Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie

Bachelor Thesis

Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen für die Zielgruppe vulnerable MigrantInnen

---

Konzeptempfehlung für die Perspektive Thurgau

Autorin	Laura Spiri
Begleitperson	lic. phil. Esther Hanselmann
Praxispartner	Perspektive Thurgau Fachorganisation für Gesundheitsförderung, Prävention und Beratung
Eingereicht	an der Fachhochschule Nordwestschweiz Hochschule für Angewandte Psychologie
Jahr	Juni 2016

Vorwort und Danksagung

Ich möchte mich bei all jenen bedanken, welche dazu beigetragen haben, dass diese Arbeit entstehen konnte. Ein grosser Dank gilt Doris Grauwiler, welche mir als Auftraggeberin eine interessante Fragestellung und viel Freiheiten bei der Bearbeitung dieser Thematik entgegenbrachte. Meiner Begleitperson Esther Hanselmann danke ich ganz herzlich für ihre fachliche, persönliche und zielgerichtete Begleitung. Den Interviewten möchte ich herzlich danken, ohne sie wäre die Arbeit in dieser Form nicht möglich gewesen. Die Expertenmeinungen ermöglichten, das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten. Bei Jonas Kilchsperger möchte ich mich für die Korrektur der gesamten Arbeit bedanken. Mein Dank gilt auch meinem Partner, meiner Familie und meinen Freunden, welche mich im gesamten Prozess unterstützt haben.

Abstract

Die vorliegende Bachelor Thesis erarbeitet für die Perspektive Thurgau, Fachorganisation für Gesundheitsförderung und Prävention, eine Konzeptempfehlung, um vulnerable MigrantInnen für die Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) zu erreichen. Die Datenerhebung erfolgte mittels Dokumentenanalyse und Experteninterviews. Die eine Expertengruppe besteht aus einer Fachperson des Migrationsamtes sowie einer Expertin des Amtes für Gesundheit des Kantons Thurgau. Die andere Expertengruppe besteht aus Fachpersonen des Bereiches sexuelle Gesundheit aus unterschiedlichen Kantonen. Schulungen zu Themen der sexuellen Gesundheit werden in unterschiedlichen Settings, z.B. Asylzentren, Integrationsschulen oder Vereinen, unter Einbezug von kulturellen ÜbersetzerInnen, in den drei befragten Kantonen durchgeführt. Diese Vorgehensweise wird von der zweiten Expertengruppe wirksam beurteilt. Die Konzeptempfehlung bezieht sich auf den thematischen Ausbau eines bestehenden Programmes, sowie Schulungen in den Asylzentren und Durchgangsheimen.

Anzahl Zeichen (inkl. Leerzeichen, exkl. Anhang): 122’043

Stichworte: vulnerable MigrantInnen, Sexuelle Gesundheit, HIV/STI-Prävention

Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Danksagung

Abstract

Abkürzungsverzeichnis

Einleitung **1**

1. Praxispartner **3**

1.1 Perspektive Thurgau-die Organisation 3

1.2 Der Bereich Gesundheitsförderung und Prävention 4

1.3 Der Fachbereich sexuelle Gesundheit 5

2. Theoretischer Kontext **6**

2.1 Sexuell übertragbare Infektionen 6

2.1.1 HIV/Aids 6

2.1.2 Syphilis (Lues venera) 7

2.1.3 Chlamydien 7

2.1.4 Tripper (Gonorrhö) 8

2.1.5 Hepatitis 8

2.2 Fallzahlen in der Schweiz 9

2.3 HIV/STI-Prävention in der Schweiz 12

2.3.1 Praxisbezug 13

2.3.2 Vulnerable MigrantInnen 14

2.3.3 Zielgruppengerechte HIV/STI-Prävention 16

2.4 Sexuelles Risikoverhalten 17

2.4.1 Modelle des Gesundheitsverhaltens im HIV/STI-Kontext 17

2.4.2 Information-Motivation-Behavioral Skills Model 18

3. Methodik **22**

3.1 Dokumentenanalyse Methodenwahl 22

3.1.1 Fragestellung 23

3.1.2 Vorgehen 23

3.1.3 Auswertung 24
3.2 Experteninterviews Methodenwahl 24
3.2.1 Experteninterview 1 25
3.2.2 Experteninterview 2 27
4. Ergebnisse 30
4.1 Dokumentenanalyse 30
4.2 Experteninterview 1 32
4.3 Experteninterview 2 35
4.3.1 Kategorie-Vulnerable MigrantInnen 36
4.3.2 Kategorie-Zielsetzung 37
4.3.3 Kategorie-Schulungen 37
4.3.4 Kategorie Afri-Tische 38
4.3.5 Kategorie-Mediatoren-Ansatz 39
4.3.6 Die Kategorie-die weiteren Kategorien 40
5. Diskussion 42
5.1 Dokumentenanalyse 42
5.2 Experteninterview 1 42
5.3 Experteninterview 2 43
5.4 Methodische Aspekte 45
5.5 Fazit und Konzeptempfehlung 46
5.6 Ausblick 51
6. Literaturverzeichnis 52
7. Tabellenverzeichnis 58
8. Abbildungsverzeichnis 59
9. Anhang I

Abkürzungsverzeichnis

Aids

Acquired Immunodeficiency Syndrome/erworbenes Immunschwächesyndrom

APiS

Aidsprävention im Sexgewerbe

ARRM

Aids-Risk-Reduction-Model

HIV

Human Immunodeficiency Virus/Menschliches Immunschwäche-Virus

IDU

Injecting Drug User/ intravenös Drogenkonsumierende

IMB

Information-Motivation-Behavioral Skills Model

MSM

Männer die Sex mit Männern haben

NPHS

Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen

Rahmenkonzept MV

Rahmenkonzept Migration und Vulnerabilitätsfaktoren

STI

sexuell übertragbare Infektionen

TTM

Transtheoretisches Model

Z.

Zeile

Einleitung

Die HIV/Aids-Behandlung und Prävention konnte in den letzten 30 Jahren grosse Fortschritte erzielen. Dennoch leben weltweit zirka 34 Millionen Menschen mit dem HI-Virus. Besonders stark betroffene Regionen sind Subsaharaafrika, Russland, Osteuropa und Zentralasien (Aids-Hilfe Schweiz, 2012). Die Subsahara ist der südliche Teil der Sahara, 49 der 54 afrikanischen Staaten zählen dazu (Aids-Hilfe Schweiz, 2013). Aids ist global betrachtet die sechsthäufigste Todesursache (Weltgesundheitsorganisation, 2012). Im Jahr 2014 wurden in der Schweiz 519 HIV Diagnosen gestellt, dies sind 10% weniger im Vergleich zum Vorjahr. Nach einem leichten Anstieg im Jahr 2012 setzt sich der abnehmende Trend seit 2008 fort. Die Fallzahlen der anderen meldepflichtigen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) (Syphilis, Gonorrhö und Chlamydien) deuten 2014 auf eine Stabilisierung hin (Bundesamt für Gesundheit, 2015). Männer die Sex mit Männern haben (MSM), vulnerable MigrantInnen und Sexarbeiterinnen sind von HIV/STI besonders betroffen (Bundesamt für Gesundheit, 2010). Fast die Hälfte der heterosexuellen HIV-Übertragungen in der Schweiz betreffen die ausländische Wohnbevölkerung (Aids-Hilfe Schweiz, 2012). Vielfältige Faktoren beeinflussen die Gesundheit der MigrantInnen. Das Herkunftsland, die Migrationserfahrung und die Bedingungen im Aufnahmeland beeinflussen ihr Gesundheitsverhalten indirekt u.a. über Faktoren wie Sprache, Bildung, Einstellungen, Erfahrungen und Diskriminierung (Pfluger, Biedermann & Salis Gross, 2009).

Das Hauptziel dieser Arbeit ist für die Perspektive Thurgau, Fachorganisation für Gesundheitsförderung, Prävention und Beratung (nachfolgend Perspektive Thurgau genannt) ein Konzept zu erstellen, um vulnerable MigrantInnen für die HIV/STI-Prävention zu erreichen. Daraus ergeben sich folgende Hauptfragestellungen:

A.1. Wie können vulnerable MigrantInnen in der Schweiz für die HIV/STI-Prävention erreicht werden?

A.2. Welches Vorgehen für die HIV/STI-Prävention vulnerabler MigrantInnen kann der Perspektive Thurgau empfohlen werden?

Gemäss *Leistungsvereinbarung* mit dem Kanton Thurgau benötigt die Perspektive Thurgau eine Strategie, um vulnerable MigrantInnen für die HIV/STI-Prävention zu erreichen (Kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht, 2014). Das vom Bundesamt für Gesundheit (2016a) erarbeitete *Rahmenkonzept Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+ für die HIV/STI*-Prävention *(Rahmenkonzept MV)* (siehe Punkt 2.3.3) und

das *Nationale Programm für HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011-2017* (NPHS 2011-2017) geben die Strategie für die Umsetzung vor (Bundesamt für Gesundheit, 2010). Für dieses Vorgehen lassen sich somit zwei Hypothesen ableiten:

1. Der MediatorInnen-Ansatz eignet sich für die HIV/STI-Prävention von vulnerablen MigrantInnen im Kanton Thurgau.
2. Das bewährte Vorgehen aus anderen Kantonen bezüglich HIV/STI-Prävention von vulnerablen MigrantInnen kann für den Kanton Thurgau empfohlen werden.

Mediation bezieht sich auf die Vermittlungsposition im Kommunikationsprozess zwischen AdressantIn und AdressatIn (Beaussacq, 2016). Anhand der Literaturrecherche und der Dokumentenanalyse wird die bisherige Vorgehensweise in der Schweiz untersucht. Mittels Experteninterviews wird erhoben, welches Vorgehen der Perspektive Thurgau empfohlen werden kann. Die Arbeit fokussiert sich auf Programme, welche vulnerable MigrantInnen für die HIV/STI-Prävention erreichen. Die Frage nach Besonderheiten und Bedürfnissen der Migrationsbevölkerung ausgerichtet auf den Kanton Thurgau, kann nicht eigenständig erhoben werden. Bedürfnis wird definiert als den subjektiv erlebten Mangel einer Person aus einer bestimmten Gruppe oder einem Setting (Kolip, Ackermann, Ruckstuhl & Studer, 2012).

Die Arbeit gliedert sich gesamthaft in fünf Hauptkapitel. Das nachfolgende Kapitel *Praxispartner* ermöglicht einen Überblick über die Organisationsstruktur und den Aufgabenbereich der Perspektive Thurgau. Das darauffolgende Kapitel *Theoretischer Kontext* betrachtet die sexuell übertragbaren Infektionen, die aktuellen Fallzahlen in der Schweiz, die Besonderheiten sowie die Herausforderungen der Zielgruppe. Das Information-Motivation-Behavioral Skills Model, welches die Verhaltensveränderung in Bezug auf das Risikoverhalten (ungeschützter Geschlechtsverkehr) erklärt, wird beschrieben. Das Kapitel drei *Methodik* handelt von der Begründung des methodischen Vorgehens. Im vierten Kapitel *Ergebnisse* werden die gewonnenen Resultate dargestellt. Das letzte Kapitel *Diskussion* befasst sich mit der Interpretation der Ergebnisse, woraus sich die Konzeptempfehlung für die Perspektive Thurgau ableiten lässt. Der Ausblick bildet den Abschluss dieser Arbeit.

1. Praxispartner

Der Praxispartner dieser Bachelor Thesis ist die Perspektive Thurgau. Die Fragestellung dieser Arbeit bezieht sich auf den Fachbereich HIV/STI-Prävention, welcher dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention angegliedert ist.

1.1 Perspektive Thurgau-die Organisation

Die Perspektive Thurgau ist eine Non-Profit-Organisation und erbringt Dienstleistungen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, Mütter- und Väterberatung, Paar-, Familien- und Jugendberatung sowie Suchtberatung. Der Leitgedanke der Perspektive Thurgau ist „bewährte Dienstleistungen aus einer Hand“ anzubieten (van Grinsven, 2015, S. 2), weil innerhalb der Organisation koordinierte Dienstleistungen für die EinwohnerInnen des Kantons Thurgau angeboten werden. Die Perspektive Thurgau ist in ihrer Rechtsform als *Gemeindezweckverband* organisiert, eine öffentlich-rechtliche Körperschaft, mit Sitz in Frauenfeld. Mitglied des Zweckverbandes sind alle 80 politischen Gemeinden des Kantons Thurgau sowie ein Teil der Schul- und Kirchgemeinden (van Grinsven, 2015). Im Folgenden wird das Organigramm dargestellt:

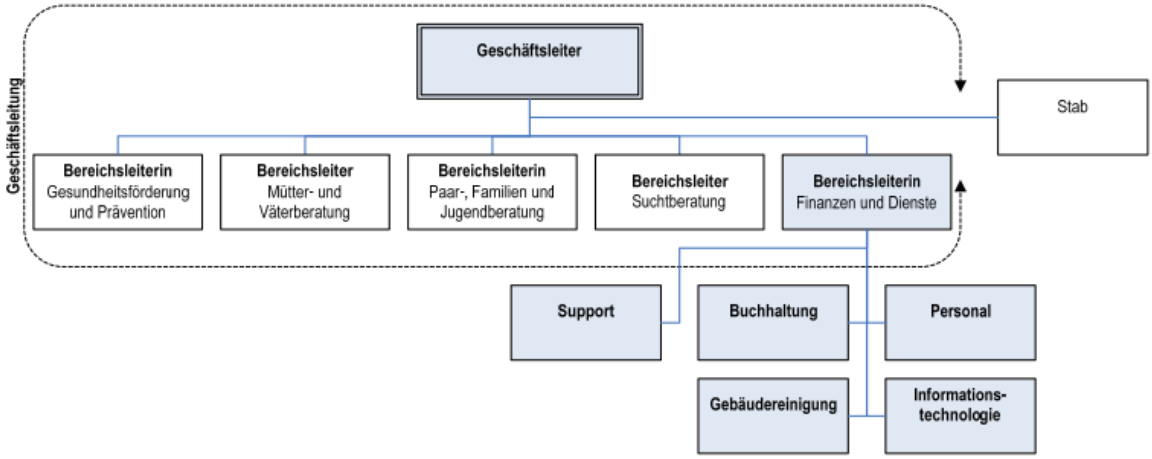

Abbildung 1 Organigramm der Perspektive Thurgau, van Grinsven, 2015, S. 15

Die Abbildung 1 verdeutlicht die Organisationsstruktur. Dem Geschäftsleiter sind die fünf Bereichsleitungen der verschiedenen Fachbereiche und die Mitarbeitenden mit Stabsfunktion direkt unterstellt. Die fünf Bereichsleitungen sind für die Mitarbeitenden des jeweiligen Bereiches zuständig. Die Geschäftsleitung setzt sich aus dem Geschäftsleiter und den fünf Bereichsleitungen zusammen. Der Geschäftsleiter trägt die Verantwortung für die Zusammenarbeit mit dem Vorstand, den Gemeinden, dem Kanton und der weiteren Öffentlichkeit (van Grinsven, 2015). Die Perspektive Thurgau ist Hauptvertragspartner des Kantons Thurgau, die Zusammenarbeit ist in einer Leistungsvereinbarung festgehalten. Der Kanton Thurgau wird durch das Departement Finanzen und Soziales und durch den Regierungsrat vertreten. Der Auftrag leitet sich aus der Kantonsverfassung (Verfassung des Kantons Thurgau, 2013) (§ 68, Abs. 1 Kanton und Gemeinden fördern die Gesundheit der Bevölkerung*)* und aus dem *Gesundheitsgesetz (Gesundheitsgesetz [GG], 2014)* (§ 39, Abs. 1-6 Verbundaufgabe von Kanton und Gemeinden) ab. Die Finanzierung der Perspektive Thurgau wird durch den Kanton und die Gemeinden, durch die Einnahmen aus entgeltlicher Tätigkeit und Spenden, oder Beiträge durch fördernde Mitglieder gewährleistet (van Grinsven, 2015).

1.2 Der Bereich Gesundheitsförderung und Prävention

Der Bereich Gesundheitsförderung und Prävention unterstützt Gemeinden, Schulen, Familien und Betriebe sowie Einzelpersonen dabei, gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitsbedingungen zu schaffen und aufrecht zu erhalten (van Grinsven, 2015). Der Bereich orientiert sich an der Ziel- und Handlungskaskade, welche sich aus den zentralen Zielen der Ottawa-Charta (Weltgesundheitsorganisation, 1986), den nationalen Gesundheitszielen 2020 (Bundesamt für Gesundheit, 2013) und den kantonalen Zielen Gesundheitsförderung Thurgau 2009-2016 (Regierungsrat des Kantons Thurgau, 2009), zusammensetzt. Gestützt auf die übergeordneten Ziele lassen sich lokale Ziele der Gemeinden, Schulen, Betriebe und der Familie ableiten. Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung bildet die Grundlage, um „[…] allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen […]“ (Weltgesundheitsorganisation, 1993, S. 1). Der Bereich Gesundheitsförderung und Prävention setzt das kantonale Konzept Gesundheitsförderung und Prävention (Regierungsrat des Kantons Thurgau, 2009) um. Die Umsetzung des Auftrages erfolgt in einem definierten Setting, welches auf das jeweilige Projekt bezogen ist und unter Einhaltung der Leistungsvereinbarung zwischen dem Kanton Thurgau und der Perspektive Thurgau (Kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht, 2014). Setting beschreibt ein abgegrenztes

sozialräumliches System, in welchem Menschen leben. Dies beeinflusst die Gesundheit von Einzelnen und Gruppen (Kolip et al., 2012). Der Bereich Gesundheitsförderung und Prävention beinhaltet unterschiedliche Fachbereiche, unter anderem Femmes-Tische, Jugendschutz-Alkoholprävention oder Familie und Gesundheit. Femmes-Tische ist ein evaluiertes, nationales Programm im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, welches vor allem Frauen aus unterschiedlichen Kulturen zusammen bringt, um untereinander in einem privaten oder institutionellen Rahmen über Gesundheit, Erziehung und Prävention zu sprechen (Geschäftsstelle Femmes-Tische Schweiz, 2016). Die genannten, sowie die weiteren Fachbereiche, werden in dieser Arbeit nicht detailliert dargestellt.

1.3 Der Fachbereich sexuelle Gesundheit

Der Fachbereich sexuelle Gesundheit setzt sich ein, dass die Thurgauer Bevölkerung ihre Bedürfnisse und Rechte bezüglich Sexualität wahrnehmen und umsetzen können. Der Fachbereich lässt sich in zwei Bereiche unterteilen. Die Sexualpädagogik, welche den Volksschulen des Kantons Thurgau für sexualpädagogische Schuleinsätze zur Verfügung steht, sowie die HIV/STI-Prävention, welche sich für die HIV/STI-Prävention von Einzelpersonen, Risikogruppen und HIV/Aids Betroffenen einsetzt (Kanton Thurgau, 2015).

2. Theoretischer Kontext

Im nachfolgenden Abschnitt werden sexuell übertragbare Infektionen, die aktuellen Fallzahlen und die Präventionsstrategien in der Schweiz erläutert. Modelle des Gesundheitsverhaltens spezifisch im HIV/STI-Kontext werden beschrieben, um das Risikoverhalten im Zusammenhang mit HIV/STI erklären zu können. Abschliessend wird die Zielgruppe, vulnerable MigrantInnen, im Zusammenhang mit der HIV/STI-Prävention betrachtet.

2.1 Sexuell übertragbare Infektionen

Sexuell übertragbare Infektionen werden durch sexuelle Kontakte übertragen. In gewissen Fällen ist eine Übertragung über die Blutbahn, während der Schwangerschaft oder unter der Geburt, von der Mutter auf das Kind möglich (Bundesministerium für Gesundheit, 2016). Das Einhalten der Safer Sex-Regeln schützt vor einer Ansteckung mit HIV und vermindert das Risiko einer Infektion mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Die Safer Sex-Regeln sind nachfolgend abgebildet (Bundesamt für Gesundheit, 2016b).

1. Beim eindringenden Verkehr immer Präservative verwenden
2. Kein Sperma in den Mund, kein Sperma schlucken, kein Menstruationsblut in den Mund, kein Menstruationsblut schlucken
3. Bei Jucken, Ausfluss oder Schmerzen im Genitalbereich umgehend zum Arzt

2.1.1 HIV/Aids

Das menschliche Immunschwäche Virus (HIV) wird den Retroviren zugeordnet. In Sekreten der rektalen Schleimhaut, im Blut, Sperma, Vaginalsekret und Eiter ist eine hohe Konzentration der HI-Viren vorhanden. Gelangt diese Flüssigkeit in den Körper einer anderen Person, ist eine HIV Infektion möglich (Hartl, Schmidt, Stoeter & Wiessner, 2012). In dieser Phase kann das Virus somit rasch weitergegeben werden. Je höher die Viruslast im Blut, desto grösser ist die Infektiosität (Hartl et al., 2012). Der Verlauf einer HIV Infektion ist bei jeder Person unterschiedlich. Kurz nach der Infektion vermehren sich die Viren rasant. Wenn die Viruslast im Blut ansteigt, können unspezifische Symptome (sog. Primoinfektion, z.B. Fieber, Müdigkeit, Kopf- und Gelenkschmerzen, Hautausschlag) auftreten. Die Symptome klingen meist nach 7-10 Tagen wieder ab, es besteht die Gefahr, dass diese Symptome als grippaler Infekt betrachtet werden (ebd., 2012). Die Ansteckung führt zu einer immunologischen Abwehrreaktion, dabei werden Antikörper gegen das HI-Virus gebildet. Danach folgt ein symptomfreies oder symptomarmes Stadium, welches Monate bis Jahre ge-

hen kann. Unbehandelt vermehrt sich das Virus weiter und schädigt das Immunsystem und die inneren Organe. Im Verlauf zeigen sich HIV Infektionen häufig als unspezifische Störungen des Allgemeinzustandes, wie Veränderungen an Haut und Schleimhäuten, Fieberschübe und erhöhte Anfälligkeit für Infekte. Wenn das Immunsystem stark geschädigt ist, treten in der letzten Phase opportunistische Infektionen auf, z.B. die chronische Lungenentzündung. Opportunistische Infektionen treten auf, wenn das Abwehrsystem durch andere Erkrankungen geschwächt werden, daraus entwickelt sich ein lebensbedrohlicher Zustand. In dieser Phase der Erkrankung wird von Aids (Acquired Immunodeficiency Syndrome) gesprochen. Übersetzt bedeutet dies erworbenes Immundefektsyndrom (Hartl et al., 2012). HIV ist mittels antiretroviraler Therapie behandelbar, jedoch kann die Infektion nicht geheilt werden. Durch die medikamentöse Behandlung kann das Voranschreiten der Erkrankung aufgehalten und das Auftreten eines schweren Immundefekts verhindert oder herausgeschoben werden (Hartl et al., 2012).

2.1.2 Syphilis (Lues venera)

Syphilis ist eine sexuell übertragbare, bakterielle Infektion, welche meist über kleine Läsionen an den Schleimhäuten erfolgt. Syphilis kann durch Anal-, Vaginal-, Oralverkehr, beim Petting und beim Küssen übertragen werden. Erste Krankheitszeichen sind rote Flecken, Knoten oder Geschwüre, welche an Anus, Scheide oder im Rachen auftreten. Diese ersten Symptome werden häufig nicht erkannt, da sie nicht schmerzhaft sind. Durch die konsequente Verwendung des Präservativs während dem Geschlechtsverkehr, dem konsequenten Schutz mittels Kondom, Latex Handschuhe oder Dental Dam (ein hauchdünnes Latextuch) während dem Oralverkehr, kann das Risiko einer Infektion vermindert werden. Syphilis verläuft unbehandelt in verschiedenen Stadien, das dritte und letzte Stadium kann schwerwiegende Folgen mit sich bringen. Syphilis kann mittels Antibiotika behandelt werden (Hartl et al., 2012).

2.1.3 Chlamydien

Die Chlamydien Infektion ist weit verbreitet, betroffen sind meist junge Frauen und Männer unter 25 Jahren. Die Infektion verläuft häufig symptomlos oder symptomarm. Falls Beschwerden auftreten, äussern sich diese durch Schmerzen, Brennen oder Ausfluss während dem Urinlösen. Eine unbehandelte Chlamydien Infektion kann bei Frauen zu Unterleibsentzündungen und zur Unfruchtbarkeit führen. Die Verwendung von Kondomen wäh-

rend dem Geschlechtsverkehr reduziert das Risiko einer Chlamydien Infektion. Mittels Antibiotika kann die Infektion behandelt werden (Hartl et al., 2012).

2.1.4 Tripper (Gonorrhö)

Gonokokken-Bakterien sind die Verursacher der Tripper Infektion. Eine Schleimhautbesiedlung durch Gonokokken führt zu Entzündungen, welche sich durch Juckreiz, Brennen und Ausfluss bei der männlichen Harnröhre äussert. Die Infektion von anderen Schleimhäuten verläuft meist symptomlos oder durch unspezifische Symptome. Bei Frauen können sich Beschwerden durch Schmerzen beim Urinlösen, häufiger Harndrang und Ausfluss äussern. Tripper ist hoch ansteckend, weil Bakterien durch Anal- Vaginal-, Oralverkehr und über Finger und Hände übertragen werden können. Kondome während dem Vaginal- und Analverkehr, sowie Kondome oder Dental Dams während dem Oralverkehr verringern das Risiko einer Infektion. Tripper kann mittels Antibiotika behandelt werden. Ohne Behandlung besteht bei Männern und Frauen die Gefahr einer Unfruchtbarkeit (Hartl et al., 2012).

2.1.5 Hepatitis

Hepatitis ist eine durch Viren ausgelöste Leberentzündung. Es wird zwischen Hepatitis A, B und C unterschieden. Durch eine Impfung können Hepatitis A und B verhindert werden, gegen Hepatitis C besteht kein Impfschutz (Hartl et al., 2012). Hepatitis A wird fäkal-oral (Viren werden über den Darm ausgeschieden und über den Mund aufgenommen), durch Geschlechtsverkehr (direkte oder indirekte Übertragung) oder durch Schmierinfektion, z.B. über verunreinigte Lebensmittel und Trinkwasser, übertragen (ebd., 2012). Der Hepatitis A Virus führt zu einer akuten Leberentzündung, die Infektion hinterlässt Immunität. Hepatitis B wird über das Blut, z.B. intravenöser Drogenkonsum oder durch Körperflüssigkeiten (genital, anal oder oral) übertragen. Bei Erwachsenen mit intaktem Immunsystem wird die Infektion in 5-10% der Fälle chronisch. Da das Virus sehr stabil ist, kann es ausserhalb des Körpers mehrere Tage infektiös sein. Die Übertragung von Hepatitis C erfolgt über das Blut, meist beim intravenösen Drogenkonsum. Eine unbehandelte Hepatitis C wird meist chronisch und kann zu Leberzirrhose oder Leberkrebs führen (Hartl et al., 2012).

2.2 Fallzahlen in der Schweiz

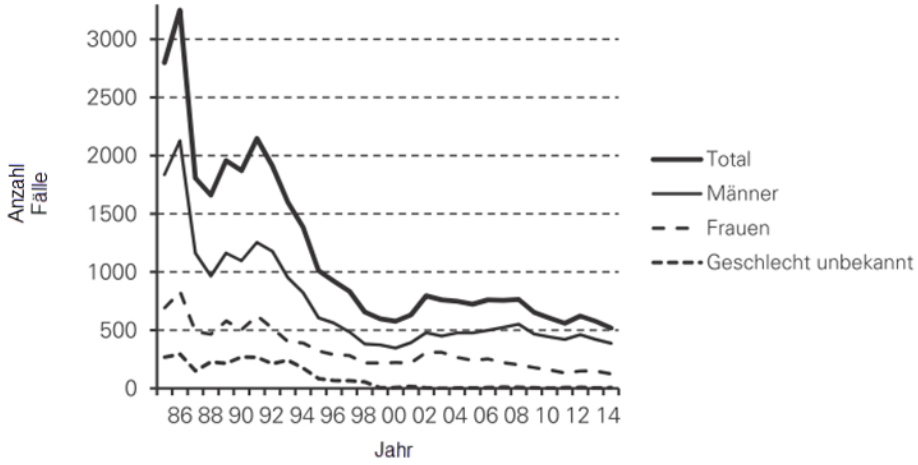

Abbildung 2 **HIV-Meldungen nach Geschlecht und Jahr, 1985–2014, Bundesamt für Gesundheit, 2015, S. 342**

Abbildung 2 zeigt, dass seit Beginn der HIV-Epidemie mehr Männer als Frauen von einer HIV Infektion betroffen waren. 2014 wurden in der Schweiz insgesamt 519 HIV-Diagnosen gemeldet, dies sind 10% weniger im Vergleich zum Vorjahr. Nach einem Anstieg im Jahr 2012 ist dies in den letzten Jahren die zweite Abnahme in Folge. Aus dem Verhaltensmonitoring wird deutlich, dass sich die Kondomverwendung in allen Zielgruppen gut etabliert hat (Bundesamt für Gesundheit, 2015). Die abnehmende Tendenz lässt sich seit 2008 beobachten und scheint sich nun fortzusetzen. Der Anstieg im Jahr 2012 ist vor allem auf einen Anstieg bei MSM zurückzuführen (Bundesamt für Gesundheit, 2015).

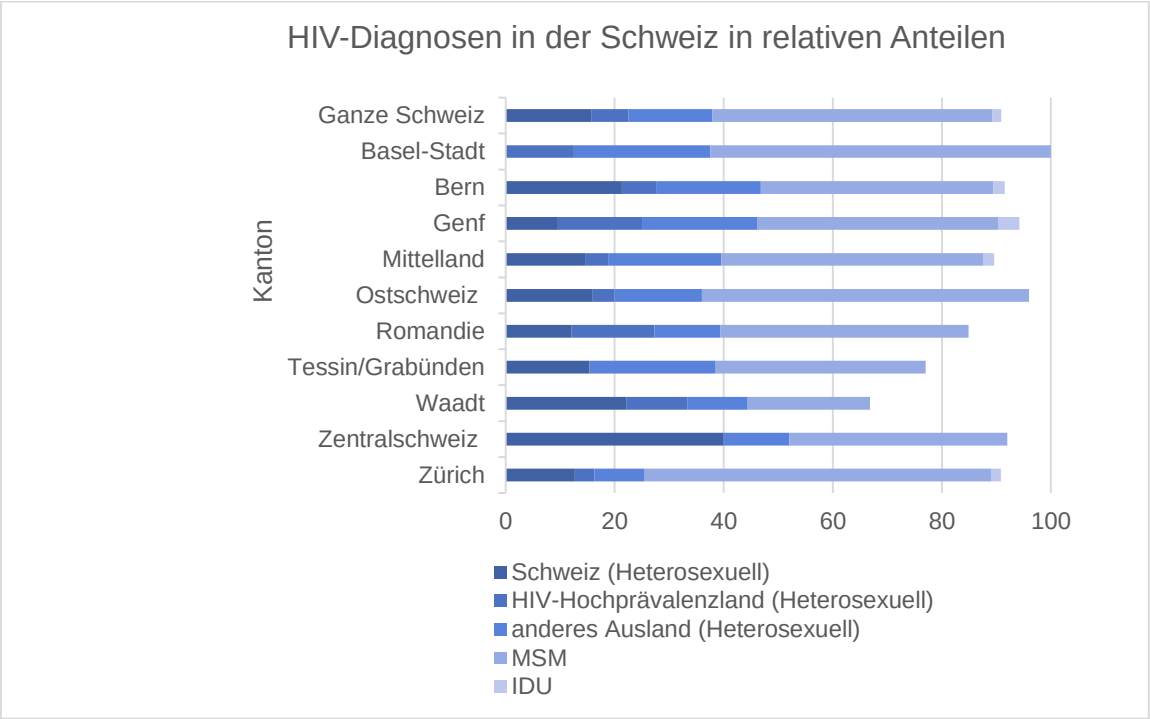

Abbildung 3 **HIV-Diagnosen in der Schweiz, unterteilt nach Ansteckungswegen, eigene Darstellung in Anlehnung an das Bundesamt für Gesundheit, 2015**

Die Abbildung 3 zeigt, die Verteilung der HIV Diagnosen in relativen Anteilen, unterteilt nach Ansteckungsweg. In der Abbildung werden heterosexuelle Übertragungen weiter unterteilt nach Nationalität. In der Romandie (15,2%), in Genf (15,4%) und in Waadt (11.1%) sind die HIV-Diagnosen bei heterosexuellen Personen aus HIV-Hochprävalenzländern besonders häufig, in der Ostschweiz ist der Prozentsatz deutlich geringer (4%). Bei heterosexuellen Übertragungen bei Personen aus dem übrigen Ausland liegt die Ostschweiz mit 16% leicht über dem Durchschnitt der gesamten Schweiz. Die Unterschiede in den Kantonen sind seit Jahren relativ stabil (Bundesamt für Gesundheit, 2015). In der Schweiz betrifft 50% der HIV-Fälle die Gruppe MSM. 56% der neu diagnostizierten MSM sind Schweizer, 25% stammen aus Europa, 4.2% aus Hochprävalenzländern und 13.9% besitzen eine andere/unbekannte Nationalität.

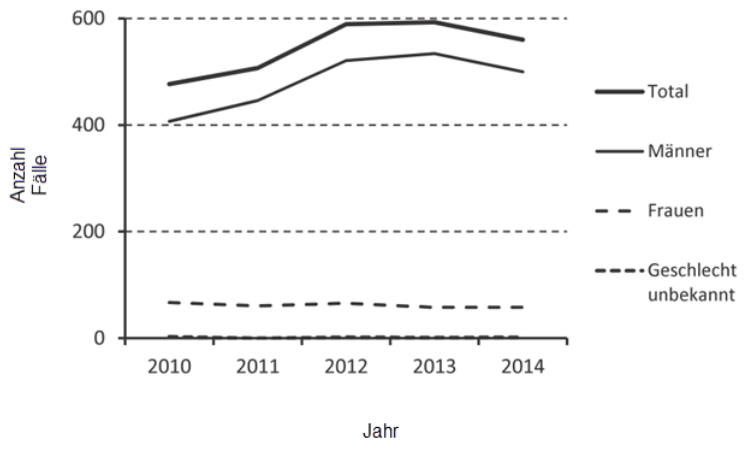

Abbildung 4 **Syphilis Fälle nach Geschlecht und Jahr, Bundesamt für Gesundheit, 2015, S. 350**

Die Abbildung 4 zeigt, dass 560 bestätigte Syphilis-Fälle im Jahr 2014 gemeldet wurden, dies sind ca. 6% weniger im Vergleich zum Vorjahr. Da erfahrungsgemäss die ärztlichen Ergänzungsmeldungen beim BAG verspätet eintreffen, wird mit einer Stabilisierung auf hohem Niveau gerechnet (Bundesamt für Gesundheit, 2015). Bei Männern wird Syphilis öfters diagnostiziert als bei Frauen, 90% der Fälle betrafen Männer. MSM sind stärker betroffen als heterosexuelle Männer, MSM machten mehr als die Hälfte (54%) der erfassten Fälle aus (Bundesamt für Gesundheit, 2015).

2014 wurden 1544 Tripper Fälle gemeldet, dies sind 4% weniger als im Vorjahr. 44% der gemeldeten Gonorrhö Fälle wurden bei heterosexuellen Personen verzeichnet. 28% der Fälle betrafen MSM, bei den restlichen 28% waren keine Angaben der Übertragungswege vorhanden (Bundesamt für Gesundheit, 2015).

2.3 HIV/STI-Prävention in der Schweiz

Das nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011-2017 bündelt die Interventionen für die Prävention in drei Achsen. Dies ist in der nachfolgenden Abbildung 5 ersichtlich. Jede Achse betrifft eine bestimmte Bevölkerungsgruppe, die Einteilung erfolgt nach Prävalenz und Vulnerabilität (Verletzlichkeit) (Bundesamt für Gesundheit, 2010).

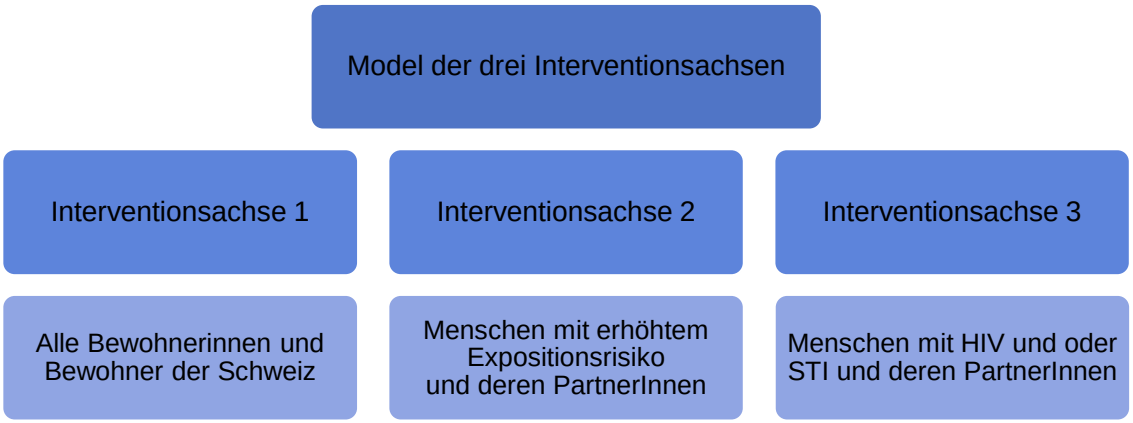

Abbildung 5 Interventionsachsen, eigene Darstellung in Anlehnung an das Bundesamt für Gesundheit, 2010

Die Achse 1 zielt darauf ab, ein hohes Schutzverhalten (Safer Sex), in der Allgemeinbevölkerung aufrecht zu erhalten. Laut Bundesamt für Gesundheit (2010) soll vermittelt werden, dass HIV und STI nach wie vor ein Problem darstellen. Die Bevölkerung soll sensibilisiert werden, sich während Risikokontakten mittels Einhaltung der Safer Sex-Regeln vor HIV/STI zu schützen. Die zweite Achse möchte die weitere Ausbreitung von HIV/STI bei sexuell aktiven Menschen mit einem erhöhten Expositionsrisiko, bei MSM, MigrantInnen, Sexarbeiterinnen, intravenös Drogenkonsumierenden und Gefängnisinsassen, aufhalten. Die dritte Achse richtet sich an Menschen mit HIV/STI und deren PartnerInnen. Die Infektiosität der Betroffenen soll rasch eliminiert oder kann auf das kleinstmögliche Mass reduziert werden. Infektionen in Partnerschaften sollen vermieden werden (Bundesamt für Gesundheit, 2010). Das nationale Programm verfolgt das Ziel, die Infektionsrate zu senken. Um dies zu erreichen, werden laut Bundesamt für Gesundheit (2010) die bewährten Präventionsmassnahmen weitergeführt, ebenso die Sensibilisierungskampagnen für die ganze Bevölkerung, Sexualerziehung an den Schulen, sowie zielgruppenspezifische Angebote (Bundesamt für Gesundheit, 2010).

2.3.1 Praxisbezug

Die nachfolgende Tabelle 1 visualisiert die Programme des Fachbereichs HIV/STI-Prävention der Perspektive Thurgau, welche den jeweiligen Interventionsachsen zugeordnet werden (Kanton Thurgau, 2015).

Tabelle 1 Programme der HIV/STI-Prävention der Perspektive Thurgau, eigene Darstellung

Programme	Beschreibung	Interventions-achse	Programm vorhanden
HIV-Test, Beratungen	Anonymer HIV-Test inkl. Beratung, Anonyme Beratungen	Achse 1	Ja
Sensibilisierungskampagne am Openair Frauenfeld	Aktivitäten, Auseinandersetzung mit dem Thema sexuelle Gesundheit, Abgabe von Kondomen	Achse 1	Ja
Informationsveranstaltungen	Schulungen zum Thema sexuelle Gesundheit, insbesondere HIV/STI-Prävention	Achse 1	Ja
APiS (Aidsprävention im Sexgewerbe)	Aufsuchende Arbeit mittels MediatorInnen-Ansatz. Sexarbeiterinnen erhalten vor Ort Beratung, Information und Präventionsmaterial, sowie weiterführende Beratungen.	Achse 2	Ja
HIV/STI-Prävention im Bereich MSM	Mitwirkung an den nationalen Kampagnen „Break the chains", „Syphilis- Testwochen"	Achse 2	Ja
Hygiene- und Spritzenautomaten im Kanton Thurgau	Sterile Spritzen-Sets (Flash-Set) und Kondome können bezogen werden und schützen intravenös Drogenkonsumierende (IDU) vor einer HIV/STI-Ansteckung.	Achse 2	Ja
HIV-STI-Prävention für vulnerable MigrantInnen	Einmalige Schulung für Fachpersonen in Asylzentren	Achse 2	Nein
Beratungen für HIV/Aids-Betroffene	Beratungen für HIV/Aids Betroffenen und deren Angehörigen zu vielfältigen Themenschwerpunkten	Achse 3	Ja

Somit kann festgestellt werden, dass der Bereich HIV/STI-Prävention der Perspektive Thurgau alle drei Interventionsachsen berücksichtigt. Das Angebot auf der Interventionsachse zwei richtet sich bisher an MSM, IDU und Sexarbeiterinnen (Waider, 2014). Die Tabelle verdeutlicht, dass ein zielgruppengerechtes Angebot für vulnerable MigrantInnen bisher unvollständig umgesetzt wurde. Es wird ersichtlich, dass diese Zielgruppe im Kanton Thurgau ein Angebot benötigen, um sie für die HIV/STI-Prävention zu erreichen, damit alle drei Achsen des nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011-2017 abgedeckt sind. Ausserdem kann dieser Bedarf aus der Statistik der Ostschweiz abgeleitet werden (siehe 2.1). Der Bedarf resultiert aus dem fachlich begründeten und wissenschaftlich hinterlegten Mangel in bestimmten Gruppen/Settings (Kolip et al., 2012). Von den gemeldeten HIV-Fällen im Kanton Thurgau stammen 16% der Heterosexuellen aus dem anderen Ausland und 4% aus HIV-Hochprävalenzländern. Zusammen übersteigt dies den Prozent-Anteil der Schweizer Bevölkerung (16%). Bei der Risikogruppe MSM stammen 25% aus Europa, 4.2% aus Hochprävalenzländern und 13.9% aus anderen/unbekannten Ländern (Bundesamt für Gesundheit, 2015). Dies rechtfertigt u.a., dass für vulnerable MigrantInnen ein Angebot konzipiert wird.

2.3.2 Vulnerable MigrantInnen

In der Schweiz lebende MigrantInnen sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung von einigen Krankheiten häufiger betroffen. Dies gilt auch für HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (Guggisberg et al., 2011). Der Begriff Migrantin und Migrant wird im Rahmenkonzept MV +2016 für in der Schweiz lebende Personen mit Migrationshintergrund verwendet, unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit (Bundesamt für Gesundheit, 2016a). Die Migrationssituation beeinflusst die Gesundheit meist indirekt. Die prekäre persönliche, soziale, wirtschaftliche, politische und rechtliche Situation der MigrantInnen kann zu einem riskanteren Gesundheitsverhalten führen (Bundesamt für Gesundheit, 2016a). Sprachbarrieren führen dazu, dass viele MigrantInnen das Gesundheitssystem in ihrem Heimatland nutzen und nicht in ihrem Aufenthaltsland. Meist wissen sie nicht, wie das Gesundheitssystem im Aufnahmeland funktioniert, ausserdem haben sie häufig zu wenig Vertrauen in das ihnen nicht bekannte Gesundheitssystem (Hughes & Foschia, 2004). Es bestehen unterschiedliche gesundheitliche Gefährdungen, nicht alle MigrantInnen sind gleichermassen davon betroffen. Der Schwerpunkt in der HIV/STI-Prävention liegt auf MigrantInnen, welche in diesem Bereich spezielle Massnahmen benötigen. Dies wiederum hängt von ihrer Vulnerabilität ab (Bundesamt für Gesundheit, 2016a). Vulnerabilität kommt aus dem lateinischen „vulnus“ und heisst wörtlich übersetzt „Wunde“, was so viel wie Verwundbarkeit, Verletzlichkeit

bedeutet. Die Anfälligkeit an einer bestimmten Krankheit zu erkranken wird mit Vulnerabilität beschrieben. Vulnerabilität entsteht, wenn Belastungen und Risiken aus der persönlichen und sozialen Umwelt des Individuums nicht oder nur teilweise bewältigt werden können. Meist führen unterschiedliche Vulnerabilitätsfaktoren dazu, dass eine Person oder eine Gruppe vulnerabel ist (Bundesamt für Gesundheit, 2016a). Die grössere Zahl der Migrationsbevölkerung in der Schweiz befindet sich gleichberechtigt auf dem Arbeitsmarkt und weist keine sozialrechtlich relevanten Benachteiligungen auf (Bundesamt für Gesundheit, 2016a). Im Bereich der irregulären Migration, bei Personen mit einer temporären Aufenthaltsbewilligung und im Asylbereich kann von einer vulnerablen Bevölkerungsgruppe gesprochen werden. 8 bis 12% aller AusländerInnen in der Schweiz werden aufgrund ihrer wirtschaftlich und gesetzlich schlechter gestellten Situation in der Schweiz als vulnerabel bezeichnet. Dies macht 2 bis 3% der Gesamtbevölkerung aus (Cattacin & Chimienti, 2008).

MigrantInnen weisen ein erhöhtes Risiko auf, sich mit HIV zu infizieren (Bundesamt für Gesundheit, 2016a). Besonders vulnerabel in Bezug auf HIV/STI sind MigrantInnen, welche aus einem Land stammen, in dem HIV/STI weit verbreitet ist, SexarbeiterInnen, Männer die Sex mit Männern haben, intravenös Drogenkonsumierende, Transmenschen und Menschen ohne legale Aufenthaltsbewilligung oder mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus. Dies sind primäre Vulnerabilitätsfaktoren, d.h. Bedingungen, welche Menschen verletzlicher gegenüber HIV und anderen STI machen (Bundesamt für Gesundheit, 2016a). Personen aus Hochprävalenzländern sind häufiger von HIV und/oder anderen STI betroffen. Ein erhöhtes Risiko gegenüber HIV/STI besteht meist auch, wenn sie sich im Herkunftsland nicht infiziert haben. SexarbeiterInnen sind aufgrund der hohen Anzahl an sexuellen Kontakten einem erhöhten Risiko für HIV/STI ausgesetzt. Ausserdem lassen sich SexarbeiterInnen in prekären finanziellen Situationen eher auf ungeschützten Geschlechtsverkehr ein, um dadurch ihre finanzielle Situation zu verbessern (Guggisberg et al., 2011). In westlichen Ländern auch in der Schweiz gehören MSM zur Gruppe mit erhöhter HIV/STI Prävalenz. Für Migranten der Gruppe MSM, kann es schwierig sein ihre sexuelle Orientierung offen zu leben, weil dies von ihrer Gemeinschaft (Community) teilweise tabuisiert wird. Dies kann sich negativ auf ihr Schutzverhalten auswirken. Die HIV-und Hepatitis Prävalenzen sind bei intravenösem Drogenkonsum erhöht. Zum einen weil intravenöser Drogenkonsum das Schutzverhalten bei sexuellen Kontakten beeinflussen kann, zum anderen besteht bei gemeinsamer Benutzung derselben Spritzen das Übertragungsrisiko für HIV und Hepatitis. Transmenschen sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger von HIV/STI betroffen. Dies ist von vielfältigen Faktoren abhängig. Eine relativ hohe Zahl der Transmenschen mit Migrationshintergrund sind im Sexgewerbe tätig. Ausserdem gibt es Transmenschen, welche eher zögerlich mit dem Gesundheitssystem in Kontakt sind, weil dieses ihren spezi-

fischen Bedürfnissen nicht vollständig gerecht wird (Bundesamt für Gesundheit, 2016a). Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (1986, S. 1-2) definiert die Voraussetzung für Gesundheit folgendermassen: „Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit“. Die Verbesserung des eigenen Gesundheitszustands ist an diese Bedingungen gebunden. Damit wird deutlich, dass die Migrationsbevölkerung in einigen Faktoren benachteiligt ist, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in der Schweiz (Weltgesundheitsorganisation, 1986).

2.3.3 Zielgruppengerechte HIV/STI-Prävention

Die Vision des Rahmenkonzepts MV des Bundesamts für Gesundheit (2016a, S. 9) lautet: „In der Schweiz können Menschen mit Migrationshintergrund – insbesondere jene, die besonders vulnerabel gegenüber HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sind – selbstbestimmt und verantwortungsbewusst eine unbeschwerte, risikoarme Sexualität leben“. Das Rahmenkonzept MV 2016+ stützt sich auf das NPHS 2011-2017 und definiert bei vulnerablen MigrantInnen aus Hochprävalenzländern (siehe 2.3 HIV/STI-Prävention) den Schwerpunkt der HIV/STI-Prävention. Das Rahmenkonzept beschreibt Massnahmen der Verhältnis- und Verhaltensprävention, welche bei vulnerablen MigrantInnen notwendig sind, um die Zielgruppe in der Prävention zu unterstützen. Verhältnisprävention zielt darauf ab das Wissen, die Einstellung, die Motivation und das Verhalten einer Person oder einer Zielgruppe zu beeinflussen. Verhaltensprävention hingegen setzt sich mit den strukturellen Rahmenbedingungen der Menschen auseinander (Sucht Schweiz, 2013). Die zielgruppengerechte HIV/STI-Prävention möchte Menschen befähigen, Kompetenzen zu erwerben, um sinnvolle Entscheidungen im Umgang mit ihrer Gesundheit und Krankheit zu treffen. Dies kann sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken. Ausserdem soll ein spezifisches Testkonzept erfolgen, um vulnerable MigrantInnen für HIV/STI-Tests zu erreichen (Bundesamt für Gesundheit, 2010).

<u>Zwischenfazit</u>

Die Autorin stellt fest, dass unterschiedliche Konzepte verwendet werden, um die Zielgruppe vulnerable MigrantInnen zu erreichen. Welches Konzept für den Kanton Thurgau empfohlen werden kann, ist unter anderem von wirtschaftlichen, politischen und demographischen Faktoren abhängig.

2.4 Sexuelles Risikoverhalten

Risikoverhalten sind Verhaltensweisen, welche die Gesundheit schädigen. Rauchen, Alkoholkonsum und ungeschützter Geschlechtsverkehr sind Beispiele dafür (Knoll, Rieckmann & Scholz, 2013). „Sexuelles Risikoverhalten umfasst alle sexuellen Verhaltensweisen, die negative gesundheitliche und/oder soziale Folgen haben können“ (Hammelstein, 2006, S. 228). Mit dem riskanten Verhalten setzen sich die SexualpartnerInnen gegenüber sexuell übertragbaren Infektionen oder einer ungewollten Schwangerschaft einem gewissen Risiko aus (Hammelstein, 2006). Die Psychologie befasst sich mit unterschiedlichen Erklärungsansätzen, um Bedingungen für gesundheitliche Risiken zu analysieren. Dabei soll nicht die sexuelle Aktivität eingeschränkt, sondern Wege gesucht werden, welche das Verhalten dahingehend verändern, dass die Sexualität ohne gravierende Folgen gelebt werden kann (Schwarzer, 2004).

2.4.1 Modelle des Gesundheitsverhaltens im HIV/STI-Kontext

Hüter-Becker & Dölken (2007) definieren das Gesundheitsverhalten als ein Verhalten oder eine Gewohnheit, welche im Zusammenhang mit der Verbesserung oder Erhaltung der eigenen Gesundheit steht. Die regelmässige körperliche Aktivität, eine ausgewogene Ernährung oder die Benutzung von Kondomen sind Beispiele für das Gesundheitsverhalten. Die Sozial- und Gesundheitspsychologie beschreibt unterschiedliche Modelle und Theorien, welche die Veränderung des Gesundheitsverhaltens erklären (Knoll et al., 2013). Einige Modelle wurden spezifisch für den HIV/Aids-Kontext entwickelt und bereits bestehende Modelle wurden angepasst (Anand Pant, 2009). Im Zusammenhang mit HIV/Aids werden motivationale Modelle verwendet, um gesundheitlich relevante Handlungsabsichten zu betrachten (Anand Pant, 2009). Dazu zählen z.B. das Health-Belief-Model (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988), die Theory of Reasoned Action (Fishbein & Ajzen, 2011) und das Information-Motivation-Behavioral Skills Model (IMB) (Fisher & Fisher, 2002). Motivationale Modelle fokussieren auf motivationale Faktoren, welche den Menschen dazu bringen, sich für oder gegen das Gesundheitsverhalten zu entscheiden (Anand Pant, 2009). Ausserdem werden eher implizit volitionale Modelle angewendet, um riskantes Sexualverhalten zu betrachten. Volitionale Modelle befassen sich mit der bewussten Entscheidung für ein bestimmtes Handeln (Anand Pant, 2009). Die beiden Stadien Modelle Aids-Risk-Reduction-Model (ARRM) (Catania, Kegeles & Coates, 1990) und das Transtheoretische Model (TTM) (Keller et al., 1999) werden explizit für die HIV-Prävention angewendet (Anand Pant, 2009).

Die beiden sozial-kognitiven Modelle ARRM und IBM fokussieren gezielt auf die HIV Thematik. Das ARRM ist ein Stufenmodell, welches vom sexuellen Risikoverhalten ausgeht und Veränderungen des Verhaltens bis hin zu HIV-präventivem Verhalten aufzeigt (ebd., 2009).

2.4.2 Information-Motivation-Behavioral Skills Model

Das Information-Motivation-Behavioral Skills Model (IMB) wurde spezifisch für die HIV/STI-Prävention entwickelt und bildet die Grundlage, um individuelle Verhaltensveränderungen innerhalb der HIV/STI-Prävention zu erklären (Fisher & Fisher, 1992). Das Model beschreibt Verhaltensfertigkeiten, welche zur Umsetzung der Safer Sex-Regeln notwendig sind (Hammelstein, 2006). Drei Konstrukte beeinflussen das HIV/STI-präventive Verhalten: Information (HIV Prevention Information), Motivation (HIV Prevention Motivation), und Verhaltensfertigkeiten (HIV Prevention Behavior Skills). Diese Konstrukte bilden die Grundlage für die HIV/STI-Prävention und die individuelle Verhaltensänderung (Fisher & Fisher, 2002). Das Ausmass der Information, der Motivation und Verhaltensfertigkeiten sind ausschlaggebend dafür, inwiefern das Individuum sein Verhaltensmuster beibehält und oder das Schutzverhalten (HIV Prevention Behavior) ausübt. Die psychologischen Determinanten des IMB-Model konnten bereits in unterschiedlichen Forschungsarbeiten im Hinblick auf die HIV-Prävention und das Gesundheitsverhalten innerhalb verschiedener Bevölkerungsgruppen bestätigt werden (Fisher & Fisher, 1992).

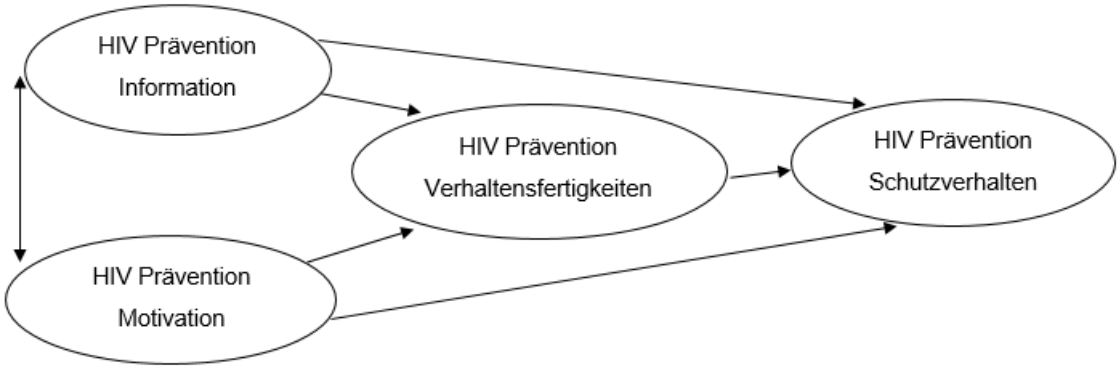

Abbildung 6 Information-Motivation-Behavioral Skills Model, aus dem Englischen übersetzt, eigene Darstellung in Anlehnung an Fisher & Fisher, 1992

Abbildung 6 visualisiert den kausalen Zusammenhang der Konstrukte Information, Motivation und Verhaltensfertigkeiten, diese sind Determinanten (Bedingungen) für das Ausführen des Schutzverhaltens. In der Abbildung ist dies mittels Pfeilen dargestellt. Gut informierte Individuen, welche motiviert sind sich vor HIV zu schützen und über die notwendigen Verhaltensfertigkeiten verfügen, sind eher bereit das Schutzverhalten auszuführen und aufrechtzuerhalten. Information und Motivation beeinflussen die Entwicklung der Verhaltensfertigkeiten, diese wirken sich auf das Schutzverhalten aus. Information und Motivation können das Schutzverhalten direkt beeinflussen, wenn neue komplexe Verhaltensfertigkeiten notwendig sind. Kondomgebrauch setzt zahlreiche Verhaltensfertigkeiten voraus, wie z.B. Kondome kaufen, über den Kondomgebrauch sprechen, sowie das Durchführen eines HIV-Tests mit dem Partner verhandeln (Fisher & Fisher, 2000). Information und Motivation werden als eigenständige Konstrukte betrachtet, was bedeutet, dass gut informierte Personen nicht unbedingt motiviert sind oder gut motivierte Personen nicht immer auch gut informiert sind (Fisher & Fisher, 2002). Das Konstrukt Information beschreibt das Wissen, welches beim Individuum bezüglich HIV/STI-Prävention und deren Übertragungswege vorhanden ist (Fisher & Fisher, 2002), sowie Heuristiken bezüglich HIV-Prävention, z.B. „jede Frau, welche nicht verheiratet ist, muss HIV-negativ sein.“ (Fisher & Fisher, 1992). Eine Heuristik ist „[...] die Bezeichnung für eine vereinfachende und daher meist fehlerhafte subjektive Regel, mit deren Hilfe man ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Auftretenswahrscheinlichkeit abschätzt, in welchem Grad eine mit gewisser Wahrscheinlichkeit abgegebene Information das zu beurteilende Ereignis repräsentiert“ (Fröhlich, 2010, zitiert nach Tversky & Kahnemann, 1974, S. 240). Eine solche Heuristik kann dazu führen, dass das tatsächliche Risiko nicht erkannt wird und die Person das Schutzverhalten folglich nicht ausführt. Die Information wird durch implizites Wissen bezüglich des HIV-Risikos beeinflusst. z.B. konstruiert das Individuum, dass anhand der Kleidung oder des Auftretens einer Person das HIV-Risiko eingeschätzt werden kann (Fisher & Fisher, 1992). Die Information über HIV/STI hängt eng mit dem HIV-präventiven Verhalten zusammen. Je spezifischer die Information bezüglich HIV/STI beim Individuum vorhanden ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass das präventive Verhalten ausgeführt wird. z.B. die Information, dass die konsequente Verwendung des Kondoms vor einer HIV/STI Infektion schützt, dient als Basis für das präventive Verhalten (Fisher & Fisher, 2002). Das Konstrukt Motivation beschreibt laut Fisher & Fisher (2002) die Motivation eines Individuums das HIV-präventive Verhalten auszuführen. Die Motivation ist entscheidend, ob eine gut informierte Person ihr Wissen bezüglich HIV-Prävention umsetzt und das Schutzverhalten ausführt (Fisher & Fisher, 2000). Das Konstrukt Motivation beinhaltet die persönliche Haltung gegenüber dem Schutzverhalten (Fisher & Fisher, 2000). Die Motivation ist weitgehend vom Prozess der Intentionsbildung abhängig. Intention bedeutet

die Absicht oder das Ziel der gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen (Hammelstein, 2006). Beim IMB-Model ist die Intention abhängig von der Einstellung gegenüber den Safer Sex-Regeln und von den subjektiven Normen bezüglich dem Kondom Gebrauch (Fisher & Fisher, 2002). Die Verhaltensfertigkeit besteht aus der Fähigkeit, Ziele zu definieren, sowie der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit, um das HIV-präventive Verhalten auszuführen (Fisher & Fisher, 1992). Bandura (1986) definiert Selbstwirksamkeitserwartung als die persönliche Einschätzung einer Person gegenüber ihren Kompetenzen im Umgang mit schwierigen Situationen (Barrieren). Selbstwirksamkeit ist ein zentraler Prädiktor für Ziele und Verhalten eines Individuums (Knoll et al., 2013). Durch die Information und Motivation können Individuen Fähigkeiten entwickeln, sich HIV-präventiv zu verhalten und das Schutzverhalten auszuüben (Fisher & Fisher, 2000). Die verbale und nonverbale Kommunikation über Safer Sex mit dem/der Sexualpartner/in, das Ablehnen von ungeschütztem Sex, das Verlassen einer Situation, in welcher geschützter Geschlechtsverkehr nicht möglich ist, sind adäquate Verhaltensweisen, um das HIV-präventive Verhalten umzusetzen (Hammelstein, 2006). Möchte eine Person das Kondom während dem Geschlechtsverkehr benutzen, sind unterschiedliche Strategien möglich, um dieses Verhalten umzusetzen. Dies kann mittels verbaler oder nonverbaler Kommunikation erfolgen (Hammelstein, 2006). Das Konstrukt *Schutzverhalten* beinhaltet die konsequente Benutzung von Kondomen, die Durchführung eines HIV-Tests oder die sexuelle Abstinenz. Fisher & Fisher (2002) empfehlen als Schutzverhalten die konsequente Kondomverwendung, weil das Kondom am effektivsten vor einer HIV/STI-Ansteckung schützt.

Kritik

In Studien zum IMB-Model wurden Probanden in einem Zustand relativer Entspannung zur Einstellung bezüglich dem Schutzverhalten befragt. Im Bereich des sexuellen Risikoverhaltens ist es jedoch fraglich, ob solche Einstellungen, welche auf rationalen Überlegungen basieren, während der sexuellen Erregung angenommen werden können. Die sexuelle Erregung ist ein Spezialfall von gehobener Stimmung. Daher scheint unklar, ob in einer solchen Situation von rationalen Entscheidungsprozessen ausgegangen werden kann (Hammelstein, 2006).

Praxisbezug

Die drei Schritte Erhebung, Intervention und Evaluation erläutern die Strategie, um im Bereich der HIV/STI-Prävention eine Verhaltensveränderung zu erreichen (Fisher & Fisher, 2002). Die drei Schritte beruhen auf den Erkenntnissen des IMB-Models.

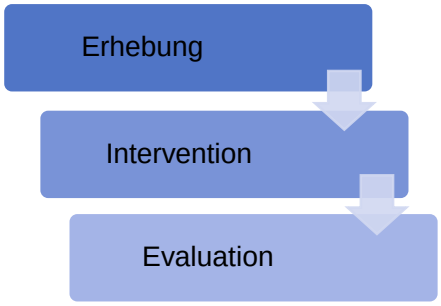

Abbildung 7 Strategie zur Förderung des Gesundheitsverhaltens, eigene Darstellung in Anlehnung an Fisher & Fisher, 2002

Laut Fisher & Fisher (2002) werden in einem ersten Schritt Defizite, Bedürfnisse und Besonderheiten der Zielgruppe in Bezug auf das Risiko- und Schutzverhalten erhoben. Im nächsten Schritt wird eine Intervention unter Berücksichtigung der zuvor eruierten Bedürfnisse geplant. Fisher & Fisher (2002) empfehlen die Interventionen den Bedürfnissen der Zielgruppe in Bezug auf Information, Motivation und Verhaltensfertigkeiten anzupassen und zu planen. Im letzten Schritt wird die Massnahme evaluiert, um gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen.

Zwischenfazit

Die Autorin dieser Arbeit leitet anhand des IMB-Model ab, dass das Konstrukt Information für vulnerable MigrantInnen im Rahmen der Präventionsarbeit beachtet werden soll. Vulnerablen MigrantInnen kann der Zugang zu Informationen im Kontext der HIV/STI-Prävention aufgrund von Sprachbarrieren, Analphabetismus und einem ferneren Bildungsniveau erschwerten werden. Für die Präventionsarbeit ist daher die adressatengerechte Kommunikation von zentraler Bedeutung. Durch verständliche Information können vulnerable MigrantInnen Verhaltensfertigkeiten aneignen, welche wahrscheinlicher machen, dass sie das Schutzverhalten ausüben.

3. Methodik

Um die nachfolgenden Hauptfragestellungen beantworten zu können wird ein vierstufiges Verfahren mit unterschiedlichen Methodenklassen angewendet.

A.1. Wie können vulnerable MigrantInnen in der Schweiz für die HIV/STI-Prävention erreicht werden?

A.2. Welches Vorgehen für die HIV/STI-Prävention vulnerabler MigrantInnen kann der Perspektive Thurgau empfohlen werden?

Dazu werden qualitative Methoden verwendet, welche nachfolgend erläutert werden. Die Methoden Dokumentenanalyse, Experteninterview 1 und Experteninterview 2 bauen dabei aufeinander auf. Nachfolgende Abbildung 8 visualisiert das methodische Vorgehen. Die Kombination (Triangulation) der empirischen Methoden kann spezifische Schwächen einer Methode mit den Stärken der anderen Methode ausgleichen (Gläser & Laudel, 2010).

Abbildung 8 methodisches Vorgehen, eigene Darstellung

3.1 Dokumentenanalyse Methodenwahl

Die Dokumentenanalyse eignet sich, um bereits vorhandene Berichte und Statistiken zur Zielgruppe im Kanton Thurgau zu erfassen. Dies ermöglicht Besonderheiten der Migrationsbevölkerung im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung und Prävention zu analysieren. Die Dokumentenanalyse bildet eine wertvolle Grundlage für die nachfolgenden Methoden.

Der Ablauf der Dokumentenanalyse orientiert sich anhand der vier Stufen (Mayring, 2002).

- Formulierung der Fragestellung
- Definition des Dokumentenstatus und Sammeln der Dokumente
- Einschätzen des Aussagewertes der Dokumente, welchen Wert hat das Dokument für die Beantwortung der Fragestellung?
- Auswertung und Interpretation der Dokumente mit dem Fokus auf die Fragestellung

3.1.1 Fragestellung

Nachfolgende Fragestellungen werden innerhalb der Dokumentenanalyse bearbeitet.

B.1. Wie setzt sich die ausländische Wohnbevölkerung im Kanton Thurgau zusammen?

B.2. Welche Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sind im Kanton Thurgau für die Zielgruppe vorhanden und welches sind deren Erfolgsfaktoren?

Die erste Fragestellung befasst sich mit der Migrationsbevölkerung im Kanton Thurgau, dabei wird ergründet, welche Gruppen besonders häufig vertreten sind. Ausserdem kann die jeweilige Verteilung der Migrationsgruppen eruiert werden. Die nachfolgende Fragestellung (B.2.) befasst sich mit den Besonderheiten der bereits vorhandenen Programme im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention für diese Zielgruppe. Der Fokus der Analyse liegt auf deren Erfolgsfaktoren.

3.1.2 Vorgehen

Die Analyse erfolgt mittels Internetquellen und Unterlagen des Migrationsamtes des Kantons Thurgau. Die Recherche der Dokumente orientiert sich an den spezifischen Fragestellungen. In einem ersten Schritt werden die Dokumente recherchiert, danach wird die Qualität der Dokumente nach den Kriterien der Authentizität, Glaubwürdigkeit, Repräsentativität und Bedeutung beurteilt (Flick, 2011, S. 240).

Tabelle 2 Übersicht der Dokumentenanalyse

Dokument	Dokumentenart	Bezugsquelle
Ausländische Wohnbevölkerung nach Staatsangehörigkeit 2015	Statistik	Dienststelle für Statistik, Kanton Thurgau (2015)
Bedarfsanalyse migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention	Schlussbericht für den Kantonsärztlichen Dienst	Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (Volken & Juvalta, 2014)
„Über 260'000 Einwohner im Thurgau", Wohnbevölkerung der Politischen Gemeinden am 31.12.2014	Statistische Mitteilung	Staatskanzlei Dienststelle für Statistik (Egloff, 2015)
Integrationsbericht: Situation der Ausländerinnen und Ausländer im Kanton Thurgau	Bestandes- und Bedarfsanalyse	Migrationsamt Fachstelle Integration (Lind, Vincenz & Vogt, 2012)

In der Tabelle 2 sind die Dokumente ersichtlich, welche nach den genannten vier Kriterien analysiert und somit für die Dokumentenanalyse verwendet werden.

3.1.3 Auswertung

Die Dokumente werden inhaltsbasiert ausgewertet und interpretiert, dabei werden die zentralen Inhalte der Dokumente zusammengefasst (Mayring, 2002).

3.2 Experteninterviews Methodenwahl

Experten verfügen in einem bestimmten Bereich über ein spezifisches Fachwissen. Die befragte Person repräsentiert meist eine Expertengruppe (Bogner, Littig & Menz, 2014). Ihr Spezialwissen dient als Quelle für die zu bearbeitende Forschungsfragestellung. Das Experteninterview ist eine Methode der qualitativen Sozialforschung, in welchem das Wissen des jeweiligen Experten erhoben wird (Gläser & Laudel, 2010). Das halbstandardisierte Interview wird mittels Leitfaden durchgeführt. Der Leitfaden unterstützt die Interviewende, den Fokus des Gespräches beizubehalten. Die offenen Fragen aus dem Leitfaden ermöglichen dem Experten seine Sichtweise einzubringen. Die Strukturierung des Leitfadens erfolgt auf die Hauptfragestellung bezogen (Gläser & Laudel, 2010). Aufgrund des Forschungsgegenstandes dieser Arbeit eignet sich das Experteninterview zur Informationsgewinnung. Das Wissen der Experten kann während dem Interview relativ leicht abgefragt werden, da es beim Experten sofort verfügbar ist (Bogner et al., 2014). Das direkte persönliche Gespräch wird als geeignete Kommunikationsform gewählt, um während dem Inter-

view bei Unklarheiten nachfragen zu können. Der Standardisierungsgrad der Experteninterviews wird vorab als halbstandardisiert festgelegt. Das theoretische Sampling erfolgt nach den theoretischen Vorüberlegungen aus der Dokumentenanalyse und der Literaturrecherche (Flick, 2011).

3.2.1 Experteninterview 1

Das Experteninterview 1 richtet sich an Oliver Lind, den Stellenleiter/Integrationsdelegierter des Migrationsamts des Kantons Thurgau. Im Verlauf des Gespräches stellt sich heraus, dass einige Fragen aus dem Leitfaden von Oliver Lind nicht vollständig beantworten werden können. Daher verweist Oliver Lind die Autorin dieser Arbeit an Judith Hübscher weiter, Beauftragte für Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht des Kantons Thurgau. Aus Ressourcengründen wird mit der Expertin ein Telefoninterview durchgeführt.

3.2.1.1 Fragestellung

Das Experteninterview 1 setzt sich mit den folgenden Fragen auseinander.

C.1. Welches sind die kulturellen Besonderheiten und Bedürfnisse der unterschiedlichen Migrationsgruppen im Kanton Thurgau?

C.2. Welche Besonderheiten bezüglich Migration und Integration können im Kanton Thurgau festgestellt werden?

C.3. Welche zielgruppenspezifischen Programme im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sind in Kanton Thurgau vorhanden und für diese Zielgruppe besonders geeignet?

Das Experteninterview 1 verfolgt das Ziel, die Besonderheiten und Bedürfnisse der Migrationsgruppen im Kanton Thurgau zu eruieren. Dabei soll die aktuelle Situation bezüglich Integration im Kanton Thurgau ermittelt werden. Schwierigkeiten und Chancen, welche den Integrationsprozess beeinflussen, können damit erfasst werden.

3.2.1.2 Vorgehen

Aus den Erkenntnissen der Dokumentanalyse wird der Interviewleitfaden (siehe Anhang 1, S. I) erstellt. Der Leitfaden gliedert sich neben einer Einstiegs- und Abschlussfrage in die nachfolgenden Hauptkategorien.

- Migrationsgruppen im Kanton Thurgau
- Integrationsprozess
- Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung und Prävention

Während des Interviews können zentrale Aspekte direkt im Leitfaden notiert werden, um anschliessend, je nach Fragestellung, ad hoc Zwischenfragen zu stellen. Das Experteninterview 1 wird mittels Audiogerät aufgezeichnet und anschliessend transkribiert. Das Experteninterview mit Judith Hübscher wird zusätzlich und zeitlich nach dem ersten Experteninterview durchgeführt. Dieses Interview bezieht sich aufgrund ihrer Expertise ausschliesslich auf die Fragestellung C.3.

3.2.1.3 Auswertung

Das Experteninterview 1 wird inhaltsbasiert ausgewertet, wobei sich die Auswertung an den drei Hauptkategorien (Migrationsgruppen im Kanton Thurgau, Integrationsprozess und Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung und Prävention) des Leitfadens orientiert. Das Experteninterview mit Judith Hübscher berücksichtigt lediglich die zentralen Aussagen und bereichert somit die Inhalte des Interviews mit Oliver Lind.

3.2.2 Experteninterview 2

Das Experteninterview 2 wird mit Fachpersonen aus dem Bereich HIV/STI-Prävention durchgeführt. Myshelle Baeriswyl ist Geschäftsleiterin der Fachstelle für Aids- und Sexualfragen St. Gallen. Zu ihrem Aufgabenbereich gehört unter anderem der Bereich Migration. Barbara Zwahlen arbeitet bei der Aids-Hilfe Bern und leitet den Bereich MigrantInnen und Frauen. Sabine Greschek ist Bereichsleiterin Prävention und Migration der Zürcher Aids-Hilfe, Fachstelle für sexuelle Gesundheit. Das Interview kann in den Fachstellen der Expertinnen durchgeführt werden. Durch die Befragung von Fachpersonen aus unterschiedlichen Regionen kann das Expertenwissen von unterschiedlichen Institutionen erfasst und miteinander verglichen werden. Die Erhöhung der Anzahl Expertinnen des Experteninterviews 2 ermöglicht die empirische Absicherung der Ergebnisse besser zu gewährleisten (Gläser & Laudel, 2010).

3.2.2.1 Fragestellung

Folgende Fragestellungen werden mittels Experteninterview 2 beantwortet.

D.1. Welche Vorgehensweisen werden in den jeweiligen Kantonen angewendet, um vulnerable MigrantInnen für die HIV/STI-Prävention zu erreichen?
D.2. Welches sind die Vor- und Nachteile der jeweiligen Vorgehensweise?
D.3. Wie wird das MediatorInnen-Programm in anderen Kantonen angewendet und was sind deren Erfolgsfaktoren?

Die erste Fragestellung befasst sich mit den unterschiedlichen Vorgehensweisen, welche in den Kantonen verwendet werden, um vulnerable MigrantInnen für die HIV/STI-Prävention zu erreichen. Vor- und Nachteilte dieser Vorgehensweisen werden erhoben. Kantone, welche den MediatorInnen-Ansatz anwenden, werden über deren Erfolgsfaktoren befragt.

3.2.2.2 Vorgehen

Der Leitfaden (siehe Anhang 2, S. IV) wird anhand einer vorgängig durchgeführten Literaturrecherche erstellt. Die Erkenntnisse der bisher verwendeten Programme für die HIV/STI-Prävention von MigrantInnen werden miteinbezogen. Die Hauptaussagen der jeweiligen Literaturquellen werden abgeleitet und dem passenden Frageblock zugeordnet. Die zentralen Erkenntnisse der Recherche sind in der nachfolgenden Tabelle ersichtlich.

Tabelle 3 Übersicht Literaturrecherche

Kernaussage	Dokumentenname	Frageblock
Zielgruppe: Subsahara Bevölkerung **Settings:** Afroshops, Vereine, Feste, Asylzentren, Afri-Tische **Organisation:** Koordiniert und teilfinanziert durch Aids-Hilfe Schweiz **Partizipation (Teilhabe):** MediatorInnen-Ansatz , Risiken und Chancen (Jurt, Nideröst, Imhof & Gamma, 2015).	Evaluation des Programms Afrimedia	2 3 4 5 6
Bewährte Methoden: Beratungen, Schlüsselpersonen der Communities, bestehende Strukturen nutzen, Stärken und Schwächen, Herausforderung der MigrantInnen innerhalb der HIV-Prävention (von Unger, Klumb, Gangarova & Wright, 2011).	Herausforderungen der HIV-Prävention für Migranten	2 3 4 5 6
Partizipation: gleichberechtigte Beteiligung aller Akteure, z.B. Fachpersonen, MigrantInnen (von Unger, 2012).	Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran?	2 4

Der Leitfaden des halbstrukturierten Interviews gliedert sich neben der Einstiegs- und Abschluss Frage in die folgenden fünf Kategorien.

- Angebot der Region
- Vorgehen
- Definition der Zielgruppe
- Rahmenbedingungen/Unterstützung
- Anforderungen an die MediatorInnen

Die Interviews werden als Audio-Datei aufgezeichnet. Während dem Experteninterview werden Notizen erstellt, welche das spätere Nachfragen ermöglichen. Alle drei Interviews werden transkribiert.

3.2.2.3 Auswertung

Die Experteninterviews werden nach Kuckartz (2014) mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Dabei werden Kategorien induktiv entwickelt. Dies bedeutet, dass sie aus dem Text heraus abgeleitet werden (Flick, 2011). Die drei Experteninterviews werden aufmerksam durchgelesen, um das Abstraktionsniveau festzulegen. Dabei können zentrale Textstellen bereits festgehalten werden. Anhand der Textstellen aus dem Interviewmaterial und unter Berücksichtigung der Fragestellung werden Vorüberlegungen bezüglich des vorläufigen Kategoriensystems gemacht. In einem nächsten Schritt werden Kodierregeln festgelegt, um bei der späteren Analyse eine verlässliche Zuordnung der Kategorien zu gewährleisten. Die Analyse und Kategorisierung der Textstellen erfolgt mittels der MAXQDA 12® Software. Anhand der Textpassagen aus allen drei Interviews kann das Kategoriensystem entwickelt werden. Der gesamte Text wird gelesen und den jeweiligen Kategorien zugeordnet. Nach der ersten Analyse und Zuteilung der Kategorien wird jede Kategorie inhaltlich nochmals überprüft. Das Kategoriensystem wird je nach Bedarf erweitert, umformuliert und zusätzliche Kategorien und Subkategorien werden entwickelt.

4. Ergebnisse

Im diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Dokumentenanalyse, sowie diejenigen des Experteninterviews 1 und 2 dargestellt.

4.1 Dokumentenanalyse

Nachfolgend werden die genannten Fragestellungen beantwortet. Zwei Dokumente mussten aufgrund der inhaltlichen Bedeutung aus der Analyse ausgeschlossen werden. Diese Dokumente sind daher nicht in der Tabelle (siehe Kapitel 3.1.1) aufgeführt.

Der nächste Abschnitt befasst sich mit der ersten Fragestellung:

B.1. Wie setzt sich die ausländische Wohnbevölkerung im Kanton Thurgau zusammen?

Die Dokumentenanalyse ergab, dass im Kanton Thurgau die ausländische Wohlbevölkerung 2014 um 2‘270 Personen anwuchs. Der Kanton Thurgau befand sich 2013 im Zusammenhang mit der Zuwanderung aus dem Ausland im hinteren Mittelfeld im gesamtschweizerischen Vergleich. Die ausländische Wohnbevölkerung nahm 2014 besonders in den Gemeinden Kreuzlingen, Erlen, Kradolf-Schönenberg, Romanshorn, Bischofszell und Weinfelden zu. 2014 hatten insgesamt rund 61'400 Personen einen ausländischen Pass (Egloff, 2015).

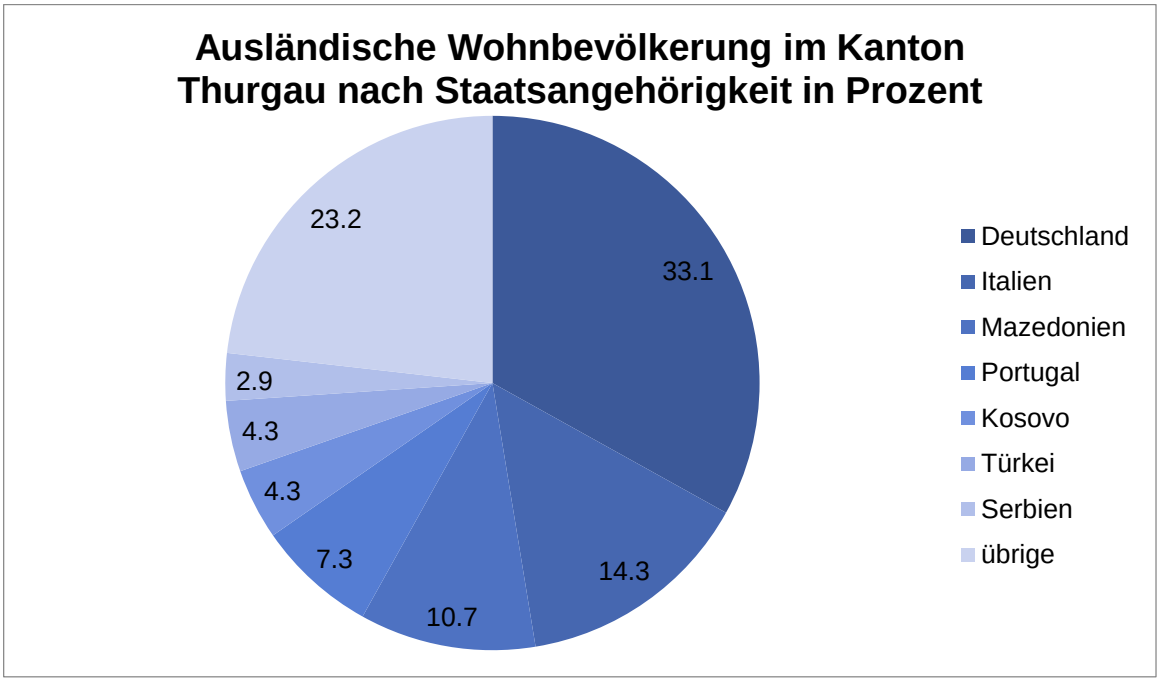

Abbildung 9 **Ausländische Wohnbevölkerung im Kanton Thurgau, eigene Darstellung Anlehnung an Dienststelle für Statistik, Kanton Thurgau, 2015**

Die Analyse ergab, dass Deutschland mit einem Anteil von 33.1% die am stärksten vertretene Migrationsgruppe darstellt. Gefolgt von Italien mit 14.3% und Mazedonien mit 10.7% (Dienststelle für Statistik, Kanton Thurgau, 2015).

Im nächsten Abschnitt wird die folgende Fragestellung beantwortet:

B.2. Welche Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sind im Kanton Thurgau für die Zielgruppe vorhanden und welches sind deren Erfolgsfaktoren?

Die Dokumentenanalyse ergab, dass laut Volken & Juvalta (2014) Angebote welche auf der Basis von sozialen Netzwerken beruhen, für erwachsene MigrantInnen empfohlen werden. Femmes-Tische oder die aufsuchende Sozialarbeit für schwer erreichbare Gruppen können als Beispiele genannt werden. Aufsuchende Sozialarbeit ist die Tätigkeit aller Personen, welche vorwiegend in den Lebenswelten oder dem öffentlichen Raum der jeweiligen Zielgruppe arbeiten. Es hat sich gezeigt, dass Schlüsselpersonen eine wichtige Aufgabe einnehmen aufgrund der kulturellen Ähnlichkeit sowie als ÜbersetzerIn (Volken & Juvalta, 2014). Die Dokumentenanalyse ergab, dass sprachliche Barrieren und kulturelle Unter-

schiede der Migrationsbevölkerung wichtige Einflussfaktoren darstellen, welche die Inanspruchnahme von Angeboten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention beeinflussen. Kulturelle Unterschiede sind z.B. ein anderes Verständnis von Gesundheit und Krankheit (Lind et al., 2012).

4.2 Experteninterview 1

Nachfolgend werden die Ergebnisse des Experteninterview 1 dargestellt. Aus Gründen der Vertraulichkeit sind die ausführlichen Transkripte nicht im Anhang ersichtlich. Die Ergebnisdarstellung orientiert sich an den drei Fragestellungen. Der nachfolgende Abschnitt befasst sich mit dieser Fragestellung.

C.1. Welches sind die kulturellen Besonderheiten und Bedürfnisse der unterschiedlichen Migrationsgruppen im Kanton Thurgau?

Aus Expertensicht seien Personen aus Deutschland, Italien, Türkei, Kosovo und Serbien bezüglich Integration eher unauffällig. Die ausländische Wohnbevölkerung aus Portugal bringe ein anderes Verständnis gegenüber der Arbeit und dem Schulwesen mit. Der Experte äusserte, dass Portugiesen schlechtere Deutschkenntnisse haben und sich oft in ihrer Community aufhalten. Personen aus Deutschland müssen nicht primär die Sprache lernen. Es gehe um soziale Aspekte der Integration. Es gehe meist um folgende Fragestellungen „[…] wie gehen wir miteinander um, wie funktioniert die Schweiz, wie funktioniert es im Thurgau, im Gesundheitswesen […]“ (E1.1, Z. 83-85). Der Experte betonte, dass es dem Integrationsamt ein Anliegen sei Informationen zu vermitteln. Daher gebe es Informationsbroschüren (Willkommen im Thurgau) in zehn verschiedenen Sprachen. Eine rasche Integration sei das Ziel der Fachstelle, dies bedeute jedoch nicht, dass alle Personen gleich sein müssen. Der Experte betonte, dass aufgrund der 156 unterschiedlichen Nationen in der Schweiz eine interessante Vielfalt in der Bevölkerung entstehe. Oliver Lind äusserte, dass die Flüchtlinge in die Schweiz kommen, weil sie etwas verändern möchten. Flüchtlinge haben meist eine Vorstellung von der Schweiz, welche nicht immer mit der Realität übereinstimme. Die Peregrina Stiftung sei im Kanton Thurgau für die Flüchtlinge zuständig. Ihre Aufgabe bestehe darin, den Flüchtlingen zu zeigen, wie die Schweiz funktioniere.

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit der nachfolgenden Fragestellung.

C.2. Welche Besonderheiten bezüglich Migration und Integration können im Kanton Thurgau festgestellt werden?

Die ausländische Wohnbevölkerung sei im Kanton Thurgau, im Vergleich zu anderen Kantonen, relativ gut integriert, es seien wenig Probleme vorhanden. Wenn keine Probleme vorhanden seien, bedeute dies jedoch noch nicht, dass sie gut integriert sei. Es müsse unterschieden werden, was unter Integration verstanden werde. Der Experte skizzierte dies folgendermassen „[…] ist die Person integriert, wenn sie ruhig und regelmässig zur Arbeit geht? Oder kann es sein, dass die Person isoliert ist? Dies ist abhängig von der Betrachtungsweise […]“ (E1.1, Z. 28-29). Bezüglich Integration könne es im Schulbereich oder in der frühen Förderung schwierig sein, wenn die Kinder wenig Deutsch sprechen oder andere Verhaltensweisen gelernt haben. Der Migrationsbereich sei häufig in den Medien präsent, meist werden negative Aspekte thematisiert. Positives werde eher ausgeblendet, dies vermittle ein falsches Bild. Die Einstellung gegenüber der ausländischen Wohnbevölkerung sei meist positiv, wenn ein direkter Kontakt zu einer ausländischen Person bestehe. Viele Bedenken hängen meist mit dem fehlenden Wissen zusammen. Grundsätzlich sei es für MigrantInnen in der Stadt einfacher sich zu integrieren, als auf dem Land. Auf dem Land sei es weniger übersichtlich, weil im Thurgau die Fachstelle Integration für 80 Gemeinden zuständig sei. MigrantInnen seien auf dem Land mehr unter Beobachtung als in der Stadt, dort seien sie anonymer.

Im nachfolgenden Abschnitt wird die letzte Frage beantwortet.

C.3. Welche zielgruppenspezifischen Programme im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sind in Kanton Thurgau vorhanden und für diese Zielgruppe besonders geeignet?

Judith Hübscher ist der Meinung, dass die Migrationsbevölkerung nicht in erster Linie zusätzliche Angebote benötigt, da dadurch auch die Gefahr der Stigmatisierung entstehe. Es gehe vielmehr darum, die bestehenden Angebote auch für die Migrationsbevölkerung zugänglich zu machen. Die Angebote sollen so gestaltet werden, dass sprachliche, wirtschaftliche oder zusätzliche Barrieren kein Hindernis für deren Teilhabe darstellen. Die Erreichung der Zielgruppe bleibe eine Herausforderung. Themen der psychischen und sexuellen Gesundheit seien stark mit einer Tabuisierung verbunden, dies könne ein Grund sein, warum einige MigrantInnen schwieriger zu erreichen seien. Im Hinblick auf die Chancen-

gleichheit der Gesundheit bestehe innerhalb der Migrationsgruppen ein Unterschied, z.B. zwischen bildungsfernen und gut ausgebildeten MigrantInnen. Die Expertin weist darauf hin, dass „[…] Mit den Angeboten welche wir machen, profitieren in der Regel die Personen mehr, welche bereits gute Gesundheitsvoraussetzung haben, dadurch wird der Unterschied immer noch grösser [...]“ (E1.2, Z. 33-36). Miges Balù sei ein Programm im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, welches innerhalb der Mütter-Väterberatung die spezifischen Bedürfnisse der MigrantInnen berücksichtige. Miges Balù und Femmes-Tische seien erfolgreiche Programme. Miges Balù sei erfolgreich, weil es innerhalb des Regelangebotes stattfinde und die spezifischen Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung berücksichtige. Femmes-Tische beziehe „Das Grundinstrumentarium der Gesundheitsförderung, welches auf Partizipation und Empowerment aufbaut […]“ (E1.2, Z. 20) mit ein.

4.3 Experteninterview 2

Das Kategoriensystem beinhalt folgende zehn Hauptkategorien: *Zielgruppe Vulnerable MigrantInnen, Zielsetzung, Mediatoren-Ansatz, Schulungen, Afri-Tische, Online Angebote, weitere Programme, Rahmenbedingungen/Unterstützung, Zukunftsperspektiven und Wirkung der Prävention.* Die Hauptkategorien wurden in unterschiedliche Subkategorien unterteilt. Die nachfolgende Abbildung 10 zeigt das Kategoriensystem, inkl. Haupt- und Subkategorien. Die Hauptkategorien mit den dazugehörenden Subkategorien sind jeweils in derselben Farbe dargestellt. Die Häufigkeit der Kodierung ist in der Abbildung ersichtlich.

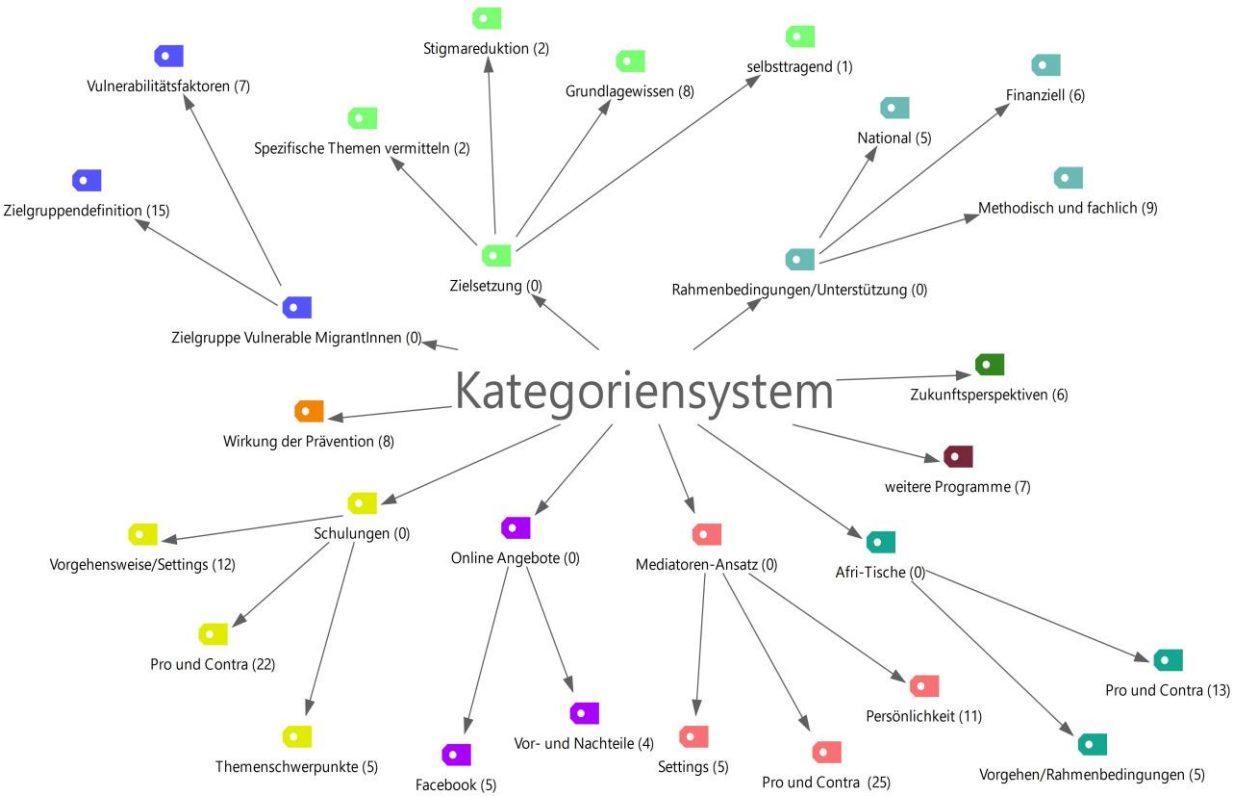

Abbildung 10 Kategoriensystem, eigene Darstellung aus dem MAXMaps®

Nach der Analyse des Datenmaterials und im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfragestellung, wurde der Fokus auf die fünf Hauptkategorien *Zielgruppe Vulnerable MigrantInnen, Zielsetzung, Mediatoren-Ansatz, Schulungen und Afri-Tische gelegt.* Die Ergebnisse der fünf zentralen Hauptkategorien wurden dargestellt und wichtige Erkenntnisse in den weiteren Hauptkategorien abgebildet.

4.3.1 Kategorie-Vulnerable MigrantInnen

Diese Kategorie befasst sich mit der folgenden Forschungsfragestellung.

D.1. Welche Vorgehensweisen werden in den jeweiligen Kantonen angewendet, um vulnerable MigrantInnen für die HIV/STI-Prävention zu erreichen?

Die Hauptkategorie *Vulnerable MigrantInnen* (siehe Anhang 3, S. VII) gliederte sich in die zwei Subkategorien *Zielgruppendefinition und Vulnerabilitätsfaktoren*. Die Subkategorie *Zielgruppendefinition* thematisierte, dass zuerst betrachtet werden müsse, welche MigrantInnen besonders vulnerabel gegenüber sexuell übertragbaren Infektionen seien. Anschliessend könne die Zielgruppe bestimmt werden. Der Fokus der regionalen Programme werde auf Personen, welche neu oder noch nicht lange in der Schweiz seien, gelegt. Damit soll nicht die gesamte Migrationsbevölkerung, sondern spezifische Gruppen erreicht werden. Der Fokus auf Hochprävalenzländer der Subsahara werde weiterhin verfolgt, jedoch richte sich die Präventionsarbeit nicht ausschliesslich an diese Zielgruppe. Der Fokus auf Subsahara Afrika wurde von einer Expertin kritisch betrachtet. „Der Begriff Hochprävalenz ist für mich etwas fraglich, weil man sieht, dass in den afrikanischen Ländern die Zahlen herunterkommen […]. Wir haben neue Brandherde in Russland […]" (E2.1, Z. 19). In der Subkategorie Vulnerabilitätsfaktoren wurde geäussert, dass Migration nicht per se Vulnerabilität bedeute, dies sei von sozialen und kulturellen Faktoren abhängig. Es müsse genau betrachtet werden, welche Personen vulnerabel sind, z.B. Sexarbeiterinnen sind besonders vulnerabel. Bereits eine bestimmte Migrationsgruppe als vulnerabel zu betrachten, könne zur Stigmatisierung der Gruppe beitragen.

4.3.2 *Kategorie*-Zielsetzung

Die Kategorie Zielsetzung beschäftigte sich mit der nachfolgenden Fragestellung.

D.1. Welche Vorgehensweisen werden in den jeweiligen Kantonen angewendet, um vulnerable MigrantInnen für die HIV/STI-Prävention zu erreichen?

Die Kategorie *Zielsetzung* (siehe Anhang 4, S. IX) beinhaltete unterschiedliche Subkategorien, welche nachfolgend dargestellt werden. Ein übergeordnetes Ziel sei die Vermittlung von Kompetenzen im Bereich der sexuellen Gesundheit. Dieser Begriff werde von einer Expertin sprachlich bewusst gewählt, da bereits der Begriff HIV/Aids-Prävention für die Zielgruppe stigmatisierend wahrgenommen werden könne. Übergeordnete Ziele seien die Früherkennung von HIV/STI, die Vermittlung des Grundlagewissens bezüglich sexueller Gesundheit, der Zugang zu den Informationen und Beratungsangeboten, sowie die Normalisierung und Entstigmatisierung von HIV-Betroffenen. Ein weiteres Ziel sei, dass sich Personen auf HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen testen lassen. Eine Expertin weist in Bezug auf HIV-Tests darauf hin „[…] Man muss aber auch genau definieren, warum wir welche Gruppe testen lassen sollen. Ich bin absolut dagegen, dass wir in Durchgangszentren testen [...]“ (E2.3, Z. 11).

4.3.3 Kategorie-Schulungen

Die nachfolgende Kategorie setzt sich mit den beiden Forschungsfragestellungen auseinander.

D.1. Welche Vorgehensweisen werden in den jeweiligen Kantonen angewendet, um vulnerable MigrantInnen für die HIV/STI-Prävention zu erreichen?
D.2. Welches sind die Vor- und Nachteile der jeweiligen Vorgehensweise?

Integrationsschulen, Vereine, Integrationskurse, Ausbildungslehrgänge für MigrantInnen, Asylzentren und Durchgangsheime seien Orte, an welchen Präventionsprogramme umgesetzt werden. Dies wurde der Subkategorie Vorgehensweise/Settings zugeordnet. In den Durchgangsheimen haben sich Schulungen in Kleingruppen bewährt. Schulungen für Mitarbeitende der Asylsozialarbeit oder der Durchgangsheime werden durchgeführt. Die Schulungen werden in der Regel durch MultiplikatorInnen aus der Zielgruppe durchgeführt. Je nach Thematik und Fragestellung werden Fachpersonen der regionalen HIV/STI-Prävention beigezogen. Die Subkategorie Themenschwerpunkte befasste sich damit, dass Grundin-

formationen im Bereich der sexuellen Gesundheit vermittelt werden, mit dem Fokus auf HIV/STI. Die Vor- und Nachteile der Schulungen wurden in der Subkategorie Pro und Contra dargestellt. Das Programm wurde von einer Expertin als zukunftsfähig bewertet, weil in ihrem Kanton die Leistungen der Schulungen dem Asylzentrum/Durchgangsheim berechnet werden. Somit sei das Programm kostengünstig und dadurch langfristig finanzierbar. Die Schulungen in den Asylzentren oder Durchgangsheimen werden als nachhaltig beschrieben, weil das Wissen vertieft behandelt werde. Ausserdem können viele Personen gleichzeitig erreicht werden. Es müsse jedoch berücksichtig werden, dass sich die MigrantInnen in einer vulnerablen Situation befinden. Eine Schwierigkeit sei die hohen Fluktuationen bei den Flüchtlingen und bei den Mitarbeitenden des jeweiligen Zentrums. Weitere Informationen zur Kategorie Schulungen sind im Anhang 5, S. X ersichtlich.

4.3.4 Kategorie Afri-Tische

Nachfolgend werden die beiden Forschungsfragestellungen beantwortet.

D.1. Welche Vorgehensweisen werden in den jeweiligen Kantonen angewendet, um vulnerable MigrantInnen für die HIV/STI-Prävention zu erreichen?
D.2. Welches sind die Vor- und Nachteile der jeweiligen Vorgehensweise?

Die Subkategorie Vorgehen/Rahmenbedingungen beinhaltete die Expertenmeinung der Fachperson aus St. Gallen. Afri-Tische werde bei ihnen durch eine Mediatorin selbständig durchgeführt. Das Vorgehen sei ähnlich wie beim Programm Femmes-Tische (siehe 1.2). Es richte sich jedoch explizit an die afrikanische Community und behandle vor allem Themen im Bereich der sexuellen Gesundheit. Unter der Subkategorie Pro und Contra wurde deutlich, dass das Programm Afri-Tische in der Umsetzung kostengünstig sei. Das Programm sei aufwändig und anspruchsvoll, da die Mediatorin oder Gastgeberin immer neue Personen für die Gesprächsrunden suchen müsse. Das Vorgehen wurde als nachhaltig bewertet, da ein intensiver Kontakt zur Community hergestellt werde. Das Programm Afri-Tische sei nachhaltiger im Vergleich zu den anderen Programmen, weil vieles über persönliche Beziehungen ablaufe. Afri-Tische sei relativ flexibel, die Themen können je nach Interesse und Bedürfnisse der jeweiligen Gruppe angepasst werden. Insgesamt werde das Programm sehr positiv bewertet. Afri-Tische könne im Vergleich zum MediatorInnen-Ansatz nicht gleich viele Personen erreichen. Die Auseinandersetzung mit dem Thema sei jedoch intensiver. Die Expertin erwähnte „[…] es ist kein Flächenprogramm. Aber mir ist das lieber wir erreichen 150 Personen wirklich […] Also die Quantität ist klein, aber ich finde die Quali-

tät ist das Ziel“ (E2.1, Z. 37). Weitere Informationen dazu finden sich im Anhang 12 auf der Seite XXIII.

4.3.5 Kategorie-Mediatoren-Ansatz

Der nachfolgende Abschnitt beschäftigt sich mit dieser Fragestellung

D.3. Wie wird das MediatorInnen-Programm in anderen Kantonen angewendet und was sind deren Erfolgsfaktoren?

Alle drei Expertinnen hatten Erfahrungen in der Umsetzung des MediatorInnen-Ansatzes. Die Subkategorie *Settings* definierte, an welchen Orten die aufsuchende Arbeit stattfindet. Die Zielgruppe werde an Festivals, kulturellen Festen, Partys, in Kirchen, Gemeinden, Coiffeur-Salons und in Afroshops angesprochen. MediatorInnen können Personen aus der Zielgruppe vor Ort aufsuchen, in ein Gespräch verwickeln, Informationsmaterial abgeben und auf das jeweilige Angebot hinweisen. In der Subkategorie *Pro und Contra* wurden Vor- und Nachteile dieser Vorgehensweise dargestellt. In den jeweiligen Settings, z.B. beim Frisör, könne es unpassend sein über das Sexualverhalten zu sprechen, ausserdem können Themen nur oberflächlich behandelt werden. Bei der Expertengruppe waren unterschiedliche Meinungen bezüglich des MediatorInnen-Ansatzes vorhanden. Dieser wurde nicht durch alle Expertinnen gleichermassen positiv bewertet. Bei gesundheitlichen Themen sei es wichtig, dass die MediatorInnen dieselbe Sprache sprechen. Dies bedeute jedoch nicht, dass die Person aus demselben Kulturkreis stammen müsse. Es wird thematisiert, dass der Kontakt und die Wissensvermittlung über den direkten Kontakt durch die MediatorInnen stattfinden solle. Eine Expertin betonte, dass die Wissensvermittlung durch eine Fachperson aus der Schweiz von den MigrantInnen als überheblich wahrgenommen werden könne. Die zwei anderen Expertinnen äusserten, dass MigrantInnen einer Fachperson aus der Schweiz eher vertrauen, weil sich diese Person in der Schweiz gut auskenne. Die Erfahrung der MediatorInnen Arbeit zeige, dass es Fälle gebe in denen Personen nicht offen mit anderen Personen aus der Community sprechen, weil sie diesen Personen nicht vertrauen und Angst haben, dass sie in der Community alles weitererzählen. Der MediatorInnen-Ansatz sei zeit- und kostenintensiv, da die MediatorInnen regelmässig geschult, ihre Einsätze geplant, koordiniert und entsprechend entlöhnt werden müssen. Eine Expertin schlussfolgerte folgendermassen: „Ich denke es ist wichtig, dass man einen Peeransatz hat […] aber das ist kein Selbstläufer“ (E2.3, Z. 23). Eine Expertin profitiere vom MediatorInnen-Ansatz, denn „Der MediatorInnen-Ansatz ist ein extremer Gewinn, weil ich immer wieder Inputs erhalte von Personen aus der Zielgruppe. […]“ (E2.2, Z. 36). Unter der Subkategorie

Persönlichkeit wurden wichtige Eigenschaften einer MediatorInnen dargestellt. Wichtige Eigenschaften für die aufsuchende Arbeit seien Offenheit und Motivation dem Thema gegenüber, sowie Mut sich mit diesem Thema auseinander zu setzen. Ausserdem müsse es eine Person sein, welche gerne auf Menschen zugehe.

4.3.6 Die Kategorie-die weiteren Kategorien

Die weiteren Kategorien beziehen sich auf die folgenden Fragestellungen:

D.1. Welche Vorgehensweisen werden in den jeweiligen Kantonen angewendet, um vulnerable MigrantInnen für die HIV/STI-Prävention zu erreichen?
D.2. Welches sind die Vor- und Nachteile der jeweiligen Vorgehensweise?

Der Kanton Bern sei seit kurzem auf Facebook aktiv, um MigrantInnen über die sozialen Medien bezüglich dem Thema sexuelle Gesundheit zu erreichen. Vulnerable MigrantInnen können mittels Facebook nicht erreicht werden. Es gehe vielmehr darum ihr Umfeld anzusprechen. Personen, welche die Facebook Seite liken, können signalisieren, dass sie dem Thema offen gegenüberstehen. Dies könne zur Normalisierung von HIV beitragen. Mehr Informationen dazu sind unter der Kategorie *Online Angebote* (siehe Anhang 8, S. XVIII) ersichtlich. Der Kanton Bern biete weitere Programme im Migrationsbereich an, wie z.B. kostenlose HIV-Tests für Asylsuchende und Sans-Papiers. Niederschwellige Beratungen vor Ort (in der Stadt Bern und in Biel) zu unterschiedlichen Themen im Bereich der Sexuellen Gesundheit sind vorhanden. Einige Dolmetscher des Übersetzungsdienstes wurden bezüglich HIV u.a. zu Themen wie Vertraulichkeit und Schwierigkeiten von Betroffenen geschult. Zusätzliche Informationen dazu finden sich in der Kategorie *weitere Programme* (siehe
Anhang 9, S. XIX). Die Kategorie *Rahmenbedingungen/Unterstützung* thematisiert die finanzielle Unterstützung der jeweiligen Kantone. Alle Kantone werden vom Kanton und von der Aids-Hilfe Schweiz unterstützt. Die Aids-Hilfe Schweiz sei für die Weiterbildung der MediatorInnen zuständig, die Weiterbildungskosten werden jedoch als relativ hoch bewertet. Einige Institutionen organisieren regelmässig interne Weiterbildungen. Mehrfach wurde erwähnt, dass auf nationaler Ebene, vom BAG und von der Aids-Hilfe Schweiz, der Migrationsbereich wenig unterstütz werde. Weitere Informationen zur beschriebenen Kategorie sind im Anhang 10, S. XX ersichtlich. Die Aids-Hilfe Bern habe ein HIV-Quiz in unterschiedlichen Sprachen erarbeitet, mit Frage und Antwort Kärtchen zu unterschiedlichen Themen im Bereich der sexuellen Gesundheit. Die Quiz-Karten können von MediatorInnen während der aufsuchenden Arbeit verwendet werden. Die Fachstelle für Aids- und Sexualfragen

St. Gallen biete im Bereich Migration ein Grundangebot an, welches je nach Nachfrage erweitert werden könne. Weitere Informationen zur Kategorie *Zukunftsperspektiven* können im Anhang 11, S. XXII nachgelesen werden. In der Kategorie *Wirkung der Prävention* (siehe Anhang 12, S. XXIII) wurde mehrfach thematisiert, dass es schwierig sei, die Wirkung der Prävention zu messen. Der Bereich Prävention werde von aussen meist als nicht wichtig erachtet. Erst wenn bereits ein Schaden vorhanden sei, werde die Situation angeschaut. Laut Expertin verhalten sich die Menschen im Alltag häufig präventiv, sie führt dies folgendermassen aus: „Der Kühlschrank ist nichts Anderes als Prävention, wir haben das Essen zuhause, auch wenn wir jetzt keinen Hunger haben, aber wir wissen, dass wir Hunger haben werden“ (E 2.1, Z. 70). Prävention wurde von ihr als […] „vorausschauendes Handeln. Ich handle heute so, dass ich morgen keine Probleme habe“ beschrieben (E2.1, Z. 71).

5. Diskussion

Im nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse dieser Bachelor Thesis interpretiert und in einem grösseren Zusammenhang mit bisherigen Forschungsergebnissen betrachtet. Daraus kann die Konzeptempfehlung für die Perspektive Thurgau abgeleitet werden. Ausserdem wird das methodische Vorgehen dieser Arbeit kritisch analysiert. Abschliessend folgt der Ausblick.

5.1 Dokumentenanalyse

Die im Kanton Thurgau am stärksten vertretenen Migrationsgruppen stammen aus Deutschland, Italien, Mazedonien und Portugal. Die verschiedenen Migrationsgruppen unterscheiden sich u.a. hinsichtlich der Sprache, der Kultur und der Religion. Daher wird von einer heterogenen Gruppe gesprochen (Razum, Geiger, Zeeb & Ronellenfitsch, 2004). Unterschiedliche Migrationsgruppen besitzen vielfältige Bedürfnisse. Diese Tatsache weist auf eine unterschiedliche Inanspruchnahme der Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention hin. Die Heterogenität der Zielgruppe stellt aus Sicht der Autorin für die Konzeptempfehlung eine Herausforderung dar, welche unbedingt miteinbezogen werden muss. Die Zielgruppendefinition wird durch diese Tatsache erschwert. Die Dokumentenanalyse befasste sich mit der ausländischen Wohnbevölkerung und nicht primär mit vulnerablen MigrantInnen. Um MigrantInnen, welche gegenüber HIV/STI besonders vulnerabel sind, bestmöglich zu erreichen, wäre eine Bedarfsanalyse der Migrationsbevölkerung im Kanton Thurgau notwendig. Dies konnte jedoch aufgrund der Fragestellung und den Rahmenbedingungen dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden.

5.2 Experteninterview 1

Aus der Expertenaussage wird deutlich, dass Migration und Integration weite Begriffe darstellen. Diese Aussage ist ein weiterer Hinweis für die Heterogenität der Zielgruppe. Die Peregrina Stiftung im Kanton Thurgau scheint im Zusammenhang mit Flüchtlingen und Asylsuchenden eine wichtige Schlüsselrolle zu spielen. Die Peregrina Stiftung soll daher in die Planung und Umsetzung der HIV/STI-Prävention von vulnerablen MigrantInnen miteinbezogen werden. Das erste Interview ergab, dass Fragen im Bereich der zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung und Prävention nicht beantwortet werden konnten. Der Verweis auf die zweite Expertin ermöglichte eine differenzierte Expertenmeinung aus diesem Bereich einzuholen.

Die Expertenaussage, dass Programme im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, z.B. Femmes-Tische, auf Empowerment und Partizipation beruhen und daher erfolgreich sind, kann bestätigt werden. Laut Kolip et al. (2012) stärkt Empowerment die Fähigkeiten und Ressourcen der Menschen. Dies ist eng mit der Partizipation verbunden. Partizipation übernimmt eine wichtige Rolle in der Zusammenarbeit mit der Zielgruppe. Dies kann die Effektivität (Wirksamkeit) und damit auch die Effizienz der Massnahmen steigern. Partizipation bringt Menschen mit unterschiedlichen Sichtweisen zusammen. Dadurch können neue Ideen in das Projekt einfliessen. Ausserdem wird die Akzeptanz des Projekts gefördert (Kolip et al., 2012). Mielck (2008) bestätigt die Herausforderung der gesundheitlichen Chancengleichheit und unterstreicht die Aussage der Expertin. Die genetische Ausstattung, die Situation im Herkunftsland, die Situation im Zielland, sowie individuelle Eigenschaften sind Faktoren, welche die Ungleichheit beeinflussen (Spallek & Razum, 2008). Daher sollen Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention den jeweiligen Zielgruppen angepasst werden. Richten sich Programme an die gesamte Bevölkerung, führt dies eher zu einer Vergrösserung der gesundheitlichen Ungleichheit, weil damit meist die obere Statusgruppe erreicht wird. Massnahmen, welche sich auf die unteren Statusgruppen fokussieren, können dazu führen, dass sich die Ungleichheit vermindert. Erfolgsversprechende Massnahmen sind solche, welche direkt an den Orten dieser Personen umgesetzt werden, z.B. im Wohnbereich, in der Freizeit oder an ihrer Arbeitsstelle (Mielck, 2008).

5.3 Experteninterview 2

Aus den Interviews wird deutlich, dass in den jeweiligen Kantonen nicht die gesamte Migrationsbevölkerung angesprochen wird, sondern besonders vulnerable Gruppen, z.B. Personen, welche noch nicht lange in der Schweiz sind. Jedoch wird der Begriff Vulnerabilität auch etwas kritisch betrachtet, denn bereits der Begriff kann zur Stigmatisierung beitragen. Aus Sicht der Autorin dieser Arbeit sollen nicht nur die Verletzlichkeiten und Gefährdungen der MigrantInnen betrachtet werden, sondern vermehrt auch deren Ressourcen. Laut Razum et al. (2004) können Familien oder ethnische Gemeinschaften sich positiv auf das Gesundheitsverhalten der MigrantInnen auswirken. Diese Ressourcen können als langfristiges Kapital für eine erfolgreiche Integration betrachtet werden (ebd., 2004). Schulungen in den Asylzentren und Durchgangsheimen wurden von den ExpertInnen positiv gewertet, da viele Personen gleichzeitig erreicht werden und das Wissen vertiefter vermittelt wird. Dieses Ergebnis wird in der Literatur bestätigt. Präventionsmassnahmen, welche direkt an den Orten der jeweiligen Personen umgesetzt werden, sind erfolgreicher (Mielck, 2008). Das Zusammenspiel der fünf Handlungsebenen: Individuum, Gruppe, Organisation, Lebenswelt und

Politik/Gesellschaft erhöht die Chance auf die Wirksamkeit der Massnahme (Luber, 2004). Schulungen in den Asylzentren und Durchgangsheimen wirken auf unterschiedliche Handlungsebenen ein. Zum einem auf der Ebene des Individuums, da die Schulungen beim Individuum im Sinne des IMB-Models auf die Konstrukte Information, Motivation und Verhaltensfertigkeiten einwirken, und dadurch das Schutzverhalten beibehalten oder verändert wird. Zum anderen wirkt die Massnahme auf die Gruppe, weil die Schulungen in Kleingruppen stattfinden und meist Personen aus demselben Herkunftsland anspricht. Auf der Ebene der Organisation wirkt die Massnahme, weil MultiplikatorInnen (Mitarbeitende der Asylzentren) geschult werden und das Wissen weitergeben wird. Ausserdem findet die Informationsvermittlung in der Organisation (dem Asylzentrum/Durchgangsheim) statt (Kolip et al., 2012). In den drei befragten Fachstellen werden die Schulungen in den Asylzentren/Durchgangsheimen von Personen aus der Zielgruppe (MediatorInnen) durchgeführt. Aus einer Untersuchung von 90 Aids-Hilfen in Deutschland geht hervor, dass in 58% der Einrichtungen Personen mit Migrationshintergrund beschäftigt sind. Diese Zahl lässt sich schwer mit den Ergebnissen dieser Arbeit vergleichen, da es sich um eine grössere Stichprobe handelt und die Stichprobe dieser Arbeit auf theoretischen Vorüberlegungen beruht (von Unger et al., 2011). Dennoch kann festgestellt werden, dass die Vorgehensweise in Deutschland ähnlich ist, wie die in den drei Fachstellen in der Schweiz ist. Die Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen aus der Community, gelten als bewährte Methoden. Ausserdem wird empfohlen die bestehenden Strukturen zu nutzen, z.B. Integrationsschulen oder Kulturvereine. Die beschriebenen Methoden haben sich aus Sicht der Aids-Hilfen in Deutschland bewährt, um MigrantInnen für die HIV/STI-Prävention zu erreichen (von Unger et al., 2011). Die Ergebnisse können als bestätigt betrachtet werden. In den durchgeführten Experteninterviews wurde genannt, dass Schulungen in Integrationsschulen, Vereinen, Integrationskursen, Ausbildungslehrgängen für MigrantInnen, Asylzentren und Durchgangsheimen durchgeführt werden. Einzelgespräche und Beratungen sind Massnahmen, welche sich in Deutschland bewährt haben (von Unger et al., 2011). Vulnerable MigrantInnen werden am besten durch eine migrationssensible personale Kommunikation erreicht. Dies bedeutet, dass Präventionsinformationen im persönlichen Kontakt, in Beratungsgesprächen oder an Vorträgen vermittelt werden (Berrut, Blümel & Erath, 2006). Dies wurde in den durchgeführten Experteninterviews nicht explizit geäussert. Dennoch bieten zwei von drei Fachstellen persönliche Beratungen auf ihrer Fachstelle an, welche auch für MigrantInnen zugänglich sind.

5.4 Methodische Aspekte

Im nachfolgenden Abschnitt wird das methodische Vorgehen analysiert. Im Experteninterview werden informatorische oder deutungsorientierte Wissensformen abgefragt. Das Deutungswissen beschreibt die subjektive Sichtweise, Interpretation und Erklärungsmuster der Experten. Es wird nicht nur das Wissen abgefragt, sondern auch die Sichtweise des Experten eingebracht (Bogner et al., 2014). Es konnte beobachtet werden, dass in einigen Interviews vor allem sachliches Wissen vermittelt wurde, bei anderen ExpertInnen stand das Deutungswissen im Vordergrund. Die Unterscheidung, um welche Wissensform es sich handelt, scheint laut Bogner et al. (2014) im abgefragten Wissen zu liegen. Die Experteninterviews mit den Fachpersonen aus dem Bereich der sexuellen Gesundheit waren praxisnahe und somit orientierungs- und handlungsleitend für die Konzeptempfehlung der Perspektive Thurgau. Das Experteninterview 1 befasste sich vor allem im ersten Teil mit Fragen, welche eine Antwort auf der Ebene des Deutungswissens nahelegten. Die zwei unterschiedlichen Interviewleitfäden stellten sich als hilfreiche Unterstützung für die Forscherin heraus. Der Leitfaden diente als Orientierungshilfe. In der Interviewsituation mussten nicht alle Fragen strikt durchgefragt werden, einige Fragen wurden bereits vorgängig beantwortet. Die Interviews konnten ohne Zugangsprobleme durchgeführt werden (Gläser & Laudel, 2010), da zwischen der Perspektive Thurgau und den Interviewten bereits ein Kontakt bestand. Ausserdem konnte die Autorin in ihrer Funktion als Angebotsleiterin HIV/STI-Prävention rasch in einen professionellen Austausch mit den Fachpersonen treten. Die Feldbeobachtung wäre, ergänzend zu den Experteninterviews; eine geeignete Untersuchungsmethode gewesen, welche einen vertieften Einblick in die Umsetzung der Programme ermöglicht hätte. Während der Auswertung des ersten Experteninterviews wurde ersichtlich, dass sich die Ergebnisse zu wenig auf die Forschungsfrage beziehen. Eine Kategorie aus dem Leitfaden konnte nur teilweise beantwortet werden. Daher wurde eine zusätzliche Expertenmeinung eingeholt. Dies wurde im Voraus nicht geplant, dennoch konnte der Forschungsprozess angepasst und ein verkürztes Interview mit der Expertin durchgeführt werden. Laut Bogner et al. (2014) definieren sich Experten über das Forschungsinteresse, sowie die soziale Repräsentativität. Experten sind ein Konstrukt des Forschers und der Gesellschaft. Dies weist darauf hin, dass in einer nächsten Untersuchung die Auswahl der ExpertInnen gezielter geplant und umgesetzt werden sollte. Somit hätte die zweite Expertin des Interviews 1 früher ausfindig und in die Planung miteinbezogen werden können.

5.5 Fazit und Konzeptempfehlung

Der nachfolgende Abschnitt beschreibt die Konzeptempfehlung für den Fachbereich HIV/STI-Prävention der Perspektive Thurgau. Die Empfehlung beantwortet die folgenden Hauptfragestellungen:

A.1. Wie können vulnerable MigrantInnen in der Schweiz für die HIV/STI-Prävention erreicht werden?

A.2. Welches Vorgehen für die HIV/STI-Prävention vulnerabler MigrantInnen kann der Perspektive Thurgau empfohlen werden?

Die nachfolgenden Vorgehensweisen orientieren sich an den vier Oberzielen des Rahmenkonzeptes MV +16 (Bundesamt für Gesundheit, 2016a, S.10):

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

Die meisten Vulnerabilitätsfaktoren für HIV/STI werden in keiner Bevölkerungsstudie erhoben. Das Bundesamt für Statistik erfasst die ausländische Wohnbevölkerung in der Schweiz, jedoch sind nicht alle vulnerabel gegenüber HIV/STI. Es ist daher nicht möglich die Gruppe vulnerable MigrantInnen exakt zu beschreiben und statistisch zu erheben (Bundesamt für Gesundheit, 2016a). Dennoch gelten MigrantInnen, aus Hochprävalenzländern, SexarbeiterInnen, MSM, intravenös Drogenkonsumierende, Transmenschen und Menschen ohne legale Aufenthaltsbewilligung oder mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus als besonders vulnerabel gegenüber HIV/STI (Bundesamt für Gesundheit, 2016a). Der Perspektive Thurgau kann folgendes Vorgehen empfohlen werden.

Das bestehende Programm Femmes-Tische des Bereiches Gesundheitsförderung und Prävention soll mit den Themen der sexuellen Gesundheit, insbesondere der HIV/STI-Prävention aufgebaut und stetig weiterentwickelt werden. Die bereits bestehenden Strukturen der Perspektive Thurgau können genutzt werden. Frauen mit Migrationshintergrund können in den Gesprächsrunden mit anderen Frauen über die sexuelle Gesundheit sprechen. Die Frauen können sich in den Gesprächsrunden einbringen und daran beteiligen. Frauen, welche an den Gesprächsrunden teilnehmen, fungieren in ihrem Bekanntenkreis als Multiplikatorinnen. Dies sind Personen, welche aufgrund ihrer beruflichen Rolle, der institutionellen Zugehörigkeit und ihrer Zugangsmöglichkeit zur Zielgruppe präventive Informationen weitergeben. Dieser Ansatz basiert auf der Idee, dass die Zielgruppe nicht von einer Fachperson, sondern durch vermittelnde Personen erreicht werden (Bengel, Herdt & Bührlen-Armstrong, 1999). Dies ermöglicht die Weitergabe des Wissens auch ausserhalb der Gesprächsrunden. Das Angebot Femmes-Tische richtet sich primär an Frauen. Innerhalb der Migrationsbevölkerung sind Frauen überproportional oft von HIV betroffen. Dies lässt sich vorwiegend aus dem hohen Frauenanteil aus den Hochprävalenzländern der Subsahara erklären (Bundesamt für Gesundheit, 2016a). Das Angebot Femmes-Tische soll die gesamte Migrationsbevölkerung erreichen. Jedoch soll ein besonderer Schwerpunkt auf Personengruppen der Subsahara-Regionen gelegt werden. Es wird empfohlen regelmässige Schulungen zum Thema sexuelle Gesundheit, insbesondere der HIV/STI-Prävention, in den Asylzentren und Durchgangsheimen im Kanton Thurgau durchzuführen. Die Schulungen sollen mit Flüchtlingen und Asylsuchenden und mit Fachpersonen des jeweiligen Zentrums durchgeführt werden. Die Wissensvermittlung soll in kleinen homogenen Gruppen durchgeführt werden (Pfluger et al., 2009). Die bedeutet, dass Fachpersonen separat informiert werden und dass Asylsuchende und Flüchtlinge geschlechtergetrennt geschult werden. Fachpersonen wirken als MultiplikatorInnen, welche das erworbene Wissen an neuankommende Asylsuchende und Flüchtlinge weitergeben können. Für die Schulungen mit den Asylsuchenden und Flüchtlingen wird empfohlen MediatorInnen aus der Zielgruppe miteinzubeziehen. Die MediatorInnen gelten als ÜbersetzerInnen, sowie als KulturvermittlerInnen (Pfluger et al., 2009). Unterschiedliche Schulungssequenzen sollen ausgearbeitet und vermittelt werden. Diese richten sich an die jeweiligen Bedürfnisse der Asylsuchenden und Flüchtlingen. Dieses Vorgehen richtet sich an Flüchtlinge und Asylsuchende, weil diese Gruppe besonders vulnerabel hinsichtlich einer HIV/STI Infektion sind. Beide Empfehlungen berücksichtigen den Setting Ansatz der Gesundheitsförderung und Prävention (Kolip et al., 2012). Die präventive Information wird im Rahmen der Femmes-Tische zuhause bei Freunden oder in einem institutionellen Rahmen ausgetauscht. Informationen über Themen der sexuellen Gesundheit erreichen Asylsuchende und Flüchtlinge direkt an ihrem aktuellen

Aufenthaltsort in den Asylzentren/Durchgangsheimen. Die Schulungen der Mitarbeitenden finden in den jeweiligen Zentren statt, dadurch wird das Wissen direkt an ihrem Arbeitsplatz vermittelt. Das Programm soll regelmässig evaluiert und bei Bedarf ausgebaut werden. Für die Planung und Umsetzung der Programme in den Asylzentren und Durchgangsheimen soll die Peregrina Stiftung miteinbezogen werden. Durch den Austausch mit der Peregrina Stiftung können die Bedürfnisse der Zielgruppe besprochen, und die Schulungen dementsprechend angepasst werden. In einer nächsten Umsetzungsphase wird empfohlen, Schulungen in bereits bestehenden Angeboten, u.a. in Integrationsschulen, Integrationskursen, Sprachkursen durchzuführen. Dieses Vorgehen soll im Hinblick auf die Chancengleichheit der Gesundheit kritisch betrachtet werden, denn Personen, welche bereits einen Sprachkurs besuchen, verfügen eher über bessere Gesundheitsvoraussetzungen im Vergleich zu Personen, welche keinen Sprachkurs besuchen (Kolip et al., 2012). In den Asylzentren und Durchgangsheimen können mehrere Personen erreicht werden, auch solche, die schwer zu erreichen sind. Die Vorgehensweise in den Asylzentren und Durchgangsheimen wird gewählt, um die Chancengleichheit der Gesundheit zu berücksichtigen.

Anwendung des Information-Motivation-Behavioral Skills-Model

In Hinblick auf die Planung und Durchführung der Schulungen in den Asylzentren/Durchgangsheimen und für die Femmes-Tische werden die Konstrukte des Information-Motivation-Behavioral Skills Model anwendungsorientiert betrachtet.

Information

Das Konstrukt Information hat einen direkten Einfluss auf das angestrebte Schutzverhalten (Fisher & Fisher, 2002). Das erste Oberziel der Primärprävention von HIV und STI des Rahmenkonzeptes MV + 16 wird angestrebt: „Vulnerable Migrantinnen und Migranten kennen die Safer Sex-Regeln und wenden sie an“ (Bundesamt für Gesundheit, 2016a, S. 39). Die Safer Sex-Regeln werden in den Schulungen erläutert und mit Piktogrammen bereichert. Migrationsgerechte Informationsbroschüren der Aids-Hilfe Schweiz werden den MigrantInnen nach den Schulungen abgegeben, z.B. das Faltblatt „HIV/Aids - Wo Risiken bestehen und wo nicht“. Dies richtet sich vorwiegend an MigrantInnen und ist in 23 verschiedenen Sprachen erhältlich (Aids-Hilfe Schweiz & Bundesamt für Gesundheit, 2006). Während den Schulungen in den Asylzentren/Durchgangsheimen sollen Basisinformationen vermittelt werden.

Motivation

Die Motivation ist für die Verhaltensfertigkeit von zentraler Bedeutung (Fisher & Fisher, 2002). Das Konstrukt orientiert sich an den folgenden Zielen „Vulnerable Migrantinnen und Migranten kennen die Safer Sex-Regeln und wenden sie an“ und „Vulnerable Migrantinnen und Migranten sind in ihrer Selbstbestimmung bestärkt und fällen Entscheidungen autonom“ (Bundesamt für Gesundheit, 2016a, S. 39). Innerhalb der persönlichen Beratungen mit einer Fachperson können MigrantInnen ihr Risikoverhalten analysieren, um das Schutzverhalten anzupassen oder beizubehalten (Fisher & Fisher, 2002). Die persönliche Motivation gegenüber dem Schutzverhalten kann durch den Austausch mit vertrauten Personen, z.B. Freunden/Bekannten aus dem Asylzentrum oder innerhalb der Femmes-Tische gestärkt werden.

Verhaltensfertigkeiten

Das Konstrukt Verhaltensfertigkeit ist entscheidend, ob gut informierte und motivierte Personen, das HIV-präventive Verhalten ausüben. Dies beinhaltet unterschiedliche Faktoren wie Kondome kaufen, über den Kondomgebrauch sprechen oder verhandeln, sowie über den HIV-Test zu diskutieren (Fisher & Fisher, 2002). Daraus lässt sich für die Intervention das folgende Ziel des Bundesamts für Gesundheit (2016a, S. 39) ableiten „Vulnerable Migrantinnen und Migranten sind in ihrer Selbstbestimmung bestärkt und fällen Entscheidungen autonom.“ Innerhalb der Schulungen soll der Kondomgebrauch thematisiert und in Kleingruppen geübt werden. Ausserdem soll auf die Qualität, das Verfallsdatum und die korrekte Anwendung des Kondoms hingewiesen werden.

Der Bereich HIV/STI-Prävention der Perspektive Thurgau bietet bereits Angebote, welche für die gesamte Thurgauer Bevölkerung und somit auch für MigrantInnen, zugänglich sind. Im Bereich der HIV/STI-Prävention sind dies Angebote der Interventionsachse 1 (siehe 2.3), Beratungen und anonyme HIV-Tests. Die Angebote können, mittels Anpassung an die migrationsspezifischen Bedürfnisse, den Zugang erleichtern. Eine Anpassung der Öffnungszeiten oder ein Zeitfester, welches HIV-Tests und Beratungen ohne Voranmeldung ermöglicht, können dazu führen, dass das Angebot vermehrt von MigrantInnen genutzt wird. Schulpflichtige Kinder von Eltern mit und ohne Migrationshintergrund werden im Sexualpädagogischen Unterricht mit dem Thema sexuelle Gesundheit vertraut gemacht. Die Themenschwerpunkte fallen altersbedingt anders aus, dennoch ermöglicht der Unterricht die Auseinandersetzung mit dem Thema. Das bestehende Programm APiS (siehe 1.3), welches Sexarbeiterinnen durch aufsuchende Arbeit in den Etablissements erreicht, soll weitergeführt werden. Dieses Programm richtet sich ebenfalls an MigrantInnen, welche berufsbedingt besonders vulnerabel gegenüber HIV/STI sind.

Abschliessend werden die zwei Hypothesen ausgewertet:

1. Der MediatorInnen-Ansatz eignet sich für die HIV/STI-Prävention von vulnerablen MigrantInnen im Kanton Thurgau.
2. Das bewährte Vorgehen aus anderen Kantonen bezüglich HIV/STI-Prävention von vulnerablen MigrantInnen kann für den Kanton Thurgau empfohlen werden.

Die Hypothese 1 wird unter Vorbehalt abgelehnt. Der MediatorInnen-Ansatz ist zeit- und kostenintensiv, das Wissen wird oberflächlich vermittelt und die Auseinandersetzung mit der HIV/STI-Prävention scheint in diesem Setting nicht immer geeignet. Die Hypothese wird unter Vorbehalt abgelehnt, weil sich MediatorInnen aus der Zielgruppe an der Wissensvermittlung in den Asylzentren/Durchgangsheimen beteiligen. Der MediatorInnen-Ansatz, im Sinne der aufsuchenden Arbeit, scheint für die Perspektive Thurgau eher ungeeignet, aufgrund der finanziellen und personellen Ressourcen. Die Hypothese 2 kann angenommen werden, weil in allen drei untersuchten Kantonen die Vorgehensweise der Schulungen in den Asylzentren/Durchgangsheimen gut bewertet wurde. Nach der Interpretation der Daten kann bestätigt werden, dass sich ein solches Vorgehen auch für die Perspektive Thurgau empfehlen lässt.

5.6 Ausblick

Im Zusammenhang mit HIV/STI fällt auf, dass in der Literatur häufig HIV im Mittelpunkt steht. Aus Sicht der Autorin sollte dieser Begriff HIV/STI in Zukunft näher betrachtet werden. Denn eine HIV Infektion ist zugleich auch eine sexuell übertragbare Infektion. Darum soll vermehrt ausschliesslich der Begriff STI verwendet werden. Der Begriff STI steht übergeordert für alle fünf sexuell übertragbaren Infektionen und betrifft somit auch die HIV Infektion. Dies kann dazu führen, dass die Aufmerksamkeit nicht nur auf HIV, sondern vermehrt auf Hepatitis A, B und C oder Syphilis gelegt wird. Im Hinblick auf diese Thematik nimmt das Bundesministerium für Gesundheit (2016) in Deutschland eine beispielhafte Rolle ein. Die neue Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen setzt den Fokus der Präventionsarbeit vermehrt auf Hepatitis B und C.

Das weitere Vorgehen des Rahmenkonzeptes Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+ sieht vor, Best Practice-Leitlinien zu erarbeiten, welche Kriterien für die Planung, Umsetzung und Evaluation der Massnahmen vorgeben. Die darin enthaltenen Beispiele der Projekte, Angebote und Dienstleistungen berücksichtigen das Vorgehen und die Zielsetzungen des Rahmenkonzeptes. Dies wird nach einer Analyse der regionalen Migrationsbevölkerung hinsichtlich deren Vulnerabilitätsfaktoren für HIV/STI der jeweiligen Region angepasst (Bundesamt für Gesundheit, 2016a). Ein solches Vorgehen ermöglicht den jeweiligen Kantonen eine zielführende Umsetzung der Programme.

Generell bleibt es im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention eine grosse Herausforderung, die Bedürfnisse der Zielgruppe vulnerable MigrantInnen zu erkennen und diese in die Programme zu implementieren. Aus fachlicher Sicht besteht für die Zielgruppe ein Bedarf der HIV/STI-Prävention. Dennoch sind die Präventionsprogramme erst dann erfolgversprechend, wenn die Zielgruppe im Sinne der Partizipation miteinbezogen wird (Kolip et al., 2012).

6. Literaturverzeichnis

Aids-Hilfe Schweiz (Hrsg.). (2012). *Factsheet «Migration und HIV/Aids – global und in der Schweiz»*. Verfügbar unter http://www.aids.ch/de/medienmitteilungen/2012/pdf/2012_11_factsheet-migration.pdf [12.05.2016].

Aids-Hilfe Schweiz (Hrsg.). (2013). *Fremde Gesundheitswelten*. Verfügbar unter http://www.aids.ch/de/downloads/pdfs/san-2013-2-.pdf [31.10.2015].

Aids-Hilfe Schweiz & Bundesamt für Gesundheit (Aids-Hilfe Schweiz, Hrsg.). (2006). *HIV/Aids - Wo Risiken bestehen und wo nicht*. Verfügbar unter https://webshop.aids.ch/shop/product/hiv-aids-wo-risiken-bestehen-und-wo-nicht-manner-1067?category=58&page=3&aswidget=True [16.05.2016].

Anand Pant, H. (2009). Sexualverhalten. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (Handbuch der Psychologie / hrsg. von J. Bengel, Bd. 12). Göttingen: Hogrefe.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.

Beaussacq, B. (Schweizerisches Rotes Kreuz & miguesplus, Hrsg.). (2016). *Mediatorinnen und Mediatoren vermitteln die Präventionsbotschaften der Aids-Hilfe Schweiz*. Verfügbar unter http://www.migesplus.ch/dienstleistungen/praxisbeispiele/ahs/ [14.05.2016].

Bengel, J., Herdt, J. & Bührlen-Armstrong, B. (1999). Multiplikatorenkonzepte in der AIDS-Prävention Teil 1: Forschungsstand. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften= Journal of public health, 7* (1), 3–13.

Berrut, S., Blümel, S. & Erath, A. (2006). Beispiele der Aufklärungsarbeit im Bereich Migration. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 49* (9), 898–902.

Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung* (Qualitative Sozialforschung). Wiesbaden: Springer VS.

Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). (2010). *Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011-2017*. Verfügbar unter http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/12491/index.html?lang=de&download=NHzLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCJeoN4f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A-- [30.12.2015].

Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). (Januar 2013). *Bericht Gesundheit 2020*. Verfügbar unter http://www.gesundheit2020.ch [29.03.2016].

Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). (2015, 18. Mai). *Übertragbare Krankheiten Meldungen Infektionskrankheiten. HIV- und STI-Fallzahlen 2014: HIV- und STI-Fallzahlen 2014: Berichterstattung, Analysen und Trends.* Bulletin 21/15. Verfügbar unter http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/14421/15908/index.html?lang=de&download=NHzLpZig7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCMeHx2gWym162dpYbUzd,Gpd6emK2Oz9aGodetmqaN19XI2IdvoaCUZ,s- [09.01.2016].

Beaussacq, B.; Bihr, S.; Földhazi, À.; Kamber, R.; Mullis, S.; Ruggia, L.; Schweizer, B. C. & Volkmar, E. (Mitarbeiter) (Bundesamt für Gesundheit, Hrsg.). (2016a). *Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+. Rahmenkonzept für die HIV/STI-Prävention,* Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit. Verfügbar unter http://www.bag.admin.ch/hiv_aids [02.04.2016].

Bundesamt für Gesundheit. (2016b). *Safer Sex Regeln,* Bundesamt für Gesundheit. Verfügbar unter http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/11667/12333/?lang=de [06.05.2016].

Bundesministerium für Gesundheit. (April 2016). *Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. BIS 2030 – Bedarfsorientiert Integriert Sektorübergreifend* (1. Aufl.). Verfügbar unter https://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj7mNHRn9zMAhUKChoKHVPlCmQQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bmg.bund.de%2Ffileadmin%2Fdateien%2FPublikationen%2FPraevention%2FBroschueren%2FBMG_BIS_2030_web.pdf&usg=AFQjCNFnkx3Kw0nk6u0nSTE7rPHb6Qozuw&bvm=bv.122129774,d.d2s&cad=rja [15.05.2016].

Catania, J. A., Kegeles, S. M. & Coates, T. J. (1990). Towards an understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model (ARRM). (17(1)), 53–72. Verfügbar unter http://heb.sagepub.com/content/17/1/53.full.pdf+html [16.04.2016].

Cattacin, S. & Chimienti, M. (2008). Migrationspolitik und Vulnerabilität. Eine Analyse der Schweizer Politik gegenüber Migrantinnen und Migranten in vulnerabler Lage. In Bonoli, G. & Bertozzi, F. (Hrsg.), *Les nouveaux défis de l'Etat social = Neue Herausforderungen für den Sozialstaat.* (S. 185–204) Verfügbar unter http://archive-ouverte.unige.ch/unige:40949 [03.04.2016].

Dienststelle für Statistik, Kanton Thurgau. (2015, 31. Dezember). *Ausländische Wohnbevölkerung nach Staatsangehörigkeit*. Verfügbar unter http://www.statistik.tg.ch/xml_8/internet/de/application/d10460/d10631/f10490.cfm [17.04.2016].

Egloff, N. (Dienststelle für Statistik des Kantons Thurgau, Hrsg.). (Februar 2015). *Über 260'000 Einwohner im Thurgau. Wohnbevölkerung der Politischen Gemeinden am 31.12.2014*. Verfügbar unter http://www.tg.ch/documents/Wohnbevoelkerung_2014.pdf [17.04.2016].

Fishbein, M. & Ajzen, I. (2011). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*.

Fisher, J. D. & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin, Mai* (111(3)), 455–474.

Fisher, J. D. & Fisher, W. A. (2000). *Theoretical approaches to individual-level change in HIV risk behavior*. Verfügbar unter http://digitalcommons.uconn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1003&context=chip_docs [09.04.2016].

Fisher, J. D. & Fisher, W. A. (2002). The Information-Motivation-Behavioral Skills Model. In R. J. DiClemente, R. A. Crosby & M. C. Kegler (Hrsg.), *Emerging theories in health promotion practice and research. Strategies for Improving Public Health* (2nd ed, S. 40–70). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Flick, U. (2011). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (Rowohlts Enzyklopädie, Bd. 55694, Vollst. überarb. und erw. Neuausg. 2007, 4. Aufl). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.

Fröhlich, W. D. (2010). *Wörterbuch Psychologie* (Dtv, Bd. 34625, 27. Aufl., überarb. und aktualisierte Aufl., durchgehend überarb. und erw. Neuausg). München: Dt. Taschenbuch-Verl.

Geschäftsstelle Femmes-Tische Schweiz. (2016). *Frauen sprechen über Gesundheit, Erziehung und Prävention*. Verfügbar unter http://femmestische.ch/ [30.04.2016].

Gesundheitsgesetz. (2014). Gesetz über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz), 13. Verfügbar unter http://www.rechtsbuch.tg.ch/frontend/versions/1188/download_pdf_file [28.03.2016].

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (Lehrbuch, 3. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwiss.

Guggisberg, J., Gardiol, L., Graf, I., Oesch, T., Künzi, K., Volken, T. et al. (2011). *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht*. Verfügbar unter http://www.migesplus.ch/fileadmin/Publikationen/Schlussbericht_GMM_2.pdf [02.04.2016].

Hammelstein, P. (2006). Sexuelles Kontaktverhalten. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (Springer-Lehrbuch). Heidelberg: Springer Medizin.

Hartl, H., Schmidt, A. J., Stoeter, C. & Wiessner, P. (2012). *Sexuell übertragbare Infektionen. Für Praktiker/innen aus Prävention und Beratung sowie interessierte Laien* (5., überarbeitet Auflage). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Hughes, J. & Foschia, J.-P. (regionales Zentrum für Gesundheitsförderung, Hrsg.). (2004). *Chancengleichheit im Gesundheitssystem? Gesundheitsangebote und HIV/AIDS-Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund. Ein Handbuch für Beratungspraxis und Politik*. Verfügbar unter http://www.crrps.org/allegati/66/file/DeutschHandbook.pdf [27.12.2015].

Hüter-Becker, A. & Dölken, M. (Hrsg.). (2007). *Prävention. physiolehrbuch Basis*. Stuttgart: Thieme.

Jurt, L., Nideröst, S., Imhof, C. & Gamma, D. (2015). *Afrimedia – Evaluation des HIV/STI-Präventionsprogramms für Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika.* Olten: Hochschule für Soziale Arbeit, FHNW.

Amt für Gesundheit, Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht. (2015, 12. November). *Leistungskatalog Sexuelle Gesundheit 2016-2018* (Kanton Thurgau, Hrsg.).

Kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht. (2014, 01. Januar). *Leistungsvereinbarung zwischen Kanton Thurgau und Gemeindezweckverband für Gesundheitsförderung, Prävention und Beratung Thurgau* (Kanton Thurgau, Hrsg.).

Keller, S., Velicer, W. F. & Prochaska, J. O. (1999). Das Transtheoretische Modell–Eine Übersicht. Motivation zur Verhaltensänderung. Das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis, 17–44.

Knoll, N., Rieckmann, N. & Scholz, U. (2013). *Einführung Gesundheitspsychologie* (PsychoMed compact, Bd. 5, 3., aktual. Aufl). München [u.a.]: Reinhardt.

Kolip, P., Ackermann, G., Ruckstuhl, B. & Studer, H. (2012). *Gesundheitsförderung mit System. Quint-essenz - Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention* (1. Aufl). Bern: Hans Huber.

Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (Juventa Paperback, 2. Aufl). Weinheim, Bergstr: Beltz Juventa.

Lind, O., Vincenz, B. & Vogt, R. (Departement Justiz und Sicherheit des Kantons Thurgau, Migrationsamt, Fachstelle Integration, Hrsg.). (Juli 2012). *Integrationsbericht: Situation der Ausländerinnen und Ausländer im Kanton Thurgau. Bestandes- und Bedarfsanalyse im Jahr 2011/2012*. Verfügbar unter http://formular.tg.ch/dokumente/temp/23802F93-91BA-D9A9-9338BE5E9CE5A865/20121030_Integrationsbericht_TG_RR_7.2012.pdf?CFID=791941&CFTOKEN=46763950 [17.04.2016].

Luber, E. (Hrsg.). (2004). *Wessen Qualität ist gemeint. Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung*.

Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (Beltz Studium, 5., neu ausgestattete Aufl). Weinheim: Beltz.

Mielck, A. (2008). Regionale Unterschiede bei Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung: Weiterentwicklung der theoretischen und methodischen Ansätze. In U. Bauer, U. H. Bittlingmayer & M. Richter (Hrsg.), *Health inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (Gesundheit und Gesellschaft, 1. Aufl, S. 167–187). Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.

Pfluger, T., Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2009). *Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz,* Radix. Verfügbar unter http://www.radix.ch/files/TM0E1JM/transpraev_broschuere_deutsch.pdf [16.05.2016].

Razum, O., Geiger, I., Zeeb, H. & Ronellenfitsch, U. (Oktober 2004). Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Arzteblatt, 101* (43), A2882-A2887. Verfügbar unter http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=43977 [08.05.2016].

Regierungsrat des Kantons Thurgau. (2009). Konzept Gesundheitsförderung und Prävention. Verfügbar unter http://www.gesundheit.tg.ch/documents/Konzept_Gesundheitsfoerderung_72dpi.pdf [08.05.2016].

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. (15(2)), 175–183. Verfügbar unter http://heb.sagepub.com/content/2/4/354.full.pdf [16.04.2016].

Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3., überarb. Aufl). Göttingen [u.a.]: Hogrefe.

Spallek, J. & Razum, O. (2008). Erklärungsmodelle für gesundheitliche Situationen von Migrantinnen und Migranten. In U. Bauer, U. H. Bittlingmayer & M. Richter (Hrsg.), *Health inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (Gesundheit und Gesellschaft, 1. Aufl, S. 271–288). Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.

Sucht Schweiz (Hrsg.). (Januar 2013). *Verhaltensprävention: Personenorientierte Suchtprävention*. Verfügbar unter http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Verhaltenspraevention.pdf [05.04.2016].

Van Grinsven, M. (2015, 24. August). *Betriebskonzept Perspektive Thurgau. Fachorganisation für Gesundheitsförderung, Prävention und Beratung* (PTG, Hrsg.) Verfügbar unter http://perspektive-tg.ch/download/betriebskonzept-der-perspektive-thurgau/ [08.01.2016].

Verfassung des Kantons Thurgau. (2013). 2. Soziale Sicherheit und Gesundheit, 15. Verfügbar unter https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19870035/201303110000/131.228.pdf [08.01.2016].

Volken, T. & Juvalta, S. (2014). *Bedarfsanalyse migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Schlussbericht für den Kantonsärztlichen Dienst Ressort Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht des Kantons Thurgau,* Fachstelle Gesundheitswissenschaften Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Verfügbar unter http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12512/13669/index.html?lang=de&download=NHzLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLfYB6g2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A-- [14.05.2016].

Von Unger, H. (2012). Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? *Forum Qualitative Sozialforschung* (13(1), Art. 7), 1–29. Verfügbar unter http://www.academicpublishingplatforms.com/downloads/pdfs/fqs/volume1/201204082049_FQS_Vol13_1_2012_3.pdf [30.12.2015].

Von Unger, H., Klumb, S., Gangarova, T. & Wright, M. (2011). Herausforderungen der HIV-Prävention für Migranten. Ergebnisse einer Befragung der Aidshilfen. *Prävention und Gesundheitsförderung, 6* (1), 19–26. Verfügbar unter http://www.hiv-migration.de/sites/default/files/publikationen/Herausforderungen%20der%20HIV-Praevention%20fuer%20Migranten%20-%20Ergebnisse%20einer%20Befragung%20der%20AH%202010.pdf [10.01.2016].

Waider, S. (2014, 09. April). *Projektskizze HIV/STI Prävention im Kanton Thurgau*. Perspektive Thurgau.

Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [27.12.2015].

Weltgesundheitsorganisation (1993). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung* (G.Conrad, Verlag für Gesundheitsförderung, Hrsg.), 97956 Gamburg, Bundesrepublik Deutschland

Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (2012). *The top 10 causes of death*. Verfügbar unter http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/.

7. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Programme der HIV/STI-Prävention der Perspektive Thurgau, eigene Darstellung	13
Tabelle 2	Übersicht der Dokumentenanalyse	24
Tabelle 3	Übersicht Literaturrecherche	28

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Organigramm der Perspektive Thurgau, van Grinsven, 2015, S. 15	3
Abbildung 2	HIV-Meldungen nach Geschlecht und Jahr, 1985–2014, Bundesamt für Gesundheit, 2015, S. 342	9
Abbildung 3	HIV-Diagnosen in der Schweiz, unterteilt nach Ansteckungswegen, eigene Darstellung in Anlehnung an das Bundesamt für Gesundheit, 2015	10
Abbildung 4	Syphilis Fälle nach Geschlecht und Jahr, Bundesamt für Gesundheit, 2015, S. 350	11
Abbildung 5	Interventionsachsen, eigene Darstellung in Anlehnung an das Bundesamt für Gesundheit, 2010	12
Abbildung 6	Information-Motivation-Behavioral Skills Model, aus dem Englischen übersetzt, eigene Darstellung in Anlehnung an Fisher & Fisher, 1992	18
Abbildung 7	Strategie zur Förderung des Gesundheitsverhaltens, eigene Darstellung in	21
Abbildung 8	methodisches Vorgehen, eigene Darstellung	22
Abbildung 9	Ausländische Wohnbevölkerung im Kanton Thurgau, eigene Darstellung	31
Abbildung 10	Kategoriensystem, eigene Darstellung aus dem MAXMaps®	35

9. Anhang

Anhang 1 Leitfaden Experteninterview 1

Datum	
Zeit	
Ort	
Experte:	
Funktion	
Interviewende:	

Nr.	Thema	Interviewfragen	Notizen
1.	Einstiegsfrage		
		a. Welches sind Ihre zentralen Anliegen als Integrationsdelegierter? ○ Worin sehen Sie die Hauptaufgabe als Integrationsdelegierter?	
2.	Migrationsgruppen im Kanton Thurgau		
	Ausländische Wohnbevölkerung im Kanton Thurgau	a. Welches sind aus Ihrer Sicht (Sichtweise des Migrationsamts) die Herausforderung der ausländischen Wohnbevölkerung? ○ Welche Unterschiede sind erkennbar? ○ Welche Chancen entstehen? ○ Welche Probleme können entstehen? b. Im Kanton Thurgau ist die grösste Gruppe von Ausländern Personen aus Deutschland (57%), Italien (15%), Mazedonien (11%), Portugal (7%), sowie Personen aus der Türkei, aus dem Kosovo und aus Serbien (in abnehmen-	

		der Reihenfolge). Welche Herausforderungen bringen die einzelnen Gruppen mit? ○ Deutschland ○ Italien ○ Mazedonien ○ Portugal ○ Kosovo ○ Türkei ○ Serbien	
	Flüchtlinge	c. Inwiefern unterscheiden sich Flüchtige von der übrigen Migrationsbevölkerung? d. Welche besonderen Herausforderung/Problemstellungen bringen Flüchtlinge mit (Sichtweise des Migrationsamtes)?	
3.	Integrationsprozess		
	Stadt/Land	a. Wie gestaltet sich der Integrationsprozess bei MigrantInnen auf dem Land im Vergleich zur Stadt? ○ Welche Unterschiede sind vorhanden?	
		b. Warum gestaltet sich der Integrationsprozess aus Ihrer Sicht unterschiedlich? ○ Warum entstehen Schwierigkeiten ○ Inwiefern entstehen Chancen?	
4.	Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung und Prävention		
	Gesundheitsförderung und Prävention	a. Wie können MigrantInnen für die Gesundheitsförderung und Prävention aus Ihrer Sicht im Kanton Thurgau erreicht werden?	

		b. Inwiefern gelingt es dem Kanton Thurgau MigrantInnen für die Gesundheitsförderung und Prävention zu erreichen? ○ Welche Gruppen können gut erreicht werden? ○ Welche Gruppen sind schwer erreichbar? c. Welche Schwierigkeiten entstehen dabei?	
	Bisherige Projekte	d. Welche Projekte im Migrationsbereich waren bisher erfolgreich? ○ Warum waren diese Projekte erfolgreich? e. Wie konnten MigrantInnen durch diese Projekte erreicht werden? ○ Wie war das konkrete Vorgehen? f. Welche Projekte im Migrationsbereich waren weniger erfolgreich? ○ Warum waren diese weniger erfolgreich?	
5.	Abschluss		
		a. Gibt es noch Fragen/Ergänzungen. b. Gibt es Anmerkungen, wichtige Hinweise zum behandelten Thema?	

Anhang 2 Leitfaden Experteninterview 2

Datum	
Zeit	
Ort	
Expertin:	
Funktion	
Interviewende:	

Nr.	Thema	Interviewfragen	Notizen
1.	Einstiegsfrage		
		a. Warum ist es Ihnen ein Anliegen, vulnerable MigrantInnen für die HIV/STI-Prävention zu erreichen?	
2.	Angebot der Region		
		a. Welches Vorgehen wählen Sie, um vulnerable MigrantInnen für die HIV/STI-Prävention zu erreichen? b. Welches Ziel verfolgt Ihr Angebot? o Was möchten Sie damit erreichen? c. Wie Ihr Angebot konkret aufgebaut? d. Wie gelingt es Ihnen die Zielgruppe (vulnerable MigrantInnen) zu erreichen? e. Welches Vorgehen hat sich bisher bewährt? o Warum hat sich dieses Vorgehen bewährt? f. Welches Vorgehen erwies sich als schwierig? o Warum war dieses Vorgehen schwierig?	

		g. Welche Ideen/Ziele verfolgen Sie in der Zukunft? ○ Was haben Sie konkret geplant?	
3.	Vorgehen		
		a. Unterschiedliche Ansätze werden gemäss Afrimedia empfohlen. Welche Vorgehensweisen wenden Sie an und warum? ○ Schulungen ○ Mediatorinnen Ansatz (Aufsuchende Arbeit) ○ Online Aktivitäten ○ Kombination mit Femme Tische ○ Wissensvermittlung in Asylzentren/Durchgangsheimen? b. Welche Vorteile haben diese Vorgehensweisen? c. Welche Nachteile bringen diese Vorgehensweisen mit sich?	
4.	Definition der Zielgruppe		
	Erreichung der Ziel-gruppe	a. Welche Zielgruppe (Migrationsgruppen) möchten Sie erreichen b. Wie definieren Sie Ihre Zielgruppe? c. Laut Afrimedia sollen vor allem Migranten aus Sub-Sahara Afrika angespro-chen werden. Deckt sich dies mit Ihrer Erfahrung? ○ Warum soll diese Zielgruppe erreicht werden? ○ Welche anderen Migrationsgruppen sollen noch erreicht werden? d. (Für Regionen mit Mediatoren Ansatz) In welchen Settings (z.B. Afroshops, Coiffeur Salon) kann die Zielgruppe am besten erreicht werden?	
5.	Rahmenbedingungen/Unterstützung		
	Unterstützung	a. Welche finanziellen Mittel stehen Ihnen für die Umsetzung zur Verfügung? ○ Budget pro Jahr für den Bereich Migration	

		○ Personalkosten pro Jahr für den Bereich Migration b. Wie viel Stellenprozent sind für den Bereich Migration eingeplant? c. Inwiefern werden Sie methodisch/fachlich unterstützt? d. Wer unterstützt Sie bei der Schulung der Mitarbeitenden? e. Wie beurteilen Sie diese Unterstützung? f. Welche Art der Unterstützung wäre wünschenswert/ hilfreich?	
6.	Anforderungen an die MediatorInnen (für Regionen mit Mediatoren Ansatz)		
		a. Wie viele MediatorInnen/Mitarbeitende sind bei Ihnen beschäftigt? b. Welche Anforderungen werden an die MediatorInnen gestellt? c. Welche Fähigkeiten sollen Mediatorinnen/Mitarbeitende mitbringen? d. Wie sind Sie konkret vorgegangen, um Mediatorinnen/Mitarbeitende für den Bereich Migration zu finden? e. Wie kann Vertrauen zu den MediatorInnen/Mitarbeitende aufgebaut werden?	
7.	Abschluss		
		a. Gibt es noch Fragen/Ergänzungen? b. Gibt es Anmerkungen, wichtige Hinweise zum behandelten Thema?	

Anhang 3 Kategorie-Vulnerable MigrantInnen, aus dem MAXQDA 12

Farbe	Dokumentname	Kategorie/ Subkategorie	Zeile	Segment
●	Experteninterview_2.2	Zielgruppe Vulnerable MigrantInnen\Zielgruppendefinition	3	schauen muss, wer ist betroffen, wer benötigt die meiste Unterstützung
●	Experteninterview_2.2	Zielgruppe Vulnerable MigrantInnen\Vulnerabilitätsfaktoren	3	Da muss man feststellen, dass der Bereich in den Leuten relativ ungebildet sind. Wo andere soziale und kulturelle Faktoren noch dazu kommen.
●	Experteninterview_2.2	Zielgruppe Vulnerable MigrantInnen\Zielgruppendefinition	5	Vulnerable Gruppe muss man weiter definieren.
●	Experteninterview_2.2	Zielgruppe Vulnerable MigrantInnen\Vulnerabilitätsfaktoren	5	Migrant ist nicht per se vulnerable.
●	Experteninterview_2.2	Zielgruppe Vulnerable MigrantInnen\Zielgruppendefinition	5	Innerhalb der Migrationsgruppe auf die Zielgruppe festlegen.
●	Experteninterview_2.2	Zielgruppe Vulnerable MigrantInnen\Vulnerabilitätsfaktoren	7	Bei den Migranten, diese sind nicht per se so viel vulnerabler als andere Gruppen in der Schweiz. Da muss man schon genau schauen, wer ist vulnerabel.
●	Experteninterview_2.2	Zielgruppe Vulnerable MigrantInnen\Vulnerabilitätsfaktoren	7	brauchen vor allem die Information, zu wem können sie gehen wenn sie ein Problem haben, was kostet das, werden sie ausgewiesen wenn sie HIV positiv sind usw.
●	Experteninterview_2.2	Zielgruppe Vulnerable MigrantInnen\Zielgruppendefinition	15	Vulnerable Migranten sind eine Zielgruppe. In der Schweiz ist dies sicher ein Ansatz, welchen man beachten muss. Aber ich bin der Meinung, dass man das Ganze nicht auf die Migranten setzten soll. Weil so stellt man sie in eine Ecke.
●	Experteninterview_2.2	Zielgruppe Vulnerable MigrantInnen\Vulnerabilitätsfaktoren	15	Innerhalb der Migranten Gruppen gibt es besonders vulnerable, z.B. Sexarbeiterinnen,
●	Experterninter-view_2.3	Zielgruppe Vulnerable MigrantInnen\Zielgruppendefinition	7	Richtet sich direkt an Asylsuchende, welche neu in der Schweiz sind,
●	Experterninter-view_2.3	Zielgruppe Vulnerable MigrantInnen\Zielgruppendefinition	43	nicht die gesamte Migrationsbevölkerung, weil viele Personen davon zur Allgemeinbevölkerung zählen
●	Experterninter-view_2.3	Zielgruppe Vulnerable MigrantInnen\Zielgruppendefinition	43	Unser Kontakt bezieht sich auf Personen, welche noch nicht so lange in der Schweiz sind, welch das System noch nicht so gut kennen.

•	Experterninter-view_2.3	Zielgruppe Vulnerable MigrantIn-nen\Vulnerabilitätsfaktoren	43	Also eher niederschwellig, d.h. das sind auch die, welche eher das Gefühl haben sie sind eher vulnerable aufgrund ihrer Lebenssituation.
•	Experterninter-view_2.3	Zielgruppe Vulnerable MigrantIn-nen\Zielgruppendefinition	45	Fokus auf vulnerable Subsahara MigrantInnen aber nicht nur.
•	Experteninterview 2.1	Zielgruppe Vulnerable MigrantIn-nen\Zielgruppendefinition	11	aber wir möchten, ohne Hochprävalenz
•	Experteninterview 2.1	Zielgruppe Vulnerable MigrantIn-nen\Zielgruppendefinition	19	Begriff Hochprävalenz ist für mich etwas fraglich, weil man sieht, dass in den Afrikanischen Ländern die Zahlen herunter kommen in der Subsahara. Wir haben neue Brandherde
•	Experteninterview 2.1	Zielgruppe Vulnerable MigrantIn-nen\Zielgruppendefinition	19	finde ich kann ich mich nicht nur auf die Subsahara Region konzentrieren.
•	Experteninterview 2.1	Zielgruppe Vulnerable MigrantIn-nen\Zielgruppendefinition	20	nicht spezifische Zielgruppen ausdefinieren muss. Sondern allen Leuten welche in die Schweiz kommen und evtl., auch in der Schweiz bleiben
•	Experteninterview 2.1	Zielgruppe Vulnerable MigrantIn-nen\Zielgruppendefinition	48	Bei Afri-Tische ist es primär, dass wir mit Afrikanern arbeiten,
•	Experteninterview 2.1	Zielgruppe Vulnerable MigrantIn-nen\Zielgruppendefinition	49	Die Frage ist ob es in den Asylzentren ist oder ob Hochprävalenz ist.
•	Experteninterview 2.1	Zielgruppe Vulnerable MigrantIn-nen\Zielgruppendefinition	49	Man hat sich auf etwas fokussiert, weil dort der Brandherd was. Ich habe eine andere Sichtweise.
•	Experteninterview 2.1	Zielgruppe Vulnerable MigrantIn-nen\Vulnerabilitätsfaktoren	50	Mühe mit Stigmatisierungen. Wenn man sagt eine bestimmte Bevölke-rungsgruppe ist per se eine Risikogruppe.

Anhang 4 Kategorie-Zielsetzung, aus dem MAXQDA 12

Farbe	Dokumentname	Kategorie/ Subkategorie	Zeile	Segment
	Experteninterview_2.2	Zielsetzung\Stigma Reduktion	5	nicht nur HIV/Aids- Prävention, weil alleine das bereits schwierig ist für die Migranten unter diesem Namen,
	Experteninterview_2.2	Zielsetzung\Grundlagewissen	5	Unterstützung für sexuelle Gesundheit, vor allem Information über den Zugang, über Grundlagen Information.
	Experteninterview_2.2	Zielsetzung\Grundlagewissen	11	Leute informiert sind, Informationsweitergabe
	Experteninterview_2.2	Zielsetzung\Grundlagewissen	11	ein übergeordnetes Ziel ist auch dass sie sich testen lassen
	Experteninterview_2.2	Zielsetzung\Grundlagewissen	11	Man muss aber auch genau definieren, warum wir welche Gruppe testen lassen sollen. Ich bin absolut dagegen, dass wir in Durchgangszentren testen. Weil diese sind vulnerabel, da gibt es noch keinen sicheren Statuts.
	Experterninterview_2.3	Zielsetzung\Stigmareduktion	13	sehr unterschiedliche Zielsetzungen. Früherkennung, Normalisierung, Stigma Reduktion,
	Experterninterview_2.3	Zielsetzung\Grundlagewissen	13	Grundsätzliche Informationen zu Prävention von Infektionen.
	Experteninterview 2.1	Zielsetzung\Grundlagewissen	14	Kompetenz im Bereich sexueller Gesundheit vermitteln,
	Experteninterview 2.1	Zielsetzung\Grundlagewissen	14	Grundkenntnisse. Was ist HIV/Aids, wie kann man sich schützen, Kondom gebrauch, wo kann man sich testen lassen, was passiert bei einem allfälligen positiven Testresultat. Also wirklich Basis.
	Experteninterview 2.1	Zielsetzung\Spezifische Themen vermitteln	15	Und dann versuchen wir, wenn es geht, wenn es eine Frauen Gruppe ist, sie zu stärken, dass die Verhütung nicht bei ihnen liegt, sondern dass sie Druck machen bei den Männern
	Experteninterview 2.1	Zielsetzung\Spezifische Themen vermitteln	15	Manchmal kann es auch um sexuelle Gewalt gehen, Homosexualität, versuchen immer neue Themen hinein zu bringen
	Experteninterview 2.1	Zielsetzung\Grundlagewissen	20	Grundkenntnisse vermitteln.
	Experteninterview 2.1	Zielsetzung\selbsttragend	57	Ich finde es muss einfach au selbsttragend sein.

Anhang 5 Kategorie-Schulungen, aus dem MAXQDA 12

Farbe	Dokumentname	Kategorie/ Subkategorie	Zeile	Segment
●	Experteninterview_2.2	Schulungen\Vorgehensweise/Settings	5	Integrationsschulen, Vereine, spezielle Einrichtungen. Ausbildungslehrgänge speziell für Migranten.
●	Experteninterview_2.2	Schulungen\Vorgehensweise/Settings	5	Da machen wir als Teil eines Ausbildung Moduls im Rahmen eine Gesundheitswoche machen wir dann den Teil sexuelle Gesundheit und ganz speziell STI's.
●	Experteninterview_2.2	Schulungen\Themenschwerpunkte	5	machen wir dann den Teil sexuelle Gesundheit und ganz speziell STI's.
●	Experteninterview_2.2	Schulungen\Vorgehensweise/Settings	7	gehen wir in Durchgangszentren in Kleingruppen
●	Experteninterview_2.2	Schulungen\Themenschwerpunkte	7	Geschlechter getrennt mit einem Präventionskoffer (mit Verhütungsmitteln), einfach zeigen was es alles gibt. Es geht darum generelle Informationen, wie läuft so etwas in der Schweiz und
●	Experteninterview_2.2	Schulungen\Vorgehensweise/Settings	17	Wir versuchen mit kleinen Gruppen zu arbeiten, hier haben wir ein gutes Feedback erhalten.
●	Experteninterview_2.2	Schulungen\Themenschwerpunkte	21	Bereich Sexuelle Gesundheit als ein „Köfferchen" welches wir haben und dies in den Integrationsinstitutionen ein klares Paket anbieten.
●	Experteninterview_2.2	Schulungen\Pro und Contra	21	ganz klare Dienstleistung, welche wir auch bezahlen lassen können.
●	Experteninterview_2.2	Schulungen\Pro und Contra	21	es ist für die Zukunft, weil sie nicht so teuer sind und somit gut finanzierbar wären.
●	Experteninterview_2.2	Schulungen\Pro und Contra	31	Vorteil ist, dass viele da sind. Dass die Infrastruktur gegeben ist. Dass die Leute auch Ansprechpersonen haben danach.
●	Experteninterview_2.2	Schulungen\Pro und Contra	31	Der Nachteil ist für mich ganz klar sie sind in einer sehr vulnerablen Situation.
●	Experteninterview_2.2	Schulungen\Pro und Contra	31	eine Verhaltensveränderung erreichen möchte, da kann man eher wenig erwarten
●	Experterninterview_2.3	Schulungen\Vorgehensweise/Settings	7	Dann bieten wir Schulungen (Präventionskurse) an, welche unsere MediatorInnen selbständig durchführen
●	Experterninterview_2.3	Schulungen\Vorgehensweise/Settings	7	bei den Durchgangsheimen. Auch bei den Integrationskursen,
●	Experterninterview_2.3	Schulungen\Pro und Contra	16	Auch über andere Institutionen wie Durchgangsheime oder Integrationskurse. Dies hat aber immer den Anstrich von dem Schweizer, welche einem Wissen oder ein Bild von Gesundheit Krankheit vermittelt.
●	Experterninterview_2.3	Schulungen\Vorgehensweise/Settings	18	Machen die Projektmitarbeiterinnen selbständig.
●	Experterninterview_2.3	Schulungen\Vorgehensweise/Settings	20	Wenn wir die Sprache nicht abdecken können, dann fordern wird interkulturelle ÜbersetzerInnen an.

●	Experterninterview_2.3	Schulungen\Themenschwerpunkte	20	Manchmal gehe ich, wenn es um spezielle Themen geht. Z.B. Körper, Schwangerschaft, Verhütungsmittel. Z.B. junge Männer, welche Pornos konsumieren, dann kann man ein thematischer Kurs für dies Personen organisieren.
●	Experterninterview_2.3	Schulungen\Pro und Contra	23	Schulungen ist bestimmt der aufwändigste teil, auch vom Aufbau der Kurs LeiterInnen.
●	Experterninterview_2.3	Schulungen\Pro und Contra	23	In unseren Augen auch der nachhaltigste. Man kann am meisten in die Tiefe gehen und am meisten Inhalt vermitteln.
●	Experterninterview_2.3	Schulungen\Vorgehensweise/Settings	30	verschiedene Teams in der Asylsozialarbeit geschult. Wir haben Schulungen für Mitarbeitende von Durchgangsheimen gemacht.
●	Experterninterview_2.3	Schulungen\Pro und Contra	35	Schulungen sind die Vorteile das es tiefenwirksamer sind, mehr in die Tiefe gehen Inhaltlich
●	Experterninterview_2.3	Schulungen\Pro und Contra	35	Nachteil ist, dass es aufwändig ist, um die Kursleitungen zu schulen. Wenn man es alleine machen würde, wäre es zeitaufwändig.
●	Experterninterview_2.3	Schulungen\Pro und Contra	41	Es ist so, dass man die Personen dort erreichen kann. Weil sie in einer Institution sind.
●	Experterninterview_2.3	Schulungen\Vorgehensweise/Settings	41	nicht für das Testen von Asylsuchenden aus politischen Motiven. Wir möchten ihnen die Infos geben
●	Experterninterview_2.3	Schulungen\Pro und Contra	49	Fahrspesen übernehmen wir für die Asylsuchenden. Dies ist ein grosser Kostenpunkt bei den Kursen.
●	Experteninterview 2.1	Schulungen\Vorgehensweise/Settings	11	Einsätzen in Asylzentren, vorher war keine Nachfrage da.
●	Experteninterview 2.1	Schulungen\Themenschwerpunkte	11	es braucht in den Asylzentren Grundinformationen über HIV/Aids, STI, sexuelle Gesundheit, Prävention und Kondom gebrauch und unabhängig woher die Leute kommen.
●	Experteninterview 2.1	Schulungen\Pro und Contra	21	Asylzentren, dort erreiche ich alle.
●	Experteninterview 2.1	Schulungen\Vorgehensweise/Settings	24	Schulungen machen wir in den Asylzentren mit dem Personal der Asylheime.
●	Experteninterview 2.1	Schulungen\Pro und Contra	40	Es ist ein Durchgang, alle können erreicht werden
●	Experteninterview 2.1	Schulungen\Pro und Contra	40	Jeder welcher in einem Asylzentrum kommt hat schon einmal ein Grundlage wissen über HIV/Aids, STI
●	Experteninterview 2.1	Schulungen\Pro und Contra	40	Nachteil ist natürlich die Sprachbarriere, es braucht die Bereitschaft der Asylzentren, es braucht die Ressourcen.
●	Experteninterview 2.1	Schulungen\Pro und Contra	41	Nachteil ist die grosse Fluktuation nicht nur auf der Ebene der Flüchtlinge, sondern auch beim Personal.
●	Experteninterview 2.1	Schulungen\Pro und Contra	41	Asylsuchenden extrem froh über diese Informationen

●	Experteninterview 2.1	Schulungen\Pro und Contra	42	der Schwerpunkt wird nicht auf der HIV/STI-Prävention gelegt. Habe ich schon vor drei Jahren gehört, das ist einfach vorgeschoben, weil sie es nicht als primär anschaut wird.
●	Experteninterview 2.1	Schulungen\Pro und Contra	42	Die Gesundheit steht für sie aktuell nicht im Vordergrund.
●	Experteninterview 2.1	Schulungen\Pro und Contra	46	Einsätze in Asylzentren müssen gezahlt werden, darum bleibt dies Mal einfach so.
●	Experteninterview 2.1	Schulungen\Pro und Contra	50	Mit der Institution, dem Asylzentrum ist es teilweise schwierig.

Anhang 6 Kategorie-Afri-Tische, aus dem MAXQDA 12

Farbe	Dokumentname	Kategorie/ Subkategorie	Zeile	Segment
●	Experteninterview 2.1	Afri-Ti-sche\Vorgehen/Rahmenbedingungen	9	haben wir noch die Afri-Tische. Arbeite mit einer Mediatorin. Sie macht 10 Afri-Tische, haben den Vertrag unterschrieben. Für viel weniger Geld.
●	Experteninterview 2.1	Afri-Tische\Pro und Contra	9	Für viel weniger Geld. Zu diesem Projekt kann ich dahinterstehen und es ist ein anderer Ansatz als Afrimdedia.
●	Experteninterview 2.1	Afri-Tische\Pro und Contra	10	Ich habe das Gefühl es ist nachhaltiger, weil man viel näher an den Leuten ist, im Vergleich zu vorher Strasseneinsätze, Kondom verteilen, ist für mich keine Präventionsarbeit.
●	Experteninterview 2.1	Afri-Ti-sche\Vorgehen/Rahmenbedingungen	30	Wir machen Afri-Tische
●	Experteninterview 2.1	Afri-Tische\Pro und Contra	35	Nachteile von Afri-Tische: sicher aufwändig oder anspruchsvoll, immer wieder neue Leute zu suchen, also für die Mediatorin und auch für die Gastgeberin.
●	Experteninterview 2.1	Afri-Tische\Pro und Contra	35	Es ist auch schwierig die Leute bei der Stange zu halten, damit es eine Kontinuität gibt, aber auch eine sinnvolle Fluktuation bei den Teilnehmenden.
●	Experteninterview 2.1	Afri-Tische\Pro und Contra	36	nicht viele Nachteile, weil es thematisch offen ist, die also wenn die Mediatorin offen ist kann sie sehr auf die Bedürfnisse der Gruppe eingehen und spontan reagieren.
●	Experteninterview 2.1	Afri-Tische\Pro und Contra	36	Ich habe das Gefühl es ist nachhaltiger. Es läuft vieles über Emotionen und über persönliche Beziehungen.
●	Experteninterview 2.1	Afri-Tische\Pro und Contra	37	Es ist halt einfach man erreicht nicht viel Leute.
●	Experteninterview 2.1	Afri-Tische\Pro und Contra	37	kein Flächenprogramm. Aber mir ist das lieber wir erreichen 150 Personen wirklich als vorher, in der Statistik sieht es gut aus 1000 Personen
●	Experteninterview 2.1	Afri-Tische\Pro und Contra	37	die Quantität ist klein, aber ich finde die Qualität ist das Ziel.
●	Experteninterview 2.1	Afri-Ti-sche\Vorgehen/Rahmenbedingungen	38	Afri-Tische es kostet für mich einige Ressourcen, sie macht alles selber, ich zahle sie aus, wir machen 1-2 Sitzungen pro Jahr.
●	Experteninterview 2.1	Afri-Tische\Pro und Contra	38	Es bedeutet für mich sehr wenig Aufwand,
●	Experteninterview 2.1	Afri-Tische\Pro und Contra	38	Mit wenig Ressourcen durch eine Fachperson einigermassen Leute erreichen und es ist ein evaluiertes Programm, das ist mir wichtig.
●	Experteninterview 2.1	Afri-Tische\Pro und Contra	38	Ich finde Femmes-Tische ist ein gutes Tool.

●	Experteninterview 2.1	Afri-Tische\Pro und Contra	43	Afri-Tische hat sich bewährt, aus meiner Sicht, ist aber auch kein neues Tool
●	Experteninterview 2.1	Afri-Ti-sche\Vorgehen/Rahmenbedingungen	46	Afri-Tische wird über Afrimedia unterstützt.
●	Experteninterview 2.1	Afri-Ti-sche\Vorgehen/Rahmenbedingungen	59	es sind etwa 60 Stunden sein, welche sie aufwenden. Die Hälfte wird über die Aids-Hilfe Schweiz abgedeckt.

Anhang 7 Kategorie-Mediatoren-Ansatz, aus dem MAXQDA 12

Farbe	Dokumentname	Kategorie/ Subkategorie	Zeile	Segment
●	Experteninterview_2.2	Mediatoren-Ansatz\Settings	5	Migranten Communitys generell sprechen, dass man zuerst einmal Zugang haben muss und dann, welche Information sind für diese Personen relevant.
●	Experteninterview_2.2	Mediatoren-Ansatz\Persönlichkeit	9	fünf Mediatorinnen welche das machen. Wir haben drei aus Subsahara Afrika, eine aus Osteuropa, einen arabisch sprechenden Mann.
●	Experteninterview_2.2	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	9	wenn es um Gesundheit geht, dass es wichtig ist, dass die Personen dieselbe Sprache sprechen,
●	Experteninterview_2.2	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	9	gerade die Migranten ersehen es nicht als wichtig, dass die Personen aus demselben Kulturkreis kommen.
●	Experteninterview_2.2	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	9	kann auch jemand sein aus der Schweiz, es geht mehr darum das sie das Vertrauen haben, dass diese Person das Fachwissen mitbringt.
●	Experteninterview_2.2	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	9	Personen aus ihrer Community kommen kann auch ein Misstrauen grösser.
●	Experteninterview_2.2	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	19	Mediatorinnen hinschickt welche nicht besonders gut ausgebildet sind.
●	Experteninterview_2.2	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	19	einem Rahmen anzusprechen, wo es etwas unangenehm ist. Ich möchte auch nicht beim Frisör über mein Sexualverhalten angesprochen werden.
●	Experteninterview_2.2	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	19	Leute müssen auch sehr gut geschult werden.
●	Experteninterview_2.2	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	23	Also diese Art wie das gelaufen ist, finde ich schwierig. Ich denke es ist wichtig, dass man einen Peeransatz hat, das wir überall so gemacht, es gibt auch Best Practis Beispiele, aber das ist kein Selbstläufer.
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Settings	6	aufsuchende Arbeit an Festival, kulturellen Festen, Privat Partys, aber auch in der Kirche, Gemeinden, Coiffeur Salon, Afroshops.
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Settings	6	Wir gehen vorbei, versuchen die Personen in ein Gespräch zu verwickeln, geben Info- Material ab, weisen auf unser Angebot hin. Dies ist die aufsuchende Community Arbeit.
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	14	die Zielgruppe, welche wir als homogen betrachten, eigentlich sehr heterogen ist. Und einige Personen ein starkes Konkurrenz Verständnis zueinanderstehen. Das ist etwas, was unsere Arbeit erschwert, wenn Personen kommen und sagen, warum arbeitet ihr mit diesen Mediatorinnnen und die Schlüsselpersonen.
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	16	Am besten durch den direkten Kontakt über die MediatorInnen.

●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	23	Bei der aufsuchenden Arbeit kann man nicht so in die Tiefe gehen, weil der Rahmen anders ist. An einem Festival möchten die Personen nicht unbedingt über ihre Sexualität sprechen, sondern sie sind dort, um Spass zu haben.
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	23	aufsuchende Arbeit gemacht hat. Da braucht man am wenigsten Methodisches Vorwissen, es kann spontan organisiert werden, es ist so ein Klassiker.
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	25	Projektmitarbeitenden hat, welche zwischen 8-20 Stunden arbeiten pro Monat, das ist wenig. Dann kann man die Qualität nicht gleich gut voraussetzen.
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	25	mehr Aufwand, dafür haben wir sehr viele verschiedenen Ressourcen, welche in das Projekt hineinkommt. Aufgrund ihrer Persönlichkeit, aufgrund der Ausbildung.
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	36	Mediatorinnen Ansatz ist ein extremer Gewinn, weil ich immer wieder Inputs erhalte von Personen aus der Zielgruppe.
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	36	es gibt mir neuen Ideen, z.B. geht auf Facebook.
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	36	Sie leisten viel, sie nehmen mir viel Arbeit ab,
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	36	Der Nachteil ist der grosse Aufwand.
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Settings	47	Überall wo es Leute hat sind die MediatorInnen, z.B. Afroshops, Coiffeur Salon, Festival.
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Settings	47	Mit Migrationskirchen ist es häufig schwierig, weil man das Thema von sich weghaben möchte. Sexualität ist zwar ein Thema, aber trotzdem möchte man dies nicht in der Kirche thematisieren.
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Persönlichkeit	49	Wir haben sieben MediatIonen aus 6 verschiedenen Ländern.
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Persönlichkeit	55	Die MediatorInnen Schulungen mache vor allem ich.
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Persönlichkeit	59	Offenheit dem Thema gegenüber. Motivation dem Thema gegenüber
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Persönlichkeit	59	Selbstreflektiert in diese Thematik hineinzugehen.
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Persönlichkeit	59	Wir möchten nicht HIV Prävention machen und gleichzeitig Stigmatisierung von Homosexualität z.B. oder von unterschiedlichen Lebensmodellen zementieren. Das muss sich jemand bewusst sein, wenn jemand mit uns arbeitet.
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Persönlichkeit	59	Persönlichkeit hat, welche gerne auf Menschen zugeht.
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Persönlichkeit	59	es braucht Mut auf die Personen zuzugehen, man hat schnell einen Stempel „Miss Kondom“.

●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Persönlichkeit	61	sondern zusätzlich die Motivation. Sie will dies machen, sie sagt sie gehe gerne auf die Personen zu.
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Persönlichkeit	63	Ich habe sie zuerst gebeten mich einzuführen, weil sie wussten, was an der Basis geschieht. Zuerst musste ich ihre Arbeit verstehen, um sie danach zu unterstützen und die Einsätze zu koordinieren.
●	Experterninterview_2.3	Mediatoren-Ansatz\Persönlichkeit	65	Es gibt auch unterschiedliche Meinungen, es hat sehr starke Charaktere in diesem Team. Aber trotzdem sind alle wertschätzend.
●	Experteninterview 2.1	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	8	Zuerst mit den Mediatorinnen das Programm weitergeführt. Habe aber dann gemerkt, dass ich grosse Fragezeichen haben, A wegen dem Aufwand, B an der Professionalität der Mediatorinnen und C an der Wirkung.
●	Experteninterview 2.1	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	17	Über Afrimedia hatte ich das Gefühl, dass man die Zielgruppe überhaupt nicht erreicht. Weil es setzt voraus, dass die Mediatorinnen irgendwo Community nahe sind und sich an diesen Orten aufhalten, in den Zentren, in den Kirchen. Meine Mediatorinnen waren nicht an diesen Orten.
●	Experteninterview 2.1	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	18	wenn es so teuer ist und die Zielgruppe nicht erreicht wird und ich auch kein gutes Gefühl hatte
●	Experteninterview 2.1	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	18	Mein Fazit war, die Zielgruppe wird nicht erreicht.
●	Experteninterview 2.1	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	51	Mediatorinnen Ansatz, es ist für mich keine Garantie, dass wenn ich zwei Eritreer auf Eritreer loslasse, als wenn es zwei Schweizerinnen sind.
●	Experteninterview 2.1	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	51	gab auch schon Situationen, in denen man nicht mit den Personen aus der Community sprechen wollte, weil man ihr nicht vertrauen konnte
●	Experteninterview 2.1	Mediatoren-Ansatz\Pro und Contra	51	Je nach dem hat man mehr Vertrauen in Schweizerinnen, weil sie von diesem Land sind.

Anhang 8 Kategorie-Online Angebote, aus dem MAXQDA 12

Farbe	Dokumentname	Kategorie/ Subkategorie	Zeile	Segment
●	Experterninterview_2.3	Online Angebote\Facebook	10	Ein weiteres Angebot ist Facebook, etwas relativ Neues. Wir sind zielgruppen-spezifisch aktiv auf Facebook.
●	Experterninterview_2.3	Online Angebote\Facebook	10	Initiative der Projektmitarbeitenden, darum könnte man es aktive Partizipation nennen, sie verwalten dies auch selbst mit, von den Mediatorinnen.
●	Experterninterview_2.3	Online Angebote\Facebook	10	erreichen wir nicht unbedingt die vulnerable, also nicht diese, welche nicht lesen und schreiben können.
●	Experterninterview_2.3	Online Angebote\Facebook	10	Umfeld anzusprechen, dass Personen mit Migrationshintergrund sagen ich bin diesem Thema gegenüber offen
●	Experterninterview_2.3	Online Angebote\Facebook	10	Dadurch möchten wir eine Normalisierung erreichen
●	Experterninterview_2.3	Online Angebote\Vor- und Nachteile	38	Wenn man sich auskennt ist es relativ einfach
●	Experterninterview_2.3	Online Angebote\Vor- und Nachteile	38	fühle mich sehr gut informiert mit Facebook
●	Experterninterview_2.3	Online Angebote\Vor- und Nachteile	38	auf Facebook ist, haben wir bereits etwas statistische Auswertungen
●	Experterninterview_2.3	Online Angebote\Vor- und Nachteile	38	Aber wir können anhand von diesen werten nicht ablesen, ob wir das Ziel er-reicht haben oder nicht.

Anhang 9 Kategorie-Weitere Programme, aus dem MAXQDA 12

Farbe	Dokumentname	Kategorie/ Subkategorie	Zeile	Segment
●	Experterninterview_2.3	weitere Programme	8	HIV-Tests, welche wir kostenlos durchführen für Asylsuchende und Sans-Papiers.
●	Experterninterview_2.3	weitere Programme	8	nach Bedarf, wenn z.B. in einem Kurs viele Teilnehmen auch einen Test machen möchte, dann bieten wir dies auch in den Asylzentren an.
●	Experterninterview_2.3	weitere Programme	9	niederschwellige Beratungen, welche Projektmitarbeitende selbst durchführen, eine Frau in Bern,
●	Experterninterview_2.3	weitere Programme	9	Eine Frau in Biel, welche sehr gut vernetzt ist und niederschwellig berät zu verschiedenen Themen im Bereich der Sexuellen Gesundheit.
●	Experterninterview_2.3	weitere Programme	9	HIV-positiv sind, sich nicht direkt an sie wenden will, weil sie Angst haben, dass es danach in der Community thematisiert würde.
●	Experterninterview_2.3	weitere Programme	31	Übersetzungsdienst in Bern haben wir 60 Personen zu HIV geschult, zum Thema Vertraulichkeit, Schwierigkeiten von Betroffenen in der Schweiz.
●	Experterninterview_2.3	weitere Programme	31	Wir möchten damit Schlüsselpersonen aus der Zielgruppe erreiche und auch eine bessere Übersetzungsqualität zu haben, wenn wir diese brauchen.

Anhang 10 Kategorie-Rahmenbedingungen/Unterstützung, aus dem MAXQDA 12

Farbe	Dokumentname	Kategorie/ Subkategorie	Zeile	Segment
●	Experteninterview_2.2	Rahmenbedingungen/Unterstützung\Finanziell	36	Eine Person ist 60% angestellt. Und die anderen sind freelance 5 Personen. Die werden über das Budget welche wir von Afrimedia erhalten abgedeckt. Der Rest läuft über die ZHA, Stadt und Kanton.
●	Experteninterview_2.2	Rahmenbedingungen/Unterstützung\Methodisch und fachlich	38	interne Weiterbildung. Also alle zwei Monat muss einer ein Thema für eine halbe Stunde vorbereiten und dies das vorstellen
●	Experteninterview_2.2	Rahmenbedingungen/Unterstützung\National	40	die AHS müsste nochmals ganz klar ihr Mandat definieren.
●	Experteninterview_2.2	Rahmenbedingungen/Unterstützung\National	40	schwieriges Thema, auch politisch. Dass es ein klares Mandat gibt, also vom BAG und der Aids-Hilfe Schweiz. Dies wäre wünschenswert.
●	Experteninterview_2.2	Rahmenbedingungen/Unterstützung\Methodisch und fachlich	42	im Migrationsbereich im Vergleich zu den anderen Bereichen. Hier gibt es wenig klare Linien.
●	Experteninterview_2.2	Rahmenbedingungen/Unterstützung\Methodisch und fachlich	42	wie in anderen Bereichen, sollte man genauso wissenschaftlich hinterlegt und mit einer Ernsthaftigkeit und mit einer Professionalität ran gehen
●	Experterninterview_2.3	Rahmenbedingungen/Unterstützung\Finanziell	49	Unterstützung vom Kanton Bern, der Aids-Hilfe Schweiz und Afrimedia.
●	Experterninterview_2.3	Rahmenbedingungen/Unterstützung\Finanziell	51	Etwa 40% für den Migrationsbereich, ich mache sonst noch Telefonberatungen, Mailberatung und Schulungen. Im Migrations- Pensum mache ich Vernetzung, Koordination, Veranstaltungen, Förderungen der Projektmitarbeitenden.
●	Experterninterview_2.3	Rahmenbedingungen/Unterstützung\Methodisch und fachlich	53	Intern haben wir einen Austausch,
●	Experterninterview_2.3	Rahmenbedingungen/Unterstützung\Methodisch und fachlich	53	Manchmal kommt ein Arzt, welche über HIV/STI Update, wir diskutieren Haltungsfragen zusammen.
●	Experterninterview_2.3	Rahmenbedingungen/Unterstützung\National	57	Ich würde mir viel wünschen, vor allem auf nationaler Ebene.
●	Experterninterview_2.3	Rahmenbedingungen/Unterstützung\National	57	In Bern macht man das was einem in Bern zur Verfügung steht. Vom BAG und von der Aids-Hilfe Schweiz kommt nichts mehr.
●	Experteninterview 2.1	Rahmenbedingungen/Unterstützung\Finanziell	54	kantonales Budget, kann ich dort abzwicken, was ich möchte
●	Experteninterview 2.1	Rahmenbedingungen/Unterstützung\Finanziell	55	Was Afrimedia angelangt, dort werden wir von Der Aids-Hilfe Schweiz unterstützt.

●	Experteninterview 2.1	Rahmenbedingungen/Unterstützung\Methodisch und fachlich	61	Aids-Hilfe Schweiz für die Weiterbildung zuständig.
●	Experteninterview 2.1	Rahmenbedingungen/Unterstützung\Methodisch und fachlich	62	Mein Fazit ist, die Weiterbildungen fressen mir die ganzen Subventionen weg.
●	Experteninterview 2.1	Rahmenbedingungen/Unterstützung\Methodisch und fachlich	62	Fachpersonen welche sehr viel Knowhow mitbringen.
●	Experteninterview 2.1	Rahmenbedingungen/Unterstützung\Methodisch und fachlich	62	Das Wissen wird selbst generiert, weil sie in unterschiedlichen Kontexten arbeiten
●	Experteninterview 2.1	Rahmenbedingungen/Unterstützung\National	64	Mehr Verbindlichkeit mit den politischen Stellen.

Anhang 11 Kategorie-Zukunftsperspektiven, aus dem MAXQDA 12

Farbe	Dokumentname	Kategorie/ Subkategorie	Zeile	Segment
●	Experterninterview_2.3	Zukunftsperspektiven	27	am Erarbeiten eines HIV Quiz. Dies sind Frage und Antwort Kärtchen, welche die Mediatorinnen während ihrer aufsuchenden Arbeit verwenden können.
●	Experterninterview_2.3	Zukunftsperspektiven	27	Die Karten sind bereits auf Deutsch, französisch, Englisch als PDF verfügbar, aber noch nicht veröffentlich.
●	Experterninterview_2.3	Zukunftsperspektiven	27	So können die Personen mehr in ein Gespräch verwickeln.
●	Experterninterview_2.3	Zukunftsperspektiven	27	ein Tool welches wir selber nutzen möchten und aber auch anderen interessierten zu Verfügung stehen.
●	Experterninterview_2.3	Zukunftsperspektiven	28	Zusammenarbeit mit anderen Institutionen gibt. Wir schauen immer, was könnte man noch machen.
●	Experteninterview 2.1	Zukunftsperspektiven	57	Wir haben ein Grundangebot, aber wir haben die Möglichkeit, wenn es gefragt ist, aufzustocken.

Anhang 12 Kategorie-Wirkung der Prävention, aus dem MAXQDA 12

Farbe	Dokumentname	Kategorie/ Subkategorie	Zeile	Segment
●	Experterninterview_2.3	Wirkung der Prävention	38	Die Wirkung messbar zu machen ist schwierig im Bereich der Prävention.
●	Experteninterview 2.1	Wirkung der Prävention	65	Alle zu erreichen, das ist schwierig. Man muss bescheiden werden in der Präventionsarbeit.
●	Experteninterview 2.1	Wirkung der Prävention	69	Es ist immer so, dass Prävention nicht als wichtig erachtet wird.
●	Experteninterview 2.1	Wirkung der Prävention	69	Erst wenn es brennt, z.B. sofort Hilf. Die Feuerwehr muss kommen, aber vorher gibt es keinen Brandschutz.
●	Experteninterview 2.1	Wirkung der Prävention	70	Im Alltag verhalten wir uns oft präventiv. Wir haben den Fokus, dass wir den Wetter Bericht anschauen und unsere Kleidung entsprechend anpassen.
●	Experteninterview 2.1	Wirkung der Prävention	70	Kühlschrank ist nichts Anderes als Prävention, wir haben Essen Zuhause, auch wenn wir jetzt keinen Hunger haben, aber wir wissen, dass wir Hunger haben werden.
●	Experteninterview 2.1	Wirkung der Prävention	70	Aber dann höre ich immer wieder Prävention ist nicht so wichtig
●	Experteninterview 2.1	Wirkung der Prävention	71	Jede Versicherung ist ein Präventionsgedanke. Prävention ist vorausschauendes Handeln. Ich handle heute so, dass ich morgen keine Probleme habe.