut in den Mund, kein Menstruationsblut schlucken.

#### Antworten

Risiko besteht: -

Risiko besteht, wenn man keine Schutzmassnahmen ergreift: 2, 4, 9

Kein Risiko: 1, 3, 5, 6, 7, 8

Diese Antworten gelten nur für die Übertragung des HI-Virus (Aids).

Informieren Sie sich bei einer Aids-Hilfe, bei Ihrem Arzt oder bei einer Teststelle. Das Personal dieser Stellen ist an das Berufs- oder an das Arztgeheimnis gebunden. Die Vertraulichkeit ist also garantiert. In grossen Spitälern oder direkt in Labors können Sie den Test anonym durchführen lassen, das heisst, ohne Ihren Namen angeben zu müssen.

Es lohnt sich, zu erfahren, ob man mit dem HI-Virus angesteckt ist oder nicht. Nur wer von seiner HIV-Infektion weiss, verpasst den besten Zeitpunkt für den Therapiebeginn nicht. Die Therapie kann den Verlauf einer HIV-Infektion stark verzögern.

Für (anonyme) Auskünfte zu Adressen, Infomaterial, Teststellen usw. Tel. 044 447 11 11 / Fax 044 447 11 12 www.aids.ch / aids@aids.ch Für Bestellungen

Tel. 044 447 11 13 / Fax 044 447 11 14 www.shop.aids.ch / shop@aids.ch



Deses Produkt wurdelhnen überreicht von



© 2007 Aids-Hilfe Schweiz, Bundesamt für Gesundheit

Redektion: Claire ComtelNoB Tshibangu, Aids-HifeSchweiz Zeichnungen: Jared Illustrations (Jared Muralt), Bern Grafik: 16a C Buda Labhart, Zürich Druck: Fotorotar AG, Egg 2H Auflage: 18'000 dHe