

Evaluation der AIDS- Präventions-Strategie in der Schweiz

Sechster zusammenfassender Bericht 1996-1998

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
Unité d'évaluation de programmes de prévention

Evaluation der AIDS- Präventions-Strategie in der Schweiz

Sechster zusammenfassender Bericht 1996-1998

Françoise Dubois-Arber, André Jeannin, Brenda Spencer,
Giovanna Meystre-Agustoni, Mary Haour-Knipe,
Florence Moreau-Gruet, Fabienne Benninghoff, Fred Paccaud

Zusammenarbeit

Unser Dank gilt auch den Forschern, die an dieser Evaluation mitgearbeitet haben :

Chollet-Bornand Anne, Ernst Marie-Louise, Geense Rachel,
Gervasoni Jean-Pierre, Häusermann Michael, Hausser
Dominique, Kessler Daniel, Landert Charles, Link Institut
für Markt- und Sozialforschung, Thomas Ralph

Dankesworte

Massgeblich zum Gelingen dieser Evaluation beigetragen haben die hervorragende Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit in Bern, der Einsatz aller für die Studien verantwortlichen Forscher und Forscherinnen sowie die wertvolle Mitarbeit von Myriam Maeder, Irène Kölbl, Simone Hubert, Sekretärinnen der Abteilung für Evaluation von Präventionsprogrammen des IUMSP.

Der Bericht verdankt sein Entstehen zudem der Mitarbeit zahlreicher Personen aus der Bevölkerung oder aus bestimmten Berufskreisen, die sich für die verschiedenen Erhebungen zur Verfügung gestellt haben.

Ihnen allen sei herzlich gedankt.

Diese Studie wurde vom Bundesamt für Gesundheit mandatiert und von der Eidgenössischen Aids-Forschungskommission finanziert, Vertrag Nr. 316.95.5755 A-B-C, Bern.

Zum Zitieren

Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, Benninghoff F, Paccaud F. Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz: sechster zusammenfassender Bericht 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1999.

Übersetzung

Transit TXT, Freiburg

Adresse für Bestellung

Institut universitaire de médecine sociale et préventive
17, rue du Bugnon
CH-1005 Lausanne
Tel. : 0041 21 314 72 92
Fax : 0041 21 314 72 44
Mail : uepp@inst.hospvd.ch

Inhalt

1			
Einführung	7	4	HIV/Aids-Prävention im Strafvollzug 18
HIV/Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz	7	Die HIV/Aids-Situation in den Strafanstalten	18
Fortlaufende Evaluation, Ansatz und Methode	7	Die Drogenkonsumenten in Strafanstalten	18
Evaluation, die sich mit dem Ablauf	7	Drogenkonsum in Strafanstalten	18
der Präventionsaktionen bzw. mit dem Einsatz		Die Konsumart sowie das HIV-Übertragungsrisiko	19
von Multiplikatoren für die Botschaften		durch Injektionen oder auf sexuellem Weg	19
befasst (Prozess)	9	Prävalenz von HIV- und Hepatitis-Infektionen	19
Evaluation der Wirksamkeit der Prävention	9	in Strafanstalten	19
(Ergebnisse)	9	Die Angebote zur HIV/Aids-Prävention	
Evaluation des Umfelds der HIV/Aids-Prävention	9	und die Möglichkeiten zur Betreuung von	
		Risikopersonen und bereits Infizierten	19
		in den Schweizer Strafanstalten	19
		Schlussfolgerungen	20
		Empfehlungen	20
		5	«Gesundheit von Frauen –
			Schwerpunkt HIV/Aids-Prävention»
Evaluation der Umsetzung der Strategie			
2			Aktionsprogramm 1994-1998 21
STOP-AIDS-Kampagne	11	Erste Phase der Evaluation	21
Aktivitäten der STOP-AIDS-Kampagne	11	Zweite Phase der Evaluation	21
Sichtbarkeit und Akzeptanz	11	Outputs des Programms	22
der STOP-AIDS-Kampagne	11	Nachhaltigkeit der Aktivitäten	23
Schlussfolgerungen	12	Das Aktionsprogramm als Indikator für Probleme	24
Empfehlung	12	und Chancen in der Präventionsarbeit	24
		Schlussfolgerungen	26
		Empfehlungen	26
3		6	Das Programm MSM 27
Verminderung der HIV/Aids bezogenen			
Risiken im Drogenbereich	13	«Männer, die Sex mit Männern haben»	
Die Spritzenabgabe in niederschwelligen		Die 1. Phase der Evaluation: 1996-1997	27
Einrichtungen	13	Die 2. Phase der Evaluation: 1998-99	28
Spritzenverkauf in den Apotheken	14	Schlussfolgerungen	30
Andere Versorgungsquellen für Spritzenmaterial	15	Empfehlungen	30
Geschätzte Gesamtmenge des Spritzenmaterials,			
das in der Schweiz an Drogenkonsumenten			
abgegeben wurde	15		
Die Spritzenabgabe im internationalen Vergleich	16	7	Das Projekt PAMiR:
Der Vorteil von Injektionsräumen	16		Aids-Prävention im Reisebereich 31
in niederschwelligen Stellen	16	Schlussfolgerung	32
Schlussfolgerungen	17	Empfehlung	32
Empfehlungen	17		

8	Arbeit mit « Mediatoren » im Rahmen der Aids-Prävention	33	11	Männer, die Sex mit Männern haben	55
	Mehrere Mediatorenmodelle	34		Ergebnisse der quantitativen Studien	55
	Erfolgsrezepte ?	36		Konfrontation mit Aids	55
	Schlussfolgerungen	37		Sexualleben	55
	Empfehlungen	37		Präventivverhalten	56
				HIV-Test und Seropositivität	56
				Verhaltensänderungen nach bestimmten sozialen Merkmalen	56
				Junge Menschen	57
				Schutz und Serostatus	57
				Nationale und internationale Vergleiche	57
				Homosexuelle Paare und Aids	58
				Schlussfolgerungen	62
				Empfehlungen	62
	Evaluation der Ergebnisse der Präventionsstrategie				
9	Allgemeinbevölkerung	39	12	Drogenkonsumenten	63
	Kenntnis der Schutzmittel gegen Aids	39		Entwicklung der Charakteristiken von Personen, die die niederschwelligen Einrichtungen in der Schweiz benutzen	63
	Sexualverhalten und Schutz durch das Präservativ	40		Soziodemografische Charakteristiken	63
	Entwicklung des Schutzes im Laufe der Beziehung	42		Konsumverhalten	63
	Sexualkontakte während Auslandsaufenthalten	44		Kontakte mit dem Repressionsapparat	64
	Probleme beim Gebrauch von Präservativen	45		Entwicklung der Risikoaussetzung, des Schutzverhaltens und der HIV-Testrate bei der NSE-Klientel	64
	Umgang mit dem Präservativ durch Männer und Frauen	45		Risikoexposition : weitere nationale Daten	65
	HIV-Test	46		Risikoexposition : Internationale Vergleiche	66
	Haupttendenzen in der langfristigen Entwicklung des Aids-Präventionsverhaltens	47		Schlussfolgerungen	67
	Unterschiede nach Geschlecht	47		Empfehlungen	67
	Unterschiede nach Sprachregionen	47			
	Unterschiede nach Bildungsgrad	48		13	
	Unterschiede nach Grösse des Wohnortes	49		Epidemiologie von HIV/Aids in der Schweiz	68
	Unterschiede nach Nationalität	49		Schlussfolgerungen	69
	Schlussfolgerungen	50		Empfehlungen	69
	Empfehlungen	50			
10	Jugendliche und junge Erwachsene	51			
	Sexualunterricht an der Schule	51			
	Eintritt in die Phase der sexuellen Aktivität und Empfängnisverhütung	51			
	Sexualverhalten	52			
	Schutzstrategien	52			
	Präservativversager und « Pille danach »	52			
	HIV-Test	53			
	Schlussfolgerungen	54			
	Empfehlungen	54			

**Einige Aspekte
des psycho-sozialen Umfelds**

14		
	Diskriminierung, Stigmatisierung	71
	Institutionelle Diskriminierungen gegenüber Menschen mit HIV in der Schweiz	71
	Ergebnisse	73
	Diskriminierung, Stigmatisierung : Ergebnisse aus anderen Studien	74
	Schlussfolgerungen	75
	Empfehlungen	75
15		
	Neue Therapien gegen Aids: Erste Folgen für die Prävention in der Bevölkerung	76
	Kenntnis von der Existenz neuer Therapien	76
	Kenntnis der Besonderheiten der neuen Therapien	76
	Vermutete Folgen der neuen Therapien für die Aids-Prävention	77
	Vergleiche mit dem Ausland	77
	Schlussfolgerungen	78
	Empfehlungen	78
16		
	Die Sexualität der Menschen mit HIV/Aids	79
	Schlussfolgerungen	84
	Empfehlungen	84
17		
	Zusammenarbeit der politischen Partner bei der Aids-Prävention	85
	Schlussfolgerungen	86
	Empfehlungen	86
18		
	Das Thema HIV/Aids in der Schweizer Presse	87
	Schlussfolgerungen	88
	Empfehlungen	88

Bilanz und Perspektiven

19		
	HIV/Aids-Prävention :	
	Bilanz eines Jahrzehntes und Perspektiven	89
	Bilanz	89
	Zielsetzungen und Perspektiven für die Prävention	90
	Was sich (noch) nicht verändert hat	90
	Was sich gegenwärtig verändert	90
	Allgemeine Schlussfolgerungen	96
	Empfehlungen	96

Anhang

Anhang zu Kapitel 1

Bereits erschienene Berichte	97
Übersicht über die von 1987 bis 1998 durchgeführten Studien nach Art der Studie und nach Phase des Evaluationsprogramms	98
Methodische Merkmale der verschiedenen Studien	99

Anhang zu Kapitel 3

Entwicklung der Anzahl Kontakte und der Spritzenabgabe in den NSE in der Schweiz 1993-1997	100
Beurteilung der Zweckmässigkeit eines Injektionsraums	101

Anhang zu Kapitel 4

Gefängnisaufenthalte der Klientel von niederschweligen Stellen in der Schweiz: 1993 bis 1996	102
Drogenkonsum und Tausch von Injektionsmaterial Klientel der niederschweligen Stellen in der Schweiz: 1994, 1996	102

Anhang zu Kapitel 5

Aktivitäten des Aktionsprogramms «Gesundheit von Frauen – Schwerpunkt HIV/Aids-Prävention»	103
--	-----

Anhang zu Kapitel 8

Hauptsächliche Schweizer Projekte mit «MediatorInnen»	107
Typologie der «Mediatorenprojekte»	109

Anhang zu Kapitel 9

Personen (in %), die in den letzten 6 Monaten Präservative benutzt und dabei die Erfahrung gemacht haben, dass das Präservativ gerissen oder abgerutscht ist	110
--	-----

Anhang zu Kapitel 10

Verteilung (%) der gesamten Partnerzahl im Laufe des Lebens bei den 17-20-Jährigen. Umfragen bei der Allgemeinbevölkerung	111
Indikatoren (%) für ein potentielles HIV-Infektionsrisiko sowie für das Schutzverhalten der 17-20-Jährigen. Umfragen bei der Allgemeinbevölkerung	111

Anhang zu Kapitel 12

Spritzentausch und HIV-Test – angegeben oder gemessen – bei verschiedenen Gruppen von Drogenkonsumenten: 1989-1997	112
--	-----

Bibliographie 113

Verzeichnis der Tabellen 119

Verzeichnis der Abbildungen 120

1

Einführung

HIV/Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz

Die Strategie zur Bekämpfung von HIV/Aids in der Schweiz verfolgt drei Ziele:

- Verhinderung neuer Infektionen;
- Verminderung der negativen Folgen der Epidemie für die Betroffenen;
- Förderung der Solidarität.

Die seit 1986 gesamtschweizerisch angewandte Primärpräventionsstrategie beinhaltet drei Aktionsebenen:

- allgemeine Massnahmen zur Information und Motivation der gesamten Bevölkerung;
- zielgruppenspezifische Interventionen (Jugendliche, Drogenkonsumenten, Homosexuelle usw.) unter Einsatz geeigneter Kanäle und Botschaften;
- Interventionen mit Tiefen- und Langzeitwirkung, die auf individueller Interaktion (Beratung, Wissensvermittlung) basiert. Hierbei werden Personen eingesetzt, die aufgrund ihrer Rolle oder Situation als potentielle Mediatoren von Präventionsbotschaften dienen können (Ärztenschaft, Eltern, Lehrkräfte usw.).

Das in der Strategie^a verwendete Integrationsmodell fusst auf der Überzeugung, dass der Mensch lernfähig ist und dass man ihn dazu anspornen kann, sich präventiv zu verhalten. Es geht also darum, zu informieren (aufzuklären, Wissen zu vermitteln), zu motivieren, den Wissenserwerb zu fördern und die Menschen zu ermuntern, das erworbene Schutzverhalten beizubehalten. Ein solches Modell bedingt die Schaffung eines günstigen Umfelds für die Prävention und die Behandlung von Aids, weshalb auch die Förderung der Solidarität in der Strategie und in den Botschaften einbegriffen ist. Darüber hinaus ist die Strategie pragmatisch und legt Wert auf den freien Willen, indem

sie die zur Verfügung stehenden Präventionsmittel auflistet und dabei den bestehenden risikoreichen Verhaltensweisen Rechnung trägt. So fördert man den Präservativgebrauch bei sexuellen Verhaltensweisen, die mit einem potentiellen HIV-Infektionsrisiko verbunden sind, oder die Verwendung von sterilem Injektionsmaterial für jene, die sich Drogen einspritzen. Auch empfiehlt man die Beibehaltung von Verhaltensweisen, bei denen kein Übertragungsrisiko besteht: z. B. treu bleiben für solche, die bereits eine treue Beziehung führen, oder den Rat, nicht mit dem intravenösen Drogenkonsum anzufangen.

Fortlaufende Evaluation, Ansatz und Methode

Seit 1986 evaluiert das Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) in Lausanne (Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) die Aids-Präventionsstrategie der Schweiz. Das vorliegende Dokument ist eine Zusammenfassung der in den Jahren 1996-1998 durchgeführten Evaluationsarbeiten (siebte Phase des Evaluationsprogramms)^b.

Als Evaluationskonzept wurde ein **globaler** Ansatz gewählt, mit dem die Aspekte der **Umsetzung** der Prävention und **ihre Resultate** sowie die relevanten Aspekte des **sozialen Umfelds** erfasst werden können.

Es galt innert nützlicher Frist Informationen zu beschaffen, die zur Verbesserung der HIV-Aids-Prävention in der Schweiz beitragen können, und jenen Personen, die diese Präventionsstrategie umsetzen, eine adäquate Entscheidungshilfe anzubieten. Die Evaluation begleitet die Strategie und wird im Laufe der Zeit mit neuen Fragestellungen ergänzt¹.

^a Eine detaillierte Beschreibung dieser Strategie findet sich im Handbuch «HIV-Prävention in der Schweiz. Ziele, Strategien, Massnahmen». BAG, Bern, 1993.

^b Siehe im Anhang 1, Seite 97 die Liste der bereits publizierten Berichte.

Die zentralen Fragen der Gesamtevaluation lauten:

In Bezug auf die Umsetzung der Prävention:

- Welche Präventionsaktivitäten werden durchgeführt und wie entwickeln sie sich? Welche Probleme ergeben sich dabei und welche Erfolge sind zu verzeichnen? Werden die Aktivitäten den Bedürfnissen gerecht?
- Gibt es Lücken im Bereich, den die Prävention abdeckt (regionale Defizite, unterschiedlich betroffene Sondergruppen usw.)?
- Entfaltet sich die Präventionsarbeit auf allen vorgesehenen Ebenen?
- Sind die anderen Akteure der Prävention, die Partner des BAG (Vereine, Kantone, gewisse Berufsgruppen, Mediatoren usw.) engagiert und effizient?
- Gibt es Elemente, mit denen das Weiterbestehen und die Qualität der Prävention sichergestellt werden kann?

In Bezug auf die Ergebnisse der Prävention:

- Ist eine Verbesserung der Kenntnisse und Verhaltensweisen in den Zielbereichen der Prävention zu beobachten (insbesondere bezüglich Sexualverhalten, Drogenkonsumart, Qualität der Beratung usw.)?
- Manifestieren sich Solidaritäts- bzw. Angstgefühle?
- Ändert sich die epidemiologische Situation?
- Hat die Prävention unerwartete oder unerwünschte Nebenwirkungen?

In Bezug auf das Umfeld, in dem die Prävention abläuft:

- Ist das Umfeld günstig für die verwendeten Präventionsverfahren?
- Welche Verbindung besteht zwischen dem Kontext (dem Umfeld) und den Erfolgen der unternommenen Präventionsmassnahmen?

Das Evaluationsprogramm umfasst eine Reihe von zunächst jährlich aufeinanderfolgenden, später auf zwei bis drei Jahre ausgeweiteten Phasen. Jede Phase beinhaltet ein Bündel von 10 bis 20 komplementären Studien. Die auf die Ziele der Strategie und die sich daraus ergebenden Evaluationsfragen bezogene Synthese dieser Arbeiten^c ermöglicht eine gesamthafte Beurteilung der Entwicklung und der Wirkung der umgesetzten Präventionsmassnahmen. Die zu evaluierenden Aktivitätsbereiche werden in jeder Phase durch das BAG und die für die Evaluation zuständigen Personen gemeinsam bestimmt. Für jeden Bereich werden zusätzlich zu den oben genannten Fragen spezifischere Fragen formuliert, welche die Evaluation zu beantworten versucht. In jeder Phase findet man somit Studien, die regelmässig wiederholt werden (Monitoring der Aktivitäten oder der Verhaltensweisen), andere Studien, die ein früher bereits behandeltes Untersuchungsfeld unter einem neuen Blickwinkel betrachten, sowie neue Studien usw. (siehe Übersichtstafel der seit 1987 durchgeführten Studien im Anhang, Seite 98). Allerdings ist es unmöglich, in jeder Phase die Gesamtheit der Präventionsaktionen zu berücksichtigen (die direkt vom BAG lancierten und diejenigen der Partner). Daher werden in jeder Phase Prioritäten aufgestellt. Zudem ist es wegen der Menge und der Verschiedenartigkeit der Aktionen nicht immer möglich, den Einfluss der einzelnen Aktivitäten oder Programme voneinander zu trennen.

Das BAG beauftragt zuweilen direkt andere Institutionen mit der Evaluation von besonderen Programmen oder mit ergänzenden Untersuchungen, deren Ergebnisse in die Globalevaluation aufgenommen werden.

Die Ergebnisse der Evaluation werden den Präventionsverantwortlichen in regelmässigen Abständen übermittelt, damit diese gegebenenfalls die Präventionsstrategie anpassen können, was übrigens auch mehrmals erfolgt ist.

^c die auch nützliche Angaben aus anderen nationalen oder internationalen Quellen einbeziehen.

Für die Evaluationsphase 1996-1998 wurden folgende **Bereiche als prioritär bezeichnet und ausgewählt:**

Evaluation, die sich mit dem Ablauf der Präventionsaktionen bzw. mit dem Einsatz von Multiplikatoren für die Botschaften befasst (Prozesse)

- STOP-AIDS-Kampagne (in jeder Phase wird eine Bilanz der diesbezüglich vorhandenen Daten erstellt);
- Aktivitäten zur Verminderung der HIV-Risiken bei Drogenkonsumenten (in jeder Phase wird eine Bilanz der Daten zu diesem Bereich der Zielgruppenprävention erstellt);
- Übersicht des vorhandenen Datenmaterials in der Schweiz zur HIV/Aids-Prävention im Strafvollzug;
- drei Programme/Projekte, die sich an besondere Zielgruppen richten:
 - das Programm «Gesundheit von Frauen, Schwerpunkt HIV-Prävention»: es handelt sich um die Phase I (1996) und die Phase II (1997) der Evaluation dieses Programms;
 - das Projekt MSM (Männer, die Sex mit Männern haben), Phase I (1996) und II (1998-1999);
 - das Projekt PAMiR (auf direkten Auftrag des BAG);
- Überprüfung des Mediatorenkonzept und dessen Anwendung in der HIV-/Aids-Prävention.

Evaluation der Wirksamkeit der Prävention (Ergebnisse)

- Entwicklung der Kenntnisse, Einstellungen und Verhaltensweisen der Allgemeinbevölkerung zwischen 17 und 45 Jahren sowie Fortsetzung der Präservativmarktstudie (regelmässig wiederholte Befragungen zur Feststellung der mittelfristigen Tendenzen + Analyse anderer verfügbarer Daten);
- Entwicklung der Verhaltensweisen von Jugendlichen (Sekundäranalyse der Daten verschiedener Umfragen);
- Entwicklung der Verhaltensweisen von Homosexuellen (regelmässig wiederholte Studie zur Feststellung der mittelfristigen Tendenzen, 5. Phase);

- Entwicklung der Verhaltensweisen von Drogenkonsumenten (3. Phase der Studie in den niederschweligen Einrichtungen und Analyse weiterer verfügbarer Daten);
- Zahlenmässige Entwicklung der HIV-positiven oder Aids-kranken Personen (unter Einbezug der epidemiologischen Daten des Monitorings).

Evaluation des Umfelds der HIV/Aids-Prävention

- die institutionelle Diskriminierung gegenüber Menschen mit HIV;
- der Einfluss der neuen Therapien auf die Aids-Prävention;
- die Sexualität der Menschen mit HIV/Aids;
- die Zusammenarbeit der politischen Partner bei der HIV/Aids-Prävention (auf direkten Auftrag des BAG);
- HIV/Aids im Spiegel der Presse (auf direkten Auftrag des BAG).

Eine Zusammenfassung der methodischen Merkmale der verschiedenen Studien, die in dieser Evaluationsphase durchgeführt wurden, findet sich im Anhang, Seite 99. In den folgenden Abschnitten wird jeder Bereich der Evaluation einzeln behandelt. Auf die wichtigsten Fragen, die im Rahmen der Evaluation gestellt wurden, folgen eine Zusammenfassung der gesammelten Daten sowie Schlussfolgerungen im Zusammenhang mit den Fragestellungen und auch Empfehlungen. Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen, die für die gesamte Strategie von Interesse sind, werden am Schluss angeführt. Für zusätzliche Informationen können die jeweiligen wissenschaftlichen Studienberichte oder die publizierten Artikel konsultiert werden; die entsprechenden Quellen sind in der Bibliographie am Ende jedes Kapitels angegeben.

STOP-AIDS-Kampagne

Aktivitäten der STOP-AIDS-Kampagne

Die STOP-AIDS-Kampagne, die sich seit 1987 an die gesamte Bevölkerung wendet, wurde in regelmässigen Abständen fortgesetzt, erhielt jedoch infolge Budgetkürzungen weniger Unterstützung als in den vorangehenden Jahren.

Das Präservativ bildet auch weiterhin ein zentrales Thema. Nebst der Wiederholung der damit verbundenen Sicherheit hat die Kampagne auch einige «technische» Aspekte des Präservativgebrauchs behandelt, wie etwa die korrekte Öffnung der Verpackung, um Beschädigungen zu vermeiden, und die Notwendigkeit, Präservative in passender Grösse zu verwenden, um Risiken wie Abrutschen oder Reißen zu vermindern. Einige Botschaften haben zudem auch die Beteiligung beider Partner eines Paares bei der Empfängnisverhütung und beim Gebrauch des Präservativs behandelt.

Die neuen Aids-Therapien sind in der Schweiz zum ersten Mal in einer Kampagne für die Gesamtbevölkerung thematisiert worden. Die darin enthaltene Botschaft erinnerte daran, dass diese neuen Therapien, selbst wenn sie den HIV-infizierten Personen Hoffnung geben, keine Alternative zur Prävention darstellen, die nach wie vor das einzige Mittel zur Verhütung von Infektionen bleibt.

Die Überlegungen der mit der Kampagne beauftragten Gruppe (Creativteam) zum Begriff der Solidarität haben dazu geführt, diese Thematik nicht mehr nur auf den Bereich Aids zu beschränken, sondern auch mit Organisationen Kontakt aufzunehmen, die im Sozial- oder Gesundheitsbereich tätig sind. Daraus resultierte eine Kampagne (TV-Spots und Inserate) zum Thema Solidarität, die in Zusammenarbeit mit Pro Infirmis ausgearbeitet wurde.

Sichtbarkeit und Akzeptanz der STOP-AIDS-Kampagne

Eine vom Institut RGS¹ durchgeführte telefonische Umfrage bei einer repräsentativen Auswahl von 1007 Personen gibt Aufschluss über die Sichtbarkeit und die Akzeptanz der STOP-AIDS-Kampagne von 1997.

Insgesamt erfreut sich die Kampagne STOP AIDS einer sehr hohen Sichtbarkeit: 93 % der Bevölkerung erinnert sich daran, der einen oder anderen Produktion begegnet zu sein. Der TV-Spot und die Inserate zum Thema Solidarität sind von etwa der Hälfte der Bevölkerung gesehen worden. **Die Botschaften, die sich bei der Bevölkerung eingepreßt haben, entsprechen insgesamt recht gut denjenigen, welche die Kampagne zu vermitteln beabsichtigt.** So werden die Botschaften «Sex nur mit Präservativen» von 50 % und «Schutz gegen Aids» von 30 % der Befragten spontan genannt. Dagegen wird die Botschaft «Solidarität mit HIV-positiven und aidskranken Menschen» nur von 4 % der Befragten spontan erwähnt. **91 % der Befragten sprechen sich für eine Fortsetzung der Aids-Präventionskampagnen aus.**

Schlussfolgerungen

- Die Funktion der STOP-AIDS-Kampagne besteht darin, der Allgemeinbevölkerung regelmässig die Hauptthemen der Prävention in Erinnerung zu rufen.
- Die Akzeptanz der Kampagne ist weiterhin sehr hoch.

Empfehlung

- Die STOP-AIDS-Kampagne ist nach wie vor notwendig und muss weitergeführt werden, allenfalls in einem weniger intensiven Rhythmus.

3

Verminderung der HIV/Aids bezogenen Risiken im Drogenbereich

Die Strategien zur Schadensminderung sollen den Drogenkonsumenten helfen, die Phase des Drogenkonsums mit einem Minimum an physischen, psychischen und sozialen Schädigungen zu überstehen.¹ Es geht um die Erhaltung und Verbesserung der Chancen, von der Sucht freizukommen.² Das Angebot ist vielfältig: Spritzenumtausch, Injektionsraum, Aufnahme, Unterkunft, Arbeit, Substitutionsbehandlungen usw.

Dieses Kapitel befasst sich mit einem ganz besonderen Aspekt der Schadensminderung: **Verminderung der Risiken in Zusammenhang mit HIV/Aids und Hepatitis** anhand von zwei speziellen Fragen:

- Ist die Versorgung der Drogenkonsumenten mit Injektionsmaterial ausreichend?
- Was haben die Injektionsräume (Fixerräume) für Vor- und Nachteile?

Die ersten Aktionen zur Risikominderung entstanden Anfang der 80er Jahre. Niederschwellige Einrichtungen (NSE)^a begannen mit der Gratisabgabe von sterilem Injektionsmaterial und in der Deutschschweiz wurden in einigen Städten Injektionsräume^b eröffnet. Zur gleichen Zeit bürgert sich der freie Spritzenverkauf in den Apotheken in der ganzen Schweiz ein.

^a Diese leicht zugänglichen Strukturen dienen zur Erhaltung des Gesundheitszustands von Drogenkonsumenten, die nicht bereit sind, sich einer Behandlung zu unterziehen, oder die rückfällig wurden.
^b In diesen Räumen können die Konsumenten unter guten hygienischen Bedingungen und in aller Ruhe den Stoff spritzen, den sie zuvor auf dem Schwarzmarkt gekauft haben.
^c Aargau, Bern, Basel-Stadt, Genf, Luzern, St. Gallen, Schaffhausen, Solothurn, Waadt, Zürich.
^d Bern 1, Basel-Stadt 3, Zürich 6, Solothurn 2, Schaffhausen 1.

Die Spritzenabgabe in niederschweligen Einrichtungen

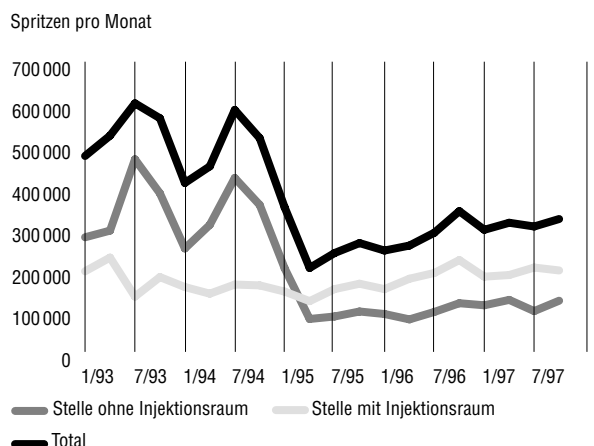
Seit 1993 gibt es in der Schweiz ein Monitoring für diejenigen Aktivitäten der NSE, die spezifisch auf die HIV/Aids-Prävention abzielen.³ Alle 25 NSE in der Schweiz nehmen daran teil, wobei sie unter anderem die Zahl der jeden Monat abgegebenen Spritzen festhalten. Diese Stellen verteilen sich auf 10 Kantone^c, die meisten sind in der Deutschschweiz zu finden. Dreizehn NSE besitzen einen Injektionsraum^d.

Zwischen 1993 und 1997 ist die Zahl der abgegebenen Spritzen in diesen Strukturen gesunken.

In den Jahren 1993 und 1994 blieb die Menge der jährlich abgegebenen Spritzen stabil, allerdings mit einem jahreszeitlichen Rhythmus: In den Wintermonaten werden weniger Spritzen verteilt (Abbildung 3a). Ein erheblicher Rückgang der Spritzenabgabe beginnt Ende 1994 und erreicht im April 1995 mit 200 000 verteilten Spritzen pro Monat den tiefsten Stand. Dieser Rückgang ist hauptsächlich auf die Schliessung der offenen Szene am Letten in Zürich im Februar 1995 zurückzuführen. Ein Anstieg ist ab dem zweiten Trimester 1996 zu verzeichnen, die Abgabemenge steigt kontinuierlich an und erreicht Ende 1997 320 000 Spritzen pro Monat.

Abbildung 3a

Entwicklung der Menge abgegebener Spritzen in den NSE der Schweiz von 1993-1997*



* Zahl der Einrichtungen: 1993: N=28, 1994: N=23, 1995: N=23, 1996: N=24, 1997: N=25.

Gesamthaft wurden 1993 ungefähr 6,5 Millionen Spritzen abgegeben (Maximum), 1995 waren es 3 Millionen (Minimum) und 1997 3,8 Millionen.

Die Anzahl der Kontakte in den NSE – sie entspricht der Anzahl Personen, die eine Leistung in Anspruch nehmen – **ist stabiler als die Zahl der abgegebenen Spritzen** (siehe Abbildung im Anhang, Seite 100). Während den Spitzenbesuchszeiten – im Sommer 1993 und 1994 – liegt das Verhältnis Spritzen/Kontakte bei über 10 (das heisst, dass bei einem Besuch durchschnittlich mehr als 10 Spritzen abgegeben wurden). Seit 1995 liegt es unter 10.

Spritzenverkauf in den Apotheken

Die Apotheken spielen in der Risikominderung eine nicht zu unterschätzende Rolle. 1995⁴ wurde bei allen Schweizer Apotheken eine Umfrage durchgeführt, die 1997⁵ wiederholt wurde. Anfang des Jahres bat man die Apotheker und Apothekerinnen anzugeben, wie viele Spritzen sie schätzungsweise im Vorjahr von Oktober bis Dezember im Schnitt pro Monat an Drogenabhängige verkauft haben. Für die Jahre 1994 und 1996 erhielten wir so monatliche Schätzwerte.

Die geschätzte monatliche Menge der in Apotheken verkauften Spritzen belief sich 1994 auf 117000 Stück (Spritzen + Flash- und Safety-Box^e), 1996 waren es 122000. In einigen Kantonen verzeichnete man eine Zunahme^f, in anderen dagegen eine Abnahme^g der Verkaufszahlen.

^e Die Flash- und Safety-Schachteln sind Injektions-Kits. Erstere enthält 2 Spritzen, 2 Nadeln, 2 Desinfektionstupfer, 2 trockene Tupfer, 1 g Ascorbinsäure sowie ein Präservativ und Präventionstips. Die zweite gibt es in verschiedenen Varianten (Spritzen und Kanülen, denen das für die Vorbereitung der Injektionen benötigte Material beigelegt werden kann).

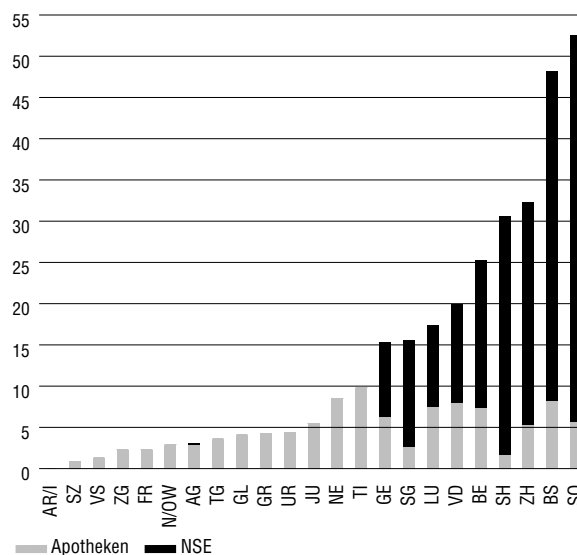
^f Aargau, Jura, Neuenburg, Solothurn, Thurgau, Wallis und vor allem Bern und Zürich.

^g Genf, Graubünden, Luzern, St. Gallen, Tessin, Waadt.

Abbildung 3b

Durchschnittliche Zahl der monatlich abgegebenen/verkauften Spritzen in Apotheken oder niederschweligen Einrichtungen pro 100 Einwohner im Alter von 20 bis 39 Jahren, in den Schweizer Kantonen im Jahr 1996

Spritzen pro 100 Einwohner 20-39 Jahre



In 15 Kantonen bilden die Apotheken die Hauptversorgungsquellen für Spritzen. Im Vergleich zu den Kantonen mit NSE ist die Menge der an Drogenkonsumenten abgegebenen Spritzen eher gering.

Wenn man die Anzahl Spritzen mit der Anzahl EinwohnerInnen im Alter von 20 bis 39 Jahren (Abbildung 3b) in Beziehung bringt, stellt man fest, dass der Versorgungsgrad mit Spritzenmaterial je nach Herkunft der Spritzen (Apotheke, NSE) von Kanton zu Kanton unterschiedlich ist.

Andere Versorgungsquellen für Spritzenmaterial

Einzelne Kantone haben **Verteilautomaten** für Spritzen und Flashboxes aufgestellt. Die ersten Automaten wurden 1991 in den Kantonen Basel-Stadt, Bern und Zürich installiert. 1996 gab es in der Schweiz 76 solcher Apparate, verteilt auf 10 Kantone^h. 1996 wurden auf diesem Weg monatlich zwischen 15 000 und 250 000 Spritzen verkauft (das macht pro Jahr ungefähr 250 000)⁶.

Eine weitere Versorgungsquelle: Spritzenmaterial, das an TeilnehmerInnen des Programms **PROVE**ⁱ ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln – abgegeben wird. 1996 hatten 765 Personen die Möglichkeit, sich ihren Stoff im Rahmen dieses Programmsⁱ zu spritzen. Nimmt man einen Mittelwert von 3 Spritzen pro Tag und pro Person ergibt dies monatlich 70 000 Spritzen im Jahr 1996.

In einigen Kantonen geben Aufnahme- und/oder Therapiestellen für Drogenabhängige, deren Hauptzweck nicht die Risikominderung darstellt, auch Spritzen ab (z. B. Jura, Freiburg). Eine Erhebung dieser Einrichtungen ist in Vorbereitung. Im Vergleich zu den bereits erwähnten Versorgungsquellen ist die auf diesem Weg abgegebene Spritzenmenge jedoch gering.

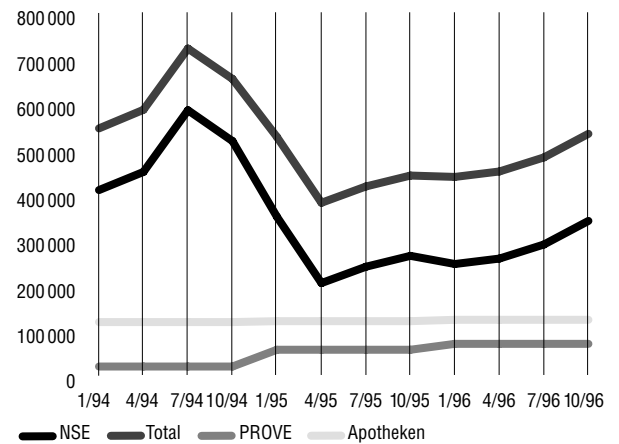
Geschätzte Gesamtmenge des Spritzenmaterials, das in der Schweiz an Drogenkonsumenten abgegeben wurde

Addiert man die in den NSE abgegebenen Spritzen (monatlich 320 000), der in den Apotheken verkauften Spritzen (monatlich 122 000), der Spritzen aus den Automaten (20 000) sowie der Spritzen aus dem Programm PROVE (monatlich 70 000), so erhält man für das Jahr 1996 insgesamt 532 000 Spritzen pro Monat. Dies ergibt pro Jahr ein Total von 6,4 Millionen Spritzen in der Schweiz.

Mit Hilfe der verschiedenen Informationsquellen können wir die Entwicklung der Spritzenmenge für die gemeinsamen Datenerhebungsjahre 1994 bis 1996 grafisch darstellen (Abbildung 3c)^k. Der deutliche Rückgang der

Abbildung 3c

Schätzung der Gesamtzahl der an Drogenkonsumenten verkauften oder abgegebenen Spritzen von 1994-1996



Spritzenabgabe in den NSE Anfang 1995 wurde zum Teil mit den Eintritten in das Programm PROVE kompensiert. Ende 1996 erreicht die geschätzte Gesamtmenge der Spritzen den gleichen Stand wie Anfang 1994: etwa 500 000 pro Monat.

Der Rückgang der an Drogenkonsumenten abgegebenen oder verkauften Spritzen ist nicht nur auf die Schliessung der offenen Szene zurückzuführen (wo NSE im Betrieb waren). In der gleichen Zeitspanne traten **enorm viele Konsumenten in Substitutionsbehandlungen mit oraler Methadoneinnahme ein.**

^h Zürich 45, St. Gallen 8, Bern 7, Basel-Stadt 4, Solothurn 3, Luzern 2, Tessin 2, Zug 2, Graubünden 2, Glarus 1.

ⁱ **PRO**jekt zur ärztlichen **VE**rschreibung von Betäubungsmitteln

^j Diese Zahl wurde anhand der Ein- und Austritte des Programms PROVE berechnet. Wir danken M. Ryser von Mathias Markert für die Mitteilung dieser Daten.

^k Es erfolgten einige Anpassungen: Da die Angaben zu den Automaten nur für das Jahr 1996 verfügbar waren und die entsprechende Spritzenmenge sehr gering ausfiel, wurden diese Zahlen weggelassen. Für die in den Apotheken verkauften Spritzen waren nur Schätzungen für die Jahre 1994 und 1996 vorhanden. Da diese sehr ähnlich ausfielen, wurde für die Schätzung der Daten für das Jahr 1995 eine konstante Entwicklung angenommen.

Indem sie die Heroinjektionen überflüssig machen oder wenigstens vermindern, tragen diese Substitutionsbehandlungen zur Risikoverminderung bei den Heroinkonsumierenden bei. Seit Anfang der 90er Jahre haben sich die Bedingungen der Methadonbehandlungen geändert: erweiterter Zugang zu den Behandlungen, eine Lockerung der Forderung nach absoluter Abstinenz in Bezug auf andere Opiate während der Behandlung, Erhöhung der Methadondosierung usw. Die Zahl der Methadonbehandlungen ist in 10 Jahren von 1800 im Jahr 1987 auf fast 15 400 im Jahr 1997 gestiegen.

Die Spritzenabgabe im internationalen Vergleich

Auf internationaler Ebene gibt es keine einzige Statistik, die alle Hauptversorgungsquellen für Spritzen einbezieht. Immerhin verfügen wir über einige Daten zu den Spritzenumtausch-Programmen (NSE).

Tabelle 3a

Anzahl abgegebener Spritzen pro Jahr in den NSE verschiedener Ländern

	Schweiz 1997	USA 1997	Quebec 4.1996 - 3.1997
Anzahl Spritzen	3772 000 ⁷	17447 000 ⁸	443 000 ⁹
Geschätzte Anzahl Drogenkonsumenten	30 000 ¹⁰	1640 000 ¹¹	23 000 ¹²

Daraus geht klar hervor, dass in den schweizerischen NSE besonders viele Spritzen abgegeben werden (Tabelle 3a). In der Schweiz ist die Gesamtzahl der Spritzen je Konsument 6 Mal höher als in Quebec und 12 Mal höher als in den USA.

Der Vorteil von Injektionsräumen in niederschweligen Stellen

Eine 1996 in 4 NSE (2 feste mit Injektionsraum in Basel und Zürich, 2 mobile ohne Injektionsraum in Luzern und Genf) durchgeführte Studie¹³ erlaubt es, die Zweckmässigkeit von Injektionsräumen aus der Sicht des Mitarbeiterstabs sowie der drogenabhängigen Klientel zu beschreiben. Aus dieser Untersuchung resultieren zahlreiche Fragen, wobei auch einige positive Aspekte festgestellt wurden (siehe Anhang, Seite 101).

Die **Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen** der Einrichtungen heben die besseren Injektionsbedingungen hervor (Hygiene, steriles Material, Ruhe, Stressabbau). Die Injektionsräume erlauben eine medizinische Überwachung der Injektionen (Sicherheit, Möglichkeit der Reanimation). Präventive und lehrreiche Informationen werden dem Konsumenten direkt während der Injektion erteilt. Sie sind dem beobachteten Risiko angepasst. Die Konsumenten fallen in der Stadt weniger auf. Diese positiven Aspekte werfen jedoch Fragen auf. Das Team sorgt sich zum Beispiel um die Injektionsbedingungen ausserhalb des Zentrums und ausserhalb der Öffnungszeiten. Sie sind der Meinung, dass es schwierig ist, das Verhalten und die Injektionsgewohnheiten von langjährigen Konsumenten zu ändern. Sie stellen auch fest, dass das Interesse und die Nachfrage den Injektionsräumen gilt, zum Nachteil der anderen angebotenen Leistungen. Dies führt zu einem grossen Andrang und schafft erhebliche Unruhe in den Zentren.

Die **Kundschaft** ihrerseits empfindet ein Gefühl der Sicherheit während der Injektion (Hygiene, Ruhe, weg von der Polizei, medizinische Überwachung, Möglichkeit der Reanimation). Laut Aussagen einzelner Drogenabhängiger kann eine NSE, die einen Injektionsraum zur Verfügung stellt, dazu beitragen, den Konsum zu regulieren oder gar zu verringern, während andere sagen, dass dies sie dazu verleitet, mehr zu konsumieren. Die Drogenkonsumenten sagen zudem auch, dass sie in der näheren Umgebung des Zentrums die Gewissheit haben, Drogen zu finden (Stressverminderung, weniger Probleme mit der Polizei).

Schlussfolgerungen

- Im Vergleich zu anderen Ländern wird den Drogenkonsumenten in der Schweiz eine grosse Menge Spritzen zur Verfügung gestellt. Gesamthaft gesehen ist der Zugang zu sterilem Material gut. Je nach Kantonen ist die Versorgungslage jedoch sehr unterschiedlich.
- Die Zunahme der Methadonbehandlungen, deren Zahl sich innert 10 Jahren um den Faktor acht erhöht hat, und das Programm PROVE (ärztliche Verordnung von Betäubungsmitteln) sind weitere Trümpfe für die Risikoverminderung. Der Verzicht auf den intravenösen Drogenkonsum oder zumindest dessen Einschränkung wie auch die Möglichkeit, unter günstigen Bedingungen zu spritzen, tragen zur Verminderung des HIV- und Hepatitis-Risikos bei.
- Die Injektionsräume verbessern unbestreitbar die Sicherheit der Injektion. Sie werfen aber bezüglich Konsumhäufigkeit und Drogenhandel in der Umgebung des Lokals kontroverse Fragen auf.

Empfehlungen

- Ein Ausbau der Abgabe von Spritzenmaterial kann in Betracht gezogen werden, vor allem in den Kantonen, in denen es noch keine NSE oder Spritzenautomaten gibt. Das Monitoring der Spritzenabgabe in der Schweiz muss weitergeführt werden.
- In den Kantonen, die auf dem Gebiet der Risikominderung weniger aktiv sind, sollte die Sensibilisierung der Apotheken als Partner in der HIV/Aids- und Hepatitis-Prävention bei Drogenkonsumenten verstärkt werden: Ausbildung, Aufbau eines Netzes von Beratung erteilende Apotheken usw.
- Die unternommenen Anstrengungen in Bezug auf die Diversifizierung und den Zugang zu Hilfs- (NSE) und Therapie-Angeboten sind weiterzuführen.

4

HIV/Aids-Prävention im Strafvollzug¹

Die HIV/Aids-Prävention in Gefängnissen stellt ein besonderes Problem dar. Es geht darum, Präventionsmassnahmen (Injektionen mit sterilem Material, geschützte Sexualkontakte) in einem geschlossenen und überwachten Milieu zu fördern, in dem es im Prinzip die Handlungen, auf die die Prävention abzielt, gar nicht geben sollte.

Zur HIV-Übertragung in Schweizer Strafanstalten, vor allem in Zusammenhang mit dem Konsum von psychoaktiven Substanzen, wurden mehrere Studien durchgeführt. Mit einer Analyse der Literatur in der Schweiz^a und im Ausland (publizierte und «graue» Literatur) versuchte man die Erkenntnisse aus den verschiedenen Forschungsarbeiten zusammenzutragen und Antworten auf eine Reihe von Fragen zu finden, die für HIV-Präventionsbeauftragte in der Schweiz von Interesse sind.

- Wie präsentiert sich die Situation in Bezug auf HIV/Aids in den Schweizer Strafanstalten (Prävalenz der besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppe, Prävalenz des Risikoverhaltens, HIV-Prävalenz)?
- Wie sieht das Angebot für die HIV/Aids-Prävention in den Schweizer Strafanstalten aus und welche Betreuungsmöglichkeiten für Risikopersonen und bereits Infizierte gibt es?

Die HIV/Aids-Situation in den Strafanstalten

Zwischen 1970 und 1997 haben die Anzeigen wegen Verstössen gegen das Betäubungsmittelgesetz stark zugenommen. Sie sind von 7000 auf 45 000 angestiegen.

Auch die Zahl der Verurteilungen verzeichnet einen Anstieg^b, ebenso wie die Zahl der Verurteilungen zu Haftstrafen. 1993 standen über 10 % der ins Strafregister aufgenommenen Urteile im Zusammenhang mit dem Betäubungsmittelgesetz. Das sind doppelt so viele wie 1976.

Die Drogenkonsumenten in Strafanstalten

Fast zwei Drittel der drogenkonsumierenden Kunden und Kundinnen von niederschweligen Stellen haben einen Gefängnisaufenthalt von einigen Tagen bis zu mehreren Jahren hinter sich (siehe Tabellen im Anhang, Seite 102). Der Anteil der Drogenkonsumenten unter den Inhaftierten in Europa schwankt zwischen 15 % und 65 %; in der Schweiz ergeben sich je nach Anstalt Prozentzahlen von 20 % bis zu 50 %. Angesichts der grossen Verschiedenheit der Anstalten (Bezirksgefängnisse, Untersuchungsgefängnisse, grosse Betriebe für den Vollzug längerer Haftstrafen usw.) sowie der unterschiedlichen Haftdauer der Drogenkonsumenten je nach Schweregrad des begangenen Deliktes ist **es jedoch schwierig, sich ein genaues Bild über die Situation zu verschaffen**. So sind zum Beispiel keine genauen Angaben über den Anteil von Drogenkonsumenten mit kurzen Haftstrafen und ihre Aufenthaltsorte verfügbar, was die Einschätzung des Präventions- und Behandlungsbedarfs entsprechend beeinflusst.

Drogenkonsum in Strafanstalten

Der Konsum von Betäubungsmitteln in Strafanstalten ist erwiesen. Laut verschiedenen Studien in Europa geben 15 % bis 70 % der Gefängnisinsassen an, sie hätten während ihres Aufenthalts einmal oder sogar mehrmals Drogen konsumiert. Für die Schweiz liegen die Schätzungen zwischen 20 % bis 30 % (Heroin und/oder Kokain, Form der Einnahme unbekannt).

Ungefähr 60 % der inhaftierten Drogenkonsumenten geben den Konsum im Gefängnis zu. **Einzelheiten zur Art der Suchtmittel und zur Häufigkeit des Konsums sind nicht bekannt**.

^a Vollständige Literaturschau für die Schweiz.

^b 40 % der Verurteilungen in Zusammenhang mit dem Betäubungsmittelgesetz sind allein auf den Konsum von Betäubungsmitteln zurückzuführen. Eine Ausnahme bildet der Kanton Genf, wo die Verurteilungen wegen Drogenkonsum weniger als 10 % der Verurteilungen ausmachen.

Die Konsumart sowie das HIV-Übertragungsrisiko durch Injektionen oder auf sexuellem Weg

Etwa ein Viertel der intravenös Drogenkonsumenten gibt an, sich während ihres Gefängnis-aufenthalts Drogen gespritzt zu haben. Die Häufigkeit des intravenösen Drogenkonsums ist jedoch nicht bekannt. Anhand der wenigen vorhandenen Daten **schätzt man, dass Drogenkonsumenten in Strafanstalten weniger häufig Drogen einnehmen und spritzen als draussen.** Dabei gilt es zu bedenken, dass mit dem Eintritt ins Gefängnis ein Teil von ihnen auf Entzug geht (freiwillig oder unfreiwillig, mit oder ohne Hilfe).

Eine von fünf Personen, die während ihres Gefängnis-aufenthalts Drogen eingespritzt hat, hat mindestens einmal ihr Material mit anderen geteilt. Bei den Personen, die bereits vor ihrer Inhaftierung Drogen spritzten, ist dies bei einer von zwölf Personen der Fall^o. **Die Häufigkeit des gemeinsamen Gebrauchs wie auch die Zeiten, in denen das Risiko am höchsten ist (in den ersten Tagen, später usw.) sind nicht bekannt.**

In Schweizer Gefängnissen sind sexuelle Kontakte offenbar selten. Denn die meisten Betriebe sind so angelegt, dass die Insassen häufig allein in ihren Zellen untergebracht sind. Trotzdem ist es schwierig, Antworten auf diese Frage zu erhalten. Deshalb lässt sich der Gebrauch von Präservativen weder im Gefängnis noch während des Urlaubs abschätzen.

Prävalenz von HIV- und Hepatitis-Infektionen in Strafanstalten

Für alle Inhaftierten zusammengenommen beträgt die Prävalenz der HIV-Infektion 2 % bis 12 %, diejenige der Hepatitis-Infektionen liegt bei 1 % bis 18 %, doch sind **die diesbezüglichen Angaben sehr ungenau.** In Europa wurden HIV-Serokonversionen in Gefängnissen gemeldet, in der einzigen Schweizer Studie zu diesem Thema – durchgeführt in einem einzigen Betrieb und über eine kurze Zeitspanne – konnte kein Fall nachgewiesen werden.

Die Angebote zur HIV/Aids-Prävention und die Möglichkeiten zur Betreuung von Risikopersonen und bereits Infizierten in den Schweizer Strafanstalten

Bei Gefängniseintritt oder in den folgenden Tagen wird allen Inhaftierten eine ärztliche Untersuchung vorgeschlagen. In allen Strafanstalten wird die medizinische Versorgung sowohl für Probleme in Zusammenhang mit dem Drogenkonsum wie auch mit HIV/Aids gewährleistet. **Doch weist das Behandlungsangebot je nach Betrieb erhebliche Unterschiede auf und gerade die Behandlung von Suchtproblemen entspricht nicht immer dem, was ausserhalb der Strafanstalten angeboten wird.**

Zudem scheint auch die Betreuung nach der Haftentlassung ungenügend zu sein. Dies ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass der medizinische Dienst in den Strafanstalten nicht immer über die Freilassung eines Häftlings informiert wird.

Obschon Informationen zu den HIV-Ansteckungsrisiken breit abgegeben werden, decken sie nicht systematisch alle Risiken ab. Nur in 40 % der Betriebe betrifft die Information auch das Risiko des gemeinsamen Gebrauchs von Injektionsmaterials. Lediglich in einem Drittel der Betriebe (die 75 % aller Inhaftierten beherbergen) werden Präservative zur Verfügung gestellt. Und nur wenige Betriebe haben Präventionsmassnahmen für das Injizieren von Drogen ergriffen: 8 Betriebe stellen Spritzenmaterial zur Verfügung und 10 Betriebe verteilen Desinfektionsmaterial mit einer Gebrauchsanweisung, die das Vorgehen bei der Spritzendesinfektion erklärt. Die Insassen dieser Betriebe machen etwa ein Drittel aller Strafgefangenen aus.

^o Studie von 1996, durchgeführt bei drogenkonsumierenden Kunden und Kundinnen von niederschweligen Stellen, die Spritzenmaterial abgeben. Als Referenzperiode für den gemeinsamen Gebrauch wurden die letzten zwei Jahre gewählt.

Schlussfolgerungen

- In den Schweizer Strafanstalten stellen die HIV- oder Hepatitis-Infektionen aufgrund der grossen Zahl inhaftierter Drogenkonsumenten und der Prävalenz der HIV-Infektionen in dieser Bevölkerungsgruppe potentiell ein grosses Problem dar.
- Das Risiko der HIV-Übertragung oder anderer Infektionen ist in den Strafanstalten vorhanden. Aufgrund der aktuellen Kenntnisse scheint dieses Problem aber nicht gravierend zu sein.
- Alle Betriebe bieten Pflegemassnahmen und die meisten der grossen Anstalten auch Präventionsmassnahmen an. Der Umfang des Angebots ist von Betrieb zu Betrieb sehr unterschiedlich. Die in den Strafanstalten angebotenen Leistungen sind oftmals ungenügend und entsprechen meist nicht dem, was ausserhalb angeboten wird.
- Die verfügbaren Daten zum Problem des HIV und des Konsum von Betäubungsmitteln und anderer psychoaktiven Substanzen ergeben zur Zeit nur lückenhaft Aufschluss über die Situation und sollten ergänzt werden. Immerhin lässt sich feststellen, dass die Prävention der HIV-Übertragung auf intravenösem und sexuellem Weg noch ungenügend ist.

Empfehlungen

- In Anlehnung an die Empfehlungen der WHO, nach denen für Gefängnisinsassen ein Präventions- und Betreuungsangebot zur Verfügung gestellt werden soll, das demjenigen ausserhalb der Strafanstalten entspricht, hat das Bundesamt für Gesundheit eine Reihe von Zielen und Empfehlungen² erarbeitet. Es handelt sich hier vor allem um die Notwendigkeit einer umfassenden Abdeckung der Mittel zur Prävention der HIV-Übertragung (Information, Material, Präservative und Spritzen/Desinfektionsmaterial). Diese Empfehlungen sind noch weit von einer systematischen Anwendung entfernt und bleiben daher aktuell.
- Um die Kontrolle der Wirksamkeit dieser Massnahmen zu sichern, muss zudem die quantitative und die qualitative Forschung in den Strafanstalten breiter unterstützt werden. Für die Präventions- und Behandlungsangebote in den Anstalten sollte ein Monitoring auf die Beine gestellt werden.

5

« Gesundheit von Frauen – Schwerpunkt HIV/Aids-Prävention » Aktionsprogramm 1994-1998

Die Schweiz ist eines der wenigen Länder, die ein nationales Aids-Präventionsprogramm speziell für Frauen eingerichtet haben. 1994 beauftragte das BAG die beiden Institute für Sozial- und Präventivmedizin in Basel und Zürich mit der Konzeption und Durchführung eines frauenspezifischen Aktionsprogramms zur HIV/Aids-Prävention. Dieses externe, auf drei Jahre beschränkte Mandat diente dazu, im Rahmen des Aktionsprogrammes (AP) die in der nationalen Aids-Präventionsstrategie festgesetzten Zielsetzungen und Massnahmen für diese « neue » Zielgruppe umzusetzen^{1,2}.

Bei der strategischen Planung entschied man sich für eine weite Definition der Zielgruppe: Angesprochen werden alle Frauen, sei es als Frauen oder als Präventionsbotschafterinnen (z. B. in ihrer Rolle als Mütter oder in ihrem beruflichen Umfeld). Die HIV/Aids-Prävention sollte sich in den Gesamtkontext der Gesundheit von Frauen, insbesondere ihrer sexuellen Gesundheit, einfügen. Die Evaluation wurde in zwei Phasen durchgeführt.

Erste Phase der Evaluation

Die erste Phase erfolgte 1996 in Form einer Kurz-Evaluation der organisatorischen Aspekte des AP, wobei folgende Fragen gestellt wurden:

- Welche Aktionen versuchte das Programm einzurichten (was, wie, für wen) und was wurde effektiv geleistet?
- Was gab allenfalls Anlass zu Programmänderungen?
- Welche Faktoren haben den Ablauf des Programms begünstigt oder behindert? Wie ging man mit allenfalls aufgetretenen Problemen um?

Die in dieser Phase untersuchten Informationen stammten aus der programmbegleitenden Dokumentation (Sitzungsprotokolle, Verträge, Berichte usw.) und aus Interviews mit den Programmverantwortlichen und deren Ansprechpersonen beim BAG.

Die Evaluation bestätigte insgesamt den planmässigen Programmverlauf. Sie brachte jedoch auch vorübergehende Abweichungen zum Vorschein, und zwar im Zusammenhang mit einer Fokusverschiebung von der allgemeinen Zielgruppe Frauen – der ursprünglichen Programmausrichtung – hin zu Untergruppen, die als stärker gefährdet eingestuft wurden. Diese Neuausrichtung, die das BAG im Verlauf des Programms empfohlen hatte, hat man aber schliesslich doch wieder fallengelassen. Die Evaluation brachte ausserdem gewisse Erschwernisse für die Programm-entwicklung zu Tage, insbesondere die relative Knappheit der für ein derart innovatives und ehrgeiziges Projekt zur Verfügung gestellten Mittel, das Fehlen von klar definierten Prioritäten oder auch Unklarheiten bei der Kompetenzaufteilung innerhalb einer sehr komplexen Entscheidungsstruktur.

Im Anschluss an diese erste Evaluation wurden spezifische Empfehlungen für die Verlängerung des laufenden Vertrages bis zum Januar 1998 ausgegeben. Daneben formulierte man auch allgemeine Empfehlungen für die Planung und Durchführung gleichartiger Projekte (siehe unten). Über diese Evaluationsphase wurde ein Bericht verfasst, der als internes Arbeitsinstrument dient³.

Zweite Phase der Evaluation

In der zweiten Phase (Februar 1997 – März 1998)

wurden die zwischen 1994 und 1997 realisierten Aktivitäten und Ergebnisse des AP beschrieben und analysiert (Aktivitäten und Ergebnisse werden im folgenden mit « Outputs » bezeichnet)⁴. Diese zweite Phase hatte folgende Fragen zum Gegenstand:

- Welchen Output hat das Programm erbracht?
- Zur Frage der Nachhaltigkeit der vom BAG finanzierten Pilotprogramme:
 - Was bleibt nach dem seit drei Jahren laufenden frauenspezifischen HIV/Aids-Präventionsprogramm bestehen?

- Wodurch wird Nachhaltigkeit begünstigt bzw. behindert?
- Welche Lehren lassen sich aus dem AP ziehen:
 - für andere Programme im Bereich der frauen-spezifischen Gesundheitsförderung?
 - für allgemeine nationale Gesundheitsprogramme?

Nach einer eingehenden Lektüre der Berichte und Daten zu den Outputs des AP (insgesamt 46) wurde ein Klassifikationssystem mit fünf Arten von Outputs erarbeitet. In einem ersten Schritt entwickelte man ein Raster, um jeden einzelnen Output in geraffter Form zu analysieren und zu beschreiben. Anhand der fertigen Raster wurden sechs Querschnittsanalysen von sämtlichen Outputs (siehe unten) erstellt. Auf diese Bearbeitung der Unterlagen folgten sechzehn Interviews mit Koordinatorinnen des AP und einigen externen Partnern zu elf Outputs. Ausserdem befragte man vier Entscheidungsträger zu verschiedenen Perspektiven für die möglichen Folgeinitiativen des AP.

Tabelle 5a

Kategorien von Outputs

Kategorien	Beschreibung – Beispiele
Unterlagen 10 Outputs	Konkrete Produkte (z.B. Broschüren) zur Information von bestimmten Zielgruppen Die breit gestreute Broschüre «Aids: Die 6 wichtigsten Fragen von Frauen und die Antworten dazu». Das «Necessaire», ein Täschchen für junge Frauen, welches Platz für die Pille, ein Kondom und andere Toilettenartikel sowie ein Informationsblatt zur Schwangerschaftsverhütung und zur HIV-Prävention bietet. Das «Necessaire» wird über Apotheken, Arztpraxen und Beratungsstellen vertrieben und bringt das Gespräch über Aids-Prävention und Schwangerschaftsverhütung in Gang.
Projekte 11 Outputs	Feldarbeit für bestimmte Zielgruppen (ausgenommen Ausbildungskurse für Fachleute). Zu dieser Kategorie gehören auch die Evaluationen der Ergebnisse einzelner Projekte In drei Jugendzentren in Basel-Stadt: Diskussionsreihe mit jungen Frauen von 12 bis 20 Jahren über Fragen zur sexuellen Gesundheit, mit Gelegenheit zur Konsultation einer Krankenschwester. Das Projekt «Gesundheitskurs für türkische Frauen» in Winterthur.
Ausbildung 8 Outputs	Ausbildungsangebote zur Verbesserung der Kompetenzen von Fachleuten und Freiwilligen für ihre Rolle als Mediatorinnen der Präventionsbotschaft Ausbildungsangebot für Mediatorinnen in verschiedenen professionellen Bereichen (Krankenschwestern in Ausbildung, Beraterinnen der «Leche»-Liga, Haus- und Familienhilfen, Freiwillige in Frauenzentren und verschiedenen Vereinigungen) im Tessin. In Zusammenarbeit mit der SVFS ^a wurde eine Untersuchung zu den Angeboten und zum Informations- und Bildungsbedarf in den Familienplanungs- und Aids-Beratungsstellen der drei Sprachregionen durchgeführt.
Forschung 6 Outputs	Forschungsprojekte zu den frauenspezifischen Bedürfnissen im Bereich HIV/Aids Die Studie «Geschlechtsunterschiede im Krankheitsverlauf: Analyse der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie» ⁵ .
PR 11 Outputs	Massnahmen zur Bekanntmachung des Programms. Dazu gehört auch die wissenschaftliche Valorisierung (z.B. Berichte von Konferenzen und Publikationen) Die Broschüre «Gesundheit von Frauen – Schwerpunkt HIV-Prävention» enthält ausführliche Informationen zum AP.

^a Schweizerische Vereinigung für Familienplanung und Sexualerziehung.

Outputs des Programms

Aus der Liste aller Outputs lässt sich ersehen, dass das AP **eine breite Palette von Aktivitäten** umfasste und dass die verschiedenen Outputarten in einem gut ausgewogenen Verhältnis standen (vgl. Anhang 5). Die Tabelle 5a zeigt die verschiedenen Output-Kategorien anhand von Beispielen.

Die Querschnittsanalysen gaben Aufschluss über den Gesamtoutput des AP, wobei folgende 6 Variablen berücksichtigt wurden:

- **Geografische Verteilung**
Etwas weniger als die Hälfte (22) der Outputs hatten eine nationale Reichweite. Bezüglich den einzelnen Regionen wurde festgestellt, dass der deutschsprachige und der italienischsprachige Landesteil mehr vom Programm profitieren konnten als die französischsprachige Schweiz.

- **Chronologische Verteilung**

Die einzelnen Outputarten hatten über die Dauer des Programms nicht immer den gleichen Stellenwert. Die Forschung war in der Anfangsphase wichtig, verlor aber später aufgrund eines Entscheids des BAG an Bedeutung, während die Ausbildung erst in der zweiten Programmhälfte zum Zuge kam.

- **Thematik**

Sämtliche Outputs behandelten die HIV/Aids-Thematik, aber in einem eher weit gefassten Sinn: Ein Drittel (15) der Outputs war ausschliesslich dem Thema HIV/Aids gewidmet, etwa die Hälfte (22) betraf auch die sexuelle Gesundheit und ein Fünftel (9) die Gesundheit von Frauen im Allgemeinen.

- **Zielgruppenspezifische Verteilung**

Bezüglich den Zielgruppen war der Grossteil der Outputs (19), vorwiegend in Form von Projekten und Unterlagen, an besondere Gruppen gerichtet (z.B. an junge Frauen). Rund ein Drittel der Outputs (15) richtete sich an Fachleute oder MediatorInnen, mehrheitlich in Form von Ausbildungsprogrammen, und etwa ein Viertel (12) zielte auf die allgemeine Bevölkerung, hauptsächlich in Form von Öffentlichkeitsarbeit.

- **Budgetverteilung**

Bei etwa einem Drittel (16) der Outputs wurde eine Form von Kofinanzierung praktiziert. Die Kosten-spanne der Projekte ist beträchtlich: Während das günstigste Projekt auf 100 CHF zu stehen kam (für einen Informationsstand), verschlang das teuerste 282 000 CHF («Necessaire»); die meisten Beträge bewegten sich im Bereich von 5000 bis 40 000 CHF. Abgesehen von den Löhnen lautete die Ausgabenrangfolge der verschiedenen Outputarten wie folgt: Unterlagen, Ausbildung, Projekte, Forschung und Öffentlichkeitsarbeit.

- **Benutzte Verteilkanäle und geschätzte Zahl der erreichten Personen**

Es wurden zahlreiche Kommunikationskanäle genutzt (Broschüren, Film, Theater, kleine Arbeitsgruppen und Ausbildungskurse, Medien, öffentliche Debatten) und an die jeweilige Zielgruppe angepasst. Die Anzahl der erreichten Personen ist natürlich vom Outputtyp abhängig. So vermag eine Broschüre

ein grosses Zielpublikum zu erreichen, während eine Ausbildung nur einer begrenzten Zahl von Personen zugänglich ist, dafür aber in die Tiefe geht.

Nachhaltigkeit der Aktivitäten

Nachfolgend geben wir Beispiele für Outputs, die gemäss einer Reihe von Nachhaltigkeitskriterien, welche vom Evaluationsteam definiert wurden, nach Abschluss des Programms «überdauert haben».

Outputs, die nach der Pilotphase oder der Startfinanzierung weiterbestehen

Ein Projekt mit jungen Besucher und Besucherinnen von Jugendzentren und ein weiteres für portugiesische Frauen erhielten später kantonale Subventionen. Mehrere Unterlagen wurden mit Mitteln aus dem AP ausgearbeitet und dann mit finanzieller Unterstützung aus anderen Fonds produziert und verteilt. Das Drehbuch für einen Aids-Präventionsfilm wurde teils vom AP, teils über das BAG-Projekt «Schule und Gesundheit» finanziert; die Produktion des Films übernimmt die Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung.

Outputs, die dauerhafte oder erneuerbare Produkte schaffen, welche von anderen verwendet werden können

Der vom AP lancierte Prozess der Konsenssuche über Schwangerschaftsverhütung und HIV/Aids-Prävention für junge Frauen wird nach Beendigung des Programms fortgesetzt. Dieser AP-Output wurde von einer Reihe anderer AP-Aktivitäten initiiert (eine Sekundäranalyse und -studie der Literatur über Jugendliche, Schwangerschaftsverhütung und Präservative sowie ein Expertentreffen zu diesem Thema). Andere AP-Produkte wie z. B. die Informationsbroschüren werden unabhängig vom Programm weitergeführt. Auch bei anderen Outputs besteht die Möglichkeit einer anderweitigen Nutzung, doch zur Zeit liegen noch keine konkreten Projekte vor. So ist z. B. das Ressourceninventar zur sexuellen Gesundheit bisher ausschliesslich von den direkt mit dem AP in Verbindung stehenden Personen verwendet worden, obschon es sich auch ausserhalb des AP einsetzen liesse.

Outputs, die in eine bestehende Struktur, Organisation oder ein bestehendes Netzwerk eingebettet sind

Mehrere Projekte und Ausbildungsprogramme des AP stammten von bereits bestehenden Strukturen oder Netzwerken oder wurden später in diese eingegliedert, beispielsweise die Projekte mit portugiesischen und türkischen Frauen. Einige Ausbildungskurse des AP wurden in die Ausbildungsprogramme anderer Institutionen aufgenommen. Mehrere kantonale Gesundheits- und Jugenddienste sowie Aids-Organisationen haben die Broschüren «OK Ragazze/ Ho les filles» übernommen.

Outputs, die ein neues Netzwerk schaffen oder neue Outputs auslösen (Schneeballeffekt)

Ein Output kann auch durch die Schaffung von Neuem nachhaltig werden, beispielsweise einem neuen Netzwerk wie jenes zur Integration von Kontrazeption und HIV-Prävention. Andere typische «Schneeballaktivitäten» sind solche mit Mediatoren und Mediatorinnen, die dafür geschult werden, ihr Wissen an andere weiterzugeben.

Generell wurden verschiedene Faktoren ausfindig gemacht, die **die Nachhaltigkeit des Programms fördern oder behindern**, so zum Beispiel der Zeitpunkt, ab dem das Ziel der Nachhaltigkeit eingeplant wird (lieber zu früh als zu spät), das Ausmass, in dem die Aktivitäten delegiert werden (das Delegieren von Aktivitäten zahlt sich aus, denn Koordinations- und Feldarbeit lassen sich nur sehr bedingt gleichzeitig wahrnehmen) oder die Nutzung bereits bestehender Kanäle (die Abstützung auf bereits gut etablierte Strukturen ist von Vorteil).

Dem AP ist es gelungen, an zwei Fronten aktiv zu werden. Auf der einen Seite hat es sich für die Wahrnehmung der frauenspezifischen Bedürfnisse in der allgemeinen Aids-Präventionsarbeit eingesetzt und auf der anderen Seite war es bestrebt, die HIV/Aids-Problematik in Frauennetzwerke einzubringen, die sich bisher kaum diesem Thema gewidmet hatten. Laut Aussagen der befragten Fachleute **hat das AP dazu beigetragen, die Überzeugungen und Denkmuster in die gewünschte Richtung zu steuern. Bisher ist es jedoch noch nicht gelungen, einen Wandlungsprozess zu verankern, da dazu ein**

bedeutender Mehraufwand an Werbung, Unterstützung und Zeit erforderlich wäre.

Das AP, das für eine limitierte Zeitdauer geplant und schliesslich um ein Jahr verlängert wurde, ist nun zu Ende gegangen, ohne dass die Frage der Nachhaltigkeit der geleisteten Arbeit befriedigend geregelt worden wäre. Mit den Programmkoordinatorinnen wurden lediglich zwei Folgeverträge über einige Monate abgeschlossen. Der eine Vertrag ist für Massnahmen zur Förderung der Nachhaltigkeit einer Auswahl von Outputs bestimmt, der andere beinhaltet die Erarbeitung eines Massnahmenpakets im sehr allgemeinen Bereich der Gesundheit von Frauen.

Das Aktionsprogramm als Indikator für Probleme und Chancen in der Präventionsarbeit

Das AP brachte Schwierigkeiten bezüglich der **Definition des Präventionsgegenstandes und der Bestimmung der Kriterien für die Festlegung der Zielgruppen** zum Vorschein. Sobald sich eine Zielgruppe durch eine «doppelte Problematik» charakterisierte (z. B. «Frauen + Drogenabhängige»; «Frauen + Migrantinnen») tauchten bei der Entscheidungsfindung bezüglich der Finanzierung einer Präventionsmassnahme durch das AP Probleme auf^b. Wie ursprünglich in der Projektplanung vorgesehen hätte sich das Programm an die Zielgruppe «Frauen allgemein» richten sollen. Im Verlaufe des AP haben sich im Kreise der MitarbeiterInnen des BAG neue Problemsichten herauskristallisiert, die zu einer Gewichtung der Aktivitäten auf Zielgruppen mit einer «ausgeprägten Gefährdung durch HIV/Aids» führte.

^b Welches Element ist bei einer doppelten Problematik als wichtiger zu bewerten? Sollte zum Beispiel in Anbetracht der Mittelknappheit und der beschränkten Kraftreserven ein Präventionsprogramm für drogenabhängige Frauen über das Programm «Frauen und Aids» oder über einen Fonds aus dem Drogenbereich finanziert werden? Oder beschränkt sich die Massnahme seitens des AP in dieser Situation darauf, die Programmverantwortlichen auf die Notwendigkeit eines frauenspezifischen Ansatzes hinzuweisen?

Die Vorstellung von der HIV/Aids-Präventionsarbeit verändert sich im Laufe der Zeit. Die Prioritäten zu Beginn des AP, die auf der Innovation und auf der Überzeugungsarbeit für die Notwendigkeit einer auf frauenspezifische Bedürfnisse zugeschnittene Prävention lagen, wurden gegen Ende des Programms durch den Imperativ der Nachhaltigkeit verdrängt. Solche Entwicklungen und Wandlungen sind in jeglicher Art von Programmen durchaus normal, haben jedoch den Nebeneffekt, dass sie zu Meinungsverschiedenheiten zwischen den verschiedenen Partnern führen können.

Die Einführung von frauenspezifischen Präventionsaktivitäten wirft die Frage nach entsprechenden männerspezifischen Bedürfnissen auf. Auf internationaler Ebene schlägt der Ruf nach einer frauenspezifischen Prävention allmählich in die Forderung nach einer generell **geschlechtsspezifischen Präventionsarbeit** um. In der Schweiz wurden nun die Besonderheiten der spezifisch weiblichen Bedürfnisse erarbeitet. Hinsichtlich der spezifisch männlichen Bedürfnisse wurde bisher erst die Gruppe der homo- und bisexuellen Männer umfassend berücksichtigt. Für die Gruppe heterosexueller Männer stehen vergleichbare Bemühungen noch aus.

Schlussfolgerungen

- Gesamthaft betrachtet ist das Programm planmässig verlaufen. Es wurden zahlreiche, ganz vielfältige Aktivitäten (Produktion von Unterlagen, Projekte im Feld, Ausbildung, Forschung, PR) durchgeführt, ausgelöst und/oder unterstützt. Mit Hilfe des Programms konnten mehrere Institutionen für frauenspezifische Anliegen sensibilisiert werden.
- Dennoch hat dieses ambitionöse und innovative Aktionsprogramm unter verschiedenen internen Schwierigkeiten gelitten, insbesondere unter den Managementproblemen, die dem Mangel an klar definierten Prioritäten und einer gewissen unklaren Kompetenzaufteilung zwischen dem Auftraggeber (BAG) und den Auftragnehmern zuzuschreiben sind.

Empfehlungen

Zur Ausdehnung der positiven Wirkung des Programms :

- Das BAG sollte direkt oder indirekt mittels eines im Vergleich zum AP stärker eingegrenzten Mandats versuchen, die Integration der HIV/Aids-Prävention in frauenspezifische Programme zur « allgemeinen Gesundheit » oder in Programme zur « sexuellen Gesundheit » voranzutreiben.
- Entsprechend muss im Bereich der allgemeinen HIV/Aids-Präventionsmassnahmen der Fokus auf die frauenspezifische Problematik verankert und überhaupt vermehrt die unterschiedliche Bedürfnisstruktur beider Geschlechter berücksichtigt werden.

Aus dem Programm gewonnene Erkenntnisse, die für nachfolgende Präventionsmassnahmen von Nutzen sein können :

- Für die Ausarbeitung und Durchführung eines Pilotprojekts müssen grosszügige zeitliche Rahmenfristen eingeplant werden.
- Es müssen Prioritäten gesetzt werden, wobei aber ein reichlich bemessener Anpassungsspielraum für Unvorhergesehenes freizuhalten ist.
- Der « administrative Apparat » sollte möglichst einfach gestaltet werden ; keine unnötige Vervielfachung der Entscheidungsebenen.
- Folgende Elemente müssen klar definiert werden :
 - realistische Zielvorgaben und Evaluationskriterien für den Erfolg oder Misserfolg von Massnahmen ;
 - die nötigen finanziellen Mittel und Kompetenzen ;
 - die Rollen und Aufgabenbereiche der Partner (BAG, Programmverantwortliche) ;
 - der Grad an Autonomie, welcher den Programmverantwortlichen zugestanden wird ;
 - die Verlängerungsmodalitäten des Programms nach Beendigung der BAG-Finanzierung ;
 - die potentiellen institutionellen Partner (Kantone, NGOs) zur Gewährleistung der Nachhaltigkeit des Programms, damit diese frühzeitig in die Planung möglicher Szenarien einbezogen werden können.

6

Das Programm MSM

«Männer, die Sex mit Männern haben»

Seit ihrer Gründung im Jahr 1985 haben die Aids-Hilfe Schweiz (AHS) und die regionalen Aids-Hilfen, unterstützt durch die Homosexuellen-Vereinigungen der grösseren Städte, den Hauptanteil der Präventionsarbeit für Homo- und Bisexuelle geleistet. Die AHS arbeitet im Auftrag des BAG, das die Organisation grösstenteils finanziert. Diese gezielte Prävention bildete sich in mannigfacher Form heran, woraus sich 1995 ein nationales Forschungsprogramm «herauskristallisierte»: Das Programm MSM («Männer, die Sex mit Männern haben»)^a.

Dieses Programm richtet sich an Männern mit unterschiedlichen Sensibilitäten und Identitäten, deren gemeinsames Merkmal darin besteht, dass sie, zumindest gelegentlich, sexuelle Beziehungen mit anderen Männern haben.

Es besteht aus **zwei zentralen Elementen**: aus **einer nationalen Kampagne**, die über verschiedene Kanäle Präventionsbotschaften verbreitet, und aus dem Aufbau eines **Netzwerks von regionalen «Outreach Workers» (ORWs)**, die angestellt sind (zu 20-40 %) und den Auftrag haben, auf lokaler Ebene mit dem Zielpublikum in Kontakt zu treten.

Ursprünglich schloss die AHS Verträge mit ihren lokalen Aids-Hilfen oder mit Homosexuellengruppen ab; diese hatten die Aufgabe, die ORWs zu rekrutieren und zu betreuen und ihnen eine Infrastruktur zur Verfügung zu stellen. Die MSM-Programmleitung bei der AHS war zuständig für die inhaltliche Gestaltung und die professionelle Abwicklung der Aktion sowie für die Weiterbildung der ORWs.

Die 1. Phase der Evaluation: 1996-1997¹

In der ersten Phase der Evaluation wurde untersucht, wie sich das Programm entwickelt hat und ob es in der Lage ist, die verschiedenen anvisierten Untergruppen zu erreichen. Dabei stützte man sich auf Interviews mit dem Programmleiter und den ORWs und auf eine Analyse der Unterlagen und des produzierten Materials.

Die nationale Kampagne behandelte drei Schwerpunktthemen: Die Solidarität mit den betroffenen Menschen, die jungen Homosexuellen (Coming-out und Safer Sex) und die Momente X (bei denen man daran denken muss, ein Präservativ zu verwenden). Diese Themen wurden in mannigfacher Form abgewandelt.

Anfangs 1997 waren 11 ORWs – deren Pensen insgesamt 2,9 Arbeitsstellen ausmachten – in 10 Regionen tätig^b. In 7 Regionen war die zuständige Partnerorganisation eine regionale Aids-Hilfe, in 3 anderen (Genf, Tessin, Waadt) eine Homosexuellengruppe.

Nach Abschluss dieser ersten Phase wurden bei der Evaluation die Erfolge und die Schwachpunkte des Programms herausgestrichen. So erwies sich die Kombination einer nationalen Kampagne – die allgemeine Botschaften verbreitet – mit den oft auf Initiative der ORWs entstandenen regionalen Aktionen zur Vertiefung dieser Botschaften als sinnvoll, da die beiden Programmteile einander ergänzten. Einige ORWs bauten sich ein lokales Netz auf, das ihnen bei ihrer täglichen Arbeit professionelle Unterstützung und die Mithilfe von Freiwilligen sichern sollte. Doch die Frage, welches der «ideale» lokale Partner für das Programm wäre (kantonale Aids-Hilfe, Homosexuellen-Vereinigung), ist immer noch ungelöst.

^a Es existiert auch ein anderes Programm, das speziell an Männer, die sich prostituieren, gerichtet ist.

^b Zürich, Basel-Stadt, Bern, Luzern, Waadt, Winterthur/Thurgau/Schaffhausen, Tessin, St. Gallen, Genf, Liechtenstein.

In den verschiedenen Treffpunkten der MSM ist das Aktivitätsniveau unterschiedlich: in der Gruppen- oder Kommerzszene ist es gut, in den anonymen Treffpunkten (Toiletten, Pärke, Raststätten, Schwimmbäder, Strichertreffpunkte usw.) hingegen weniger gut^c.

75% der Befragten, die an der Umfrage von 1997^d teilnahmen, haben an einem Treffpunkt der Homosexuellen eine Präventionsaktion gesehen (kaum Unterschiede hinsichtlich sozialer Schicht, Bildung, Alter, Grösse der Agglomeration, in der der Betreffende lebt, Sprachregion).

Probleme bei der Geschäftsleitung der AHS haben dazu geführt, dass die Stelle des Programmleiters lange vakant blieb. Als Folge dieser fehlenden Unterstützung und Supervision der ORWs traten in den Regionen, wo die partnerschaftlichen Strukturen nicht sehr gefestigt waren, Mängel auf.

Die Evaluation empfahl – unter anderem – die Zusammenarbeit mit den Partnerorganisationen weiter auszubauen, die Ausbildung, die Betreuung und die Selbstbewertungsfähigkeiten der ORWs zu fördern und ihre Autonomie zu verstärken, indem sie mit selbstverwalteten Kleinbudgets ausgestattet werden. Daneben wurde auch vorgeschlagen, den Aktionsradius des Programms zu verbessern und die Möglichkeit zu prüfen, das Programm auf weitere Regionen wie Solothurn/Aargau, Neuenburg/Freiburg/Jura oder das Wallis auszuweiten und die Aktion in den versteckteren Szenen zu verstärken.

^c Es ist aber nicht häufig der Fall, dass die MSM ausschliesslich anonyme Treffpunkte aufsuchen. In der 1997 bei den MSM durchgeführten Umfrage des IUMSP/UEPP «Männer, die andere Männer lieben, und ihre Gesundheit» suchen lediglich 2% der MSM nie die Bars, die Saunas, die Parties/Diskos, die Homosexuellen-Veranstaltungen auf, sondern frequentieren einzig die anonymen Treffpunkte (Toiletten, Pärke, Raststätten, Strichertreffpunkte).

^d Siehe weiter hinten Abschnitt «Männer, die sexuelle Beziehungen mit anderen Männern haben».

Die 2. Phase der Evaluation: 1998-1999²

Zwischen den beiden Evaluationsphasen kam es innerhalb des Programms zu Umgestaltungen (Direktion, Organisation, Partnerschaften). Die noch laufende Evaluation konzentriert sich auf zwei Aspekte des Programms:

- Hilfe zur Entwicklung eines kontinuierlichen Selbstbewertungsverfahrens
- Hilfe zur Klärung des konzeptionellen Rahmens für die Arbeit mit den ORWs im Programm MSM.

Diese Evaluation vom Typ «Entscheidungshilfe» stützt sich auf wiederholte Gespräche mit der Programmleitung, den ORWs und den Partnerorganisationen sowie auf Fallstudien in einzelnen Regionen.

Seit 1997 ist ein neuer Programmleiter im Amt. Anfangs 1999 gibt es 12 ORWs, die je nach Region ein Arbeitspensum von 20 bis 40% erfüllen (Tabelle 6a).

Tabelle 6a

Regionale Verteilung der ORWs und ihr Arbeitspensum (April 1999)

Grosse Städte		Zuordnung
Basel	30%	Aids-Hilfe beider Basel
Bern	30%	Aids-Hilfe Bern
	+ 20%	Finanziert von AHB
Genf	30%	Dialogai**
	+ 20%	Finanziert von Dialogai
Lausanne	40%	Direkt dem Programmleiter der AHS, Benutzung der Räumlichkeiten von Vogay*
Zürich	2 x 20%	Zürcher Aids-Hilfe
Kleinere Städte/ländliche Region		Zuordnung
Luzern	20%	Aids-Hilfe Luzern
	+ 10%	Finanziert von AHL
St. Gallen	20%	Aids-Hilfe St. Gallen/Appenzell
Tessin	30%	Aiuto AIDS Ticino
Winterthur/Thurgau, Schaffhausen	30%	AHThurgau
Wallis	20%	Groupe Sida Valais
Zug + Schwyz	20%	Fachstelle für Aidsfragen Zug

* Lokale Homosexuellengruppe

** Homosexuellengruppe und Aids-Hilfe für die MSM-Prävention (neben der Groupe Sida Genève)

Fast alle ORWs unterstehen nun einer regionalen Aids-Hilfe. Im Kanton Waadt stellt die Homosexuellen-Vereinigung zwar ihre Räumlichkeit zur Verfügung, trägt aber keine Verantwortung für die Arbeit des ORW, der direkt der zentralen AHS untersteht. In einigen Regionen (Bern, Genf, Luzern) wird die Arbeitsstelle des ORW von der lokalen Aids-Hilfe mitfinanziert.

Für die ORWs wurde ein neues Pflichtenheft ausgearbeitet. Die ORWs sind verpflichtet, mindestens alle drei Monate einen standardmässig aufgebauten Bericht zu liefern. Sie haben zudem Quartalstreffen mit dem Programmleiter sowie eine monatliche Telefonkonferenz. Mehrmals im Jahr finden Gruppentreffen statt.

Bei der Evaluation hat sich gezeigt, dass die Interventionsschwerpunkte jedes ORW angesichts der Vielfalt der Situationen (Grösse der Stadt/Region, für die er zuständig ist; örtliche Vereinigungen; offene/versteckte Szenen) sehr unterschiedlich sein können. Der Ausdruck ORW, der zur Bezeichnung der im Rahmen dieses Programms tätigen Betreuer dient, kann Anlass zur Verwirrung geben^e. Im Rahmen des MSM-Programms lassen sich wohl die Präsenz und die Informationsabgabe in den anonymen Treffpunkten und in der Gruppen- und Kommerzszene diesem Begriff zuordnen. Aber das ist nur ein Teil der durchgeführten Aktivitäten. Die Rolle der ORWs umfasst noch weit mehr Aspekte. Gegenwärtig stellt man fest, dass seitens der AHS ein recht klares Konzept der zielgerichteten Prävention für Homosexuelle und der Rolle der ORWs Gestalt annimmt.

In den Regionen abseits der grossen Stadtzentren hat der ORW, der der regionalen Aids-Hilfe angeschlossen ist, in erster Linie eine Aufbau-funktion zu übernehmen: Errichtung oder Ausbau eines Beziehungsnetzes mit den Homosexuellen-organisationen^f, den kommerziellen Orten in der Schwulenszene, den Medien, den Partnern im Bereich der Aids-Prävention sowie Verteilung von MSM-Präventionsunterlagen und lokale Verankerung der nationalen Aktionen. Er steht unter der Aufsicht des nationalen Programmleiters, der ihn – zusammen mit dem Leiter der regionalen Aids-Hilfe – bei der Abklärung der Bedürfnisse und der Vorbereitung der lokalen Aktionen unterstützt. Nach

und nach baut er seine eigenen Tätigkeiten auf und sein Profil nähert sich dem des in städtischen Regionen tätigen ORW – mit einer langen Liste von präventiven Einsätzen im Homosexuellen-Milieu – wo gut etablierte Homosexuellengruppen sowie regionale Aids-Hilfen zu finden sind.

In diesen städtischen Regionen ist der ORW hauptsächlich ein lokaler Projektleiter, ein Botschafter der spezifischen MSM-Problematik, gewissermassen ein Experte. Er ist mit der Organisation und Koordination des gesamten an die MSM gerichteten Aids-Prävention betraut. Im Homosexuellen-Milieu steht ihm ein Ressourcennetz zur Verfügung, um die Bedürfnisse abzuklären und die geplante Aktion strategisch zu überdenken. Die örtliche Aids-Hilfe ist teilweise für seine Ausbildung und Kontrolle zuständig. Er organisiert Kontakte mit den **kommerziellen Orten in der Schwulenszene** (die er regelmässig mit Infomaterial beliefert, das dann in diesen kommerziellen Orte an die Kundschaft verteilt wird) und die Präsenz an den von MSM frequentierten anonymen Treffpunkten oder bei den Veranstaltungen der Homosexuellenorganisationen (wobei er in der Regel von einer Gruppe freiwilliger Helfer begleitet wird). Und schliesslich unterbreitet er auch Vorschläge für regionale Sonderaktionen, die über das MSM-Programm finanziert werden sollen.

Daraus geht klar hervor, dass sich das Konzept der MSM-Arbeit in mehrerer Hinsicht weiterentwickelt hat:

- in Richtung einer **Professionalisierung** der lokalen MSM-Arbeit (die ORWs werden oft via Inserate gesucht);

^e Er bezeichnet in der Regel eine Person, die aus dem Interventionsmilieu stammen kann oder auch nicht, die aber auf alle Fälle Zugang zu diesem Milieu hat und deren Aufgabe darin besteht, im Milieu, wo sie tätig ist, direkt (persönlich) mit der Zielgruppe Kontakt aufzunehmen, häufig auf individuelle Art und Weise, um die Zielpersonen auf ein Problem aufmerksam zu machen und sie mit Informationen zu versorgen.

^f In diesen Regionen existiert manchmal keine organisierte Szene und die unstrukturierten, anonymen Treffpunkte sind wichtig, um die MSM zu erreichen. Diese Treffpunkte sind aber oft weit verstreut.

- in Richtung einer **Regionalisierung** der MSM-Arbeit: Die lokale Stelle erledigt sämtliche Aufgaben (ausser der Produktion von Materialien und der Konzeption von «Kampagnen») für die Zielgruppe MSM;
- in Richtung einer **generalisierten Annäherung** an die MSM: all die verschiedenen Untergruppen, aus denen diese Gruppe besteht, müssen entsprechend den lokalen Bedürfnissen angesprochen werden;
- in Richtung einer **Partnerschaft** mit den – und einer **stärken Eingliederung** in die – **regionalen Strukturen der AHS**, wobei aber ein enger Kontakt zu den Homosexuellengruppen aufrechterhalten wird, von denen erwartet wird, dass sie ihre Erfahrung auf dem Gebiet der Homosexuellen-Problematik einbringen. Dieses Modell hat den Vorteil, dass es die Verantwortung für die Präventionsaktivitäten bei einer Zielgruppe wieder den lokalen Aids-Hilfen übereignet, deren Hauptzweck nebst der Unterstützung der Betroffenen auch die Prävention umfasst.

Schlussfolgerungen

- **Der Hauptteil der gezielten Prävention für MSM wird nun durch das Programm MSM koordiniert oder sogar direkt ausgeführt.**
- **Das Programm MSM ist im Begriff, sich zu stabilisieren und fester Bestandteil der Präventionsaktivitäten der Aids-Hilfen zu werden.**
- **Die ORWs (mit Hilfe der lokalen Aids-Hilfen und Homosexuellengruppen) sind mehr und mehr dazu bestimmt, auf regionaler/kantonalen Ebene als Botschafter für die MSM-Problematik zu fungieren und sämtliche Bevölkerungsgruppen zu betreuen, die zum Definitionsbereich der MSM gehören.**
- **Die Rollen der einzelnen Partner sind besser definiert.**

Empfehlungen

- **Ohne die Finanzierung des Programms MSM durch die zentrale AHS aufzugeben sollte eine partielle und schrittweise Wiederaufnahme der Finanzierung der ORWs durch die regionalen Aids-Hilfen diskutiert werden.**
- **Die Abdeckung der anonymen Treffpunkte muss gesichert werden, vor allem in den Regionen, die nicht über ein Netz von Homosexuellen-Treffpunkten verfügen. Die lokalen Aids-Hilfen sollten auf dieses Problem aufmerksam gemacht werden.**

7

Das Projekt PAMiR : Aids-Prävention im Reisebereich

Das Projekt PAMiR (Prävention von Aids durch MediatorInnen im Reisebereich) gibt es seit 1995. Es bestand in der Organisation^a von Ausbildungsprogrammen für Berufsleute der Reisebranche. Ziel dieser Kurse war es, diese Personen als aktive Mediatoren für ihre Kundschaft auszubilden, und zudem auch ihr eigenes Präventionsverhalten zu beeinflussen.

Das BAG hat das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich¹ mit der Auswertung des Projekts beauftragt^b. Diese sollte als Entscheidungsgrundlage für die Weiterführung des Projekts dienen und folgende Fragen beantworten :

- In Bezug auf die Ausbildungsverantwortlichen in der Reisebranche :
 - Was für Gründe haben sie, eine Fortbildung durchzuführen oder nicht ?
 - Haben sie die Absicht eine Fortbildung dieser Art weiterzuführen ?
- In Bezug auf die Kursteilnehmenden :
 - Welchen Stellenwert haben solche Kurse in ihrer täglichen Arbeit und was gibt es für praktische Anwendungsmöglichkeiten ?
 - Welchen Einfluss haben die Kurse auf ihr persönliches Verhalten ?

Es fand eine qualitative (Gespräche mit Ausbildungsverantwortlichen und Kursteilnehmenden) und eine quantitative (Fragebogen für die Kursteilnehmer) Auswertung statt. Folgende Feststellungen gingen daraus hervor.

Die Verantwortlichen fanden die Fortbildung mit einigen Einschränkungen nützlich. Sie sehen darin vor allem die Möglichkeit, die Kompetenz der Berufsleute zu verbessern, damit diese die Fragen der Kunden besser beantworten können. Ein aktives Vorgehen seitens der Berufsleute – vor allem der Reiseführer und Reisebegleiter – ist nicht erwünscht, um die Kunden nicht zu brüskieren. Die Verantwortlichen schätzen auch die Anregung an die Berufsleute, sich selber besser zu schützen. Sie sind aber nicht der Ansicht, dass solche Kurse obligatorisch sein sollten.

Die Kursteilnehmenden betonten, dass sie kaum Gelegenheit hatten, das Thema Aids-Prävention anzusprechen, weil die Kunden ihnen keine diesbezüglichen Fragen stellen. Der Kurs würde ihnen aber im gegebenen Fall helfen, darüber zu sprechen. Bei einem Fünftel von ihnen hat der Kurs das eigene Präventionsverhalten verändert.

^a Projektleitung : Institut für Sozial- und Präventivmedizin in Bern.

^b Direkter Auftrag des BAG, als Ergänzung zur Gesamtevaluation.

Schlussfolgerung

- Die Berufsleute sind nicht bereit, eine aktive Rolle als Multiplikatoren in der HIV/Aids-Prävention zu übernehmen. Die Geschäftsführer der Reisebranche unterstützen sie auch nicht in diesem Sinn, aus Furcht, die Kunden zu brüskieren.

Empfehlung

- Bevor Projekte, selbst Pilotprojekte, gestartet werden, sollte die Machbarkeit von neuartigen Aktionen besser untersucht werden.

N.B.

Das Projekt gibt es in dieser Form nicht mehr. Die Idee der Ausbildung von Berufsleuten als Mediatoren wurde aufgegeben, die Informationskurse über HIV/Aids werden aber weitergeführt.

8

Arbeit mit « Mediatoren » im Rahmen der Aids-Prävention¹

Die « Peer Education » (Wissensvermittlung durch Gleiche) ist eine Präventionsmethode angelsächsischer Herkunft, die aus den sechziger Jahren stammt und vor allem bei jungen Menschen angewendet wird. Die Weltgesundheitsorganisation hat diese Methode schon vor langer Zeit als geeignete Lösung anerkannt, um die Wirksamkeit der Mitarbeit von nicht professionell tätigen Helfer und Helferinnen an der primären Gesundheitsversorgung zu verstärken. Dieses Konzept wurde für die Aids-Prävention weitgehend übernommen.

In der Schweiz wird meist der Begriff « Mediator/ Mediatorin » verwendet. Dieser Begriff^a ist in zahlreichen Präventionsprogramme anzutreffen. Diese richten sich besonders an Zielgruppen, die gerade aufgrund ihrer Randständigkeit, ihrer kulturellen Unterschiede oder wegen Sprachschwierigkeiten über die üblichen Kanäle schwer zu erreichen sind. Für den Einsatz von MediatorInnen sprechen hauptsächlich folgende Gründe:

- das Anliegen, die Prävention in Form und Inhalt an die jeweiligen Zielgruppen anzupassen;
- die Nutzbarmachung des Einflusses, den die Menschen bei Ihrgleichen ausüben;
- die Möglichkeit, die Zielgruppen an den Präventionsaktionen zu beteiligen.

Dank der Arbeit mit MediatorInnen kann ein Feedback-Verfahren aufgebaut werden (Rückmeldung von Informationen an die Verantwortlichen und laufende Anpassung der Präventionsstrategie).

^a Ohne jeglichen Bezug zum juristischen Begriff der Mediation (Vermittlung bei Konflikten) und zum schulischen Begriff der Mediation (Anhörstelle für Schüler/Schülerinnen und Vermittlungsfunktion der Lehrkräfte ausserhalb ihrer Unterrichtsrolle in der Klasse).

^b Eine Liste der Projekte mit Mediatoren wurde den Personen, die über diese Problematik gut informiert sind, unterbreitet. Die Liste wurde mit den von ihnen gegebenen Informationen vervollständigt.

Über die mit MediatorInnen durchgeführten Einsätze wird regelmässig berichtet. In diesen Meldungen kommt die Vielfalt der Erfahrungen jedoch nur unvollständig zum Ausdruck. Nur in wenigen Fällen werden die Rollen und Aktivitäten der vor Ort tätigen MediatorInnen genau beschrieben. Die herrschende Unsicherheit bezüglich der Frage, wie denn die Mediatoreneinsätze real aussehen, und das Interesse an diesem Konzept haben nun bewirkt, dass man sich mit den in der Schweiz gemachten Erfahrungen befasst hat und folgenden Fragen nachgegangen ist:

- Welche theoretische und praktische Bilanz lässt sich aus den mit Hilfe von MediatorInnen durchgeführten Einsätze ziehen?
- Wie zweckmässig ist das Konzept und seine verschiedenen Umsetzungen auf dem Gebiet der Aids-Prävention?
- Unter welchen Bedingungen wird dieses Konzept angewendet?

Die Untersuchung basiert auf einer Durchsicht der internationalen (veröffentlichten oder « grauen ») Literatur sowie auf einer Analyse der in der Schweiz gemachten Erfahrungen auf dem Gebiet der HIV-/Aids-Prävention. Mit Hilfe der Literaturschau konnte man eine Reihe von Einsatzmodelle herausarbeiten und ein Leseschema erarbeiten, das dazu diente, die Grundlagen, die Organisation und der Ablauf der in der Schweiz erarbeiteten Präventionsprojekte mit Einbezug von MediatorInnen zu analysieren. Dieser Abschnitt des Berichts umreist die Ergebnisse dieser Analyse.

Rund vierzig Projekte mit Beteiligung von MediatorInnen wurden erfasst^b. Zwei, die junge Vermittler im Schulwesen einsetzten, wurden nicht in die Analyse aufgenommen, weil man ja gerade die Übertragung dieses « klassischen » Modells auf andere Gruppen untersuchen wollte. Die Ausbildungsprojekte mit dem Ziel, Berufsleute im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen oder « Laien » dazu zu ermuntern, im Rahmen ihrer täglichen Arbeit eine Übermittlerrolle für Aids-Präventionsbotschaften zu übernehmen, wurden nur dann berücksichtigt, wenn es dabei darum ging, eine spezielle Bevölkerungsgruppe zu erreichen.

Die wichtigsten analysierten Projekte sind in Anhang 6 aufgelistet. Die Informationen wurden aus den zu diesem Zweck erstellten Unterlagen (Protokolle,

Berichte usw.) entnommen oder aus den dreissig Unterredungen mit den nationalen Projektleitern, den lokalen Projektkoordinatoren und den MediatorInnen zusammengetragen. Behandelt wurden u. a. folgende Themen :

- allgemeine Ziele des Projekts und Gründe für den Einbezug von MediatorInnen ;
- Rekrutierung der MediatorInnen (ideales Profil, Pflichtenheft, Schwierigkeiten) ;
- detaillierte Beschreibung der Präventionsaktivitäten der MediatorInnen ;
- Ausbildung und Supervision/Betreuung, Entschädigung, auftretende Probleme ;

- Auswirkungen der Aktivitäten auf den Mediator/ die Mediatorin, Beziehungen zwischen dem Mediator und dem Programm.

Mehrere Mediatorenmodelle

Der Begriff « Mediator » beinhaltet ein breites Spektrum von « menschlichen Profilen », die in den unterschiedlichsten Situationen tätig sind und mehrere Einsatzmethoden anwenden. Die Untersuchung hat gezeigt, dass die Attribute der « MediatorInnen » sogar innerhalb desselben Projekts variieren können (mehrere

Tabelle 8a

Charakteristiken der Tätigkeit der MediatorInnen und der Programme, bei denen diese Art von MitarbeiterInnen eingesetzt wird

Mediator	
Verbindung mit der Zielgruppe	Aus der Zielgruppe rekrutiert oder nicht
Individuelle Züge	Ist bezüglich HIV/Aids gleich/nicht gleich betroffen wie die Zielgruppe
	Ist beruflich im Sozial-, Gesundheits- oder Bildungsbereich tätig oder nicht
	Hat/hat nicht die gleiche Sprache/Kultur wie die Zielgruppe
Rolle und Aktivitäten im Rahmen des Projekts	Erhält eine/keine spezielle Ausbildung
	Wiederholte Kontakte oder einmaliger Kontakt mit der Zielgruppe
	Benötigt eine/keine Betreuung
	Autonom/unselbständig
	Übernimmt im Programm Verantwortung/keine Verantwortung
	Bezahlte/unentgeltliche Mitarbeit
	Engagiert sich stark oder wenig für die Mediatorenrolle
	Ist an einem Feedback-Prozess beteiligt oder nicht
	Hat Einfluss/keinen Einfluss auf die Festlegung der Programmpolitik
	Eingliederung in den zeitlichen Ablauf des Projekts
Programm	
Zielgruppe	Allgemeinbevölkerung/besondere Gruppe
	Leicht lokalisierbar/verstreut
	Starke oder schwache Wahrscheinlichkeit einer Risikoexposition
	Randgruppe oder nicht
	Wohnhaft/auf der Durchreise
	Beherrscht eine/keine « örtliche » Sprache
Mittel	Material verteilen
	Präventivratschläge abgeben (=zugehen auf...)
	Sich für die Beantwortung von Fragen zur Verfügung stellen (=kommen lassen)
	Beziehungsnetze aufbauen
Ausdehnung	National, regional oder lokal
Ablauf des Programms	Anpassung/keine Anpassung an die Lageentwicklung oder an die Entwicklung in der Zielgruppe (Ziele, Mittel, Ausdehnung usw.)
	Langfristiges Projekt/Projekt von kurzer Dauer

Profile parallel oder nacheinander). Tabelle 8a enthält eine Darstellung der wichtigsten Charakteristiken der MediatorInnen und ihrer Tätigkeit sowie der auffallendsten Merkmale der Präventionsprojekte, in denen sie tätig sind.

Es ist offensichtlich, dass für «MediatorInnen» kein einheitliches Konzept existiert. Die Programmverantwortlichen haben ganz unterschiedliche Vorstellungen bezüglich der Attribute und des Auftrages der MitarbeiterInnen. Aus der beobachteten Vielfalt lassen sich jedoch drei Hauptmodelle herauskristallisieren. Sie werden nach der Zielgruppe des Projekts und nach der Herkunft der MediatorInnen unterschieden (Tabelle 8b).

Tabelle 8b

Interventionsmodelle der MediatorInnen

Herkunft der MediatorInnen	Zielbevölkerung	
	Allgemeinbevölkerungen	Spezielle Gruppen
MediatorInnen aus dem Milieu	Modell A	Modell B1
Aussenstehende MediatorInnen	–	Modell B2

Die auf den Einsatz von MediatorInnen basierenden Projekte versuchen zwei Arten von Zielbevölkerungen zu erreichen :

- **«Allgemeinbevölkerungen» :** Das Zielpublikum besteht aus einem Kollektiv von Personen mit derselben Gemeinschaftsidentität, in dem verschiedene Gesellschaftsschichten, Bildungsniveaus usw. vertreten sind. Dieses Publikum muss wegen besonderer Merkmale (z. B. wegen der kulturellen Zugehörigkeit oder der sexuellen Identität) «anders» angesprochen werden.
- **«Spezielle Gruppen » :** Das Zielpublikum besteht aus einer geringeren Anzahl von Personen, die in der Regel randständig und schwer erreichbar sind und/oder sich durch Verhaltensweisen auszeichnen, bei denen die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Risikoeexposition hoch ist (Prostitutionsmilieu, i. v. Drogenabhängige usw.).

In Bezug auf die Zielbevölkerung können die MediatorInnen zwei Arten von Stellungen einnehmen :

- **MediatorInnen, die «aus dem Milieu stammen» ;**
- **MediatorInnen, die «nicht aus dem Milieu stammen».**

Im Modell A ist die Zielbevölkerung eine «Allgemeinbevölkerung» und die MediatorInnen stammen immer aus dieser Bevölkerungsgruppe

(z. B. die Programme «Migranten» oder «Männer, die Sex mit Männern haben»/MSM). Diese Projekte weisen eine nationale Ausdehnung auf und sind mit einem grossen Führungs- und Koordinationsaufwand verbunden. Sie verfolgen langfristige Ziele und setzen auf die Teilnahme der Gemeinschaften.

Die MediatorInnen dieser Projekte werden von der Programmleitung rekrutiert. Ihr Status und ihre Einsätze sind nicht einheitlich geregelt. Sie leiten Präventions-sitzungen, verteilen Informationen, helfen bei der Herstellung des Materials, fördern die Kontakte unter den verschiedenen Gruppen und vermitteln bei den Institutionen. Im Programm MSM werden die MediatorInnen bezahlt ; sie übernehmen hier hauptsächlich die Rolle eines regionalen Programmkoordinators, wobei sie freiwillige Helfer beiziehen. Im Programm «Migranten» unterscheidet sich ihre Rolle erheblich von Person zu Person : Ausbildung anderer MediatorInnen, Kontakte mit den Konsulaten, Koordination auf lokaler Ebene, Begleitung, Materialabgabe usw. Einige erhalten einen Lohn, während andere lediglich die Spesen (Reisespesen) zurückerhalten oder gar unentgeltlich mitarbeiten.

Im Modell B1 ist die Zielbevölkerung eine spezielle Gruppe und die MediatorInnen stammen aus dem Milieu.

Das ist das typische Modell der «Peer Education». Beispiele: die Projekte Barfüsserfrauen (Migrant Sex Worker) in der Deutschschweiz und in Lausanne ; in einigen Fällen das Projekt MSW (Male Sex Workers) ; das Projekt MEDIA (Drogen- und ehemalige Drogenkonsumenten, Inhaftierte) ; das Projekt «Donne a confronto» (drogenkonsumierende Frauen).

Tabelle 8c

Prävention bei spezifischen Gruppen: Vorteile und Nachteile je nach MediatorTyp

	Vorteile	Nachteile
MediatorInnen, die aus dem Milieu stammen (B1)	Fähigkeit, Kontakte zu einem schwer zugänglichen Milieu herzustellen	Schwierigkeit, MediatorInnen zu rekrutieren
	« Legitimität » des/r Mediators/in	Hoher Betreuungsaufwand
	Vertrauensverhältnis	Gefahr der Rollenverwirrung
	Empowermenteffekt auf MediatorIn	Persönliche Probleme der MediatorInnen
		Schwierigkeit, eine « kritische Distanz » zwischen MediatorIn und Zielgruppe zu wahren
MediatorInnen, die nicht aus dem Milieu stammen (B2)	Häufig Fachleute aus dem Sozial- oder Bildungswesen, verfügen demnach bereits über nützliche Kompetenzen für ihre Rolle	Weniger gute Kenntnis des Milieus, in dem sie arbeiten
	Geringerer Betreuungs- und Kontrollbedarf	Eventuell fehlende « Legitimität »
		Versuchung, die Mediatorenrolle zu überschreiten und in Problemsituationen eine Hilfebeziehung aufzubauen.

Diese Einsätze werden von Professionellen aus dem Gesundheits- oder Sozialwesen erarbeitet, die sich um die Rekrutierung und die Betreuung der MediatorInnen kümmern (wobei dies bis zur Tandem-Arbeit mit ihnen gehen kann). Die teils entschädigten, teils unentgeltlich arbeitenden MediatorInnen haben hauptsächlich den Auftrag, sich an ihresgleichen zu wenden, Präventionsmaterial zu verteilen, Fragen zu beantworten und Adressen von Hilfs- oder Beratungsstellen zu vermitteln. Die Dauer der Kontakte mit dem Zielpublikum ist unterschiedlich (von einigen Minuten bis zu mehreren Stunden). In einigen Programmen stellen sich die MediatorInnen zur Verfügung (Bereitschaftsdienst) oder leiten – nach einer ad hoc Ausbildung – Gesprächsgruppen.

Im Modell B2 ist die Zielbevölkerung ebenfalls eine spezielle Gruppe, aber die MediatorInnen stammen nicht aus dem betreffenden Milieu. Sie weisen allenfalls einige Gemeinsamkeiten mit der Zielgruppe auf (Sprache oder Kultur). Beispiele: Barfüsserfrauen im Tessin und in Genf (mit der Sprache als Gemeinsamkeit), MSW (mit der sexuellen Präferenz als Gemeinsamkeit). Dieses Modell stellt häufig eine « Alternativlösung » dar, die sich infolge der Schwierigkeit, MediatorInnen aus der Zielgruppe zu rekrutieren, aufgedrängt hat. Diese Programme funktionieren ganz ähnlich wie beim Modell B1, und den MediatorInnen werden auch vergleichbare Aufgaben übertragen, aber in diesem Fall gehen sie auf die Bevölkerung zu (Outreach Work). In einigen Fällen sind die MediatorInnen dieses Modells Fachleute aus dem Sozial- oder Bildungswesen.

Eine Zusammenfassung der Typologie der « Mediatorenprojekte » findet sich in einer Tabelle in Anhang, Seite 109.

Tabelle 8c zeigt die Vorteile und die Nachteile, die mit dem Typus der Mediators/der Mediatorin in den zielgruppengerichteten Präventionsprojekten zusammenhängen.

Erfolgsrezepte ?

Die Programme, die Erfolg haben (zum Beispiel Migrantenprojekt, MSM, Barfüsserfrauen) weisen – unabhängig von ihrem Typ – eine Reihe von gemeinsamen Merkmalen auf:

- Sie stützten sich auf eine vorherige Abklärung der Bedürfnisse und der Machbarkeit.
- Sie zeichnen sich durch klare, langfristig angelegte Zielsetzungen aus. Was zählt, sind die Ziele, die es zu erreichen gilt, und nicht die Mittel. Die Mittel werden an den Kontext angepasst, und die Programme können im Laufe der Zeit weiterentwickelt werden.
- Sie sind bei ihrem Präventionsangebot aktionsfreudig: Sie machen Vorschläge, statt zu warten, bis jemand eine Bitte äussert.
- Sie werden auf nationaler und regionaler Ebene lanciert und geleitet, beinhalten aber einen bedeutenden partizipativen Anteil (Feedback). Vorbereitet und überwacht werden die Interventionen von zuverlässigen Organisationen, die in der Lage sind, die MediatorInnen zu rekrutieren und zu betreuen.

- Diese Programme sind in der Lage, Freiwillige, die sich für eine Sache engagieren wollen, zu mobilisieren. Sie beinhalten einen Empowerment-Aspekt (für den Mediator wie auch für die Zielbevölkerung).

Demgegenüber lässt sich bei den Programmen, die Schwierigkeiten hatten, sich auszuweiten oder ihre Weiterführung zu sichern (MEDIA, PAMIR), eine ungenügende Abklärung der Bedürfnisse und der Machbarkeit feststellen. Der Akzent wird eher auf die Mittel denn auf die Ziele gelegt, was eine geringe Anpassungsfähigkeit zur Folge hat. Schwächen bei der Betreuung und Begleitung sowie ein schwaches Empowerment sind für diese Programme ebenfalls kennzeichnend.

Zwei Probleme – die manchmal sogar innerhalb ein- und desselben Programms sehr unterschiedlich behandelt werden – sollten geklärt werden, wobei hier keine eindeutige Lösung vorgeschlagen wird:

- Entlohnung oder freiwillige Mitarbeit der MediatorInnen: Die Entlohnung bedeutet sicherlich ein Plus in Sachen Professionalität, Stabilität, Anerkennung der geleisteten Arbeit sowie für die Kontrolle. Sie stellt aber für die Programme einen erheblichen Kostenfaktor dar. Die Freiwilligenarbeit ist ein sichtbares Zeichen für das Engagement und die Mobilisierung der Gemeinschaft, bedingt jedoch Abstriche bei den Qualitäts- und Kontinuitätsanforderungen.
- Macht und Autonomie: Die Arbeit mit (freiwilligen oder bezahlten) MediatorInnen bedingt, dass die Macht bis zu einem gewissen Grad geteilt wird und vor allem dass die besonderen Fähigkeiten der MediatorInnen anerkannt werden. Dieser programminterne Austausch stellt eine Bereicherung dar, die nicht immer genügend genutzt wird.

Schlussfolgerungen

- **Prävention zu leisten und dabei die Dienste von Personen, die der Zielgruppe nahestehen, in Anspruch zu nehmen, stellt eine geeignete Methode dar, wenn man sicherstellen möchte, dass die Aktion an die Zielgruppe angepasst ist; diese Methode ist jedoch kein Universalmittel.**
- **Das Konzept des Mediators vereinigt ganz unterschiedliche Profile, deren Charakteristiken, Stärken und Schwächen man kennen sollte, damit man diese je nach Situation und verfolgten Zielen optimal nutzen kann.**
- **Die Programme, die MediatorInnen einsetzen, erfordern unabhängig vom gewählten Modell ein hohes und beständiges Mass an Investitionen. Der Abklärung der Bedürfnisse und der Machbarkeit kommt daher eine entscheidende Bedeutung zu. Das Gleiche gilt für die zu erreichenden Ziel und die Flexibilität der Mittel, die je nach Kontext und Entwicklungsphase des Programms einzusetzen sind.**

Empfehlungen

- **Die Entscheidung, Projekte mit MediatorInnen zu lancieren, ist sorgfältig zu überdenken und ihre Umsetzung ist genauestens zu begleiten: starke Supervision am Anfang, dann, im Rahmen des Möglichen, schrittweise Autonomisierung mit Selbstbewertung.**
- **Die Weiterbildung, die Vernetzung der MediatorInnen innerhalb desselben Programms und der Erfahrungsaustausch müssen gefördert werden, ebenso das Feedback der MediatorInnen zum Programm.**

Die den Ergebnissen der HIV/Aids-Präventionsstrategie gewidmeten Kapitel gehen folgenden Evaluationsfragen nach:

- Ist in den Bereichen, auf welche die Prävention abzielt, eine Verbesserung der Kenntnisse sowie eine Änderung des Verhaltens zu beobachten (vor allem beim Sexualverhalten, bei den Formen des Drogenkonsums usw.)?
- Hat die Prävention unerwartete oder unerwünschte Nebenwirkungen?
- Ändert sich die epidemiologische Situation?

Die Darstellung der Ergebnisse konzentriert sich auf die Entwicklung des Verhaltens über längere Zeit (Trends) und die Untersuchung allfälliger Disparitäten unter den Untergruppen der Bevölkerung. Wo dies möglich ist, werden auch Vergleiche mit anderen Ländern gezogen. Die Angaben in den Tabellen weisen jeweils ein Vertrauensintervall von 95 % auf, berechnet durch normale Approximation. Im Text werden die Vertrauensintervalle nicht angegeben; es werden lediglich signifikante Unterschiede oder Entwicklungen erörtert, die über der 95 %-Schwelle liegen.

9

Allgemeinbevölkerung

Bei der Allgemeinbevölkerung erfolgt seit 1987 durch eine periodische Telefonbefragung^a der Wohnbevölkerung zwischen 17 und 45 Jahren^b eine Dauerbeobachtung der Ergebnisse der Aids-Präventionsbemühungen. Diese Umfrage wurde bis 1992 jährlich durchgeführt und dann in den Jahren 1994 und 1997 wiederholt (n = 2800). Die hieraus gewonnenen Informationen werden mit Daten aus anderen Quellen ergänzt, was eine Vertiefung und Überprüfung der erhaltenen Informationen erlaubt.

Dieses Kapitel beschreibt zunächst den Stand der Dinge in Sachen Kenntnisse der Schutzmassnahmen gegen Aids, Sexualverhalten und Schutz durch das Präservativ. Danach werden einige wichtige Themen für die Prävention erörtert: die Änderung des Schutzverhaltens im Laufe einer Beziehung, die Sexualkontakte während Auslandsaufenthalten, die Probleme beim Gebrauch des Präservativs, der Umgang mit dem Präservativ (d. h. in etwa die Zuständigkeit für die

Besorgung, die Verwendung und das Anlegen des Präservativs) durch Männer und Frauen und der HIV-Test. Der letzte Teil des Kapitels untersucht die Frage nach dem Vorhandensein sozialer Unterschiede beim Präventivverhalten und der diesbezüglichen Entwicklung.

Kenntnis der Schutzmittel gegen Aids

Die Kenntnisse der Bevölkerung über die HIV-Übertragungswege und die Mittel, um sich dagegen zu schützen, wurden mit Hilfe einer Analyse der spontanen Antworten von befragten Personen auf die Frage nach ihrem Wissen über dieses Thema ermittelt. **Das Präservativ als wirksames Mittel zur Aids-Prävention wird von nahezu 90 % der Befragten erwähnt; ganz allgemein werden die Schutzmittel stets häufiger genannt als die Ausweichmassnahmen** (zum Beispiel eher der Gebrauch des Präservativs als die Abstinenz oder die Vermeidung von Kontakten mit Prostituierten; eher der Gebrauch von sterilen Spritzen als der Verzicht auf Drogenkonsum). Die Antworten der untersuchten Bevölkerung weisen dabei eine sehr grosse Übereinstimmung auf. Insbesondere die Nennung des Präservativs erfolgt in den verschiedenen Alters-, Geschlechts- und Bildungskategorien gleichermassen häufig (mehr als 90 %), ebenso in den drei Sprachregionen und auch bei den Schweizer Staatsangehörigen und bei Angehörigen anderer Nationalitäten.

^a Periodische Telefonbefragung bei der Allgemeinbevölkerung zur Evaluation der Aids-Prävention in der Schweiz.

^b Bis im Jahre 1988 beinhalteten die Stichproben nur 17- bis 30-jährige Personen aus der Deutschschweiz und der Romandie; ab 1989 kamen die 31- bis 45-Jährigen aus diesen Regionen hinzu und seit 1991 ist auch das Tessin in den Stichproben enthalten.

Tabelle 9a

Häufigkeit einiger Lebenssituationen, bei denen sich die Frage der Prävention stellt;
Allgemeinbevölkerung von 17 bis 45 Jahren, 1987-1997 (in %)

Kategorie	Jan. 87	Okt. 87	Okt. 88	Okt. 89	Okt. 90	Okt. 91	Okt. 92	Okt. 94	Okt. 97
17-30	n=1182	n=1211	n=1213	n=1231	n=1227	n=1426	n=1427	n=1378	n=1405
31-45				n=1177	n=1175	n=1371	n=1374	n=1425	n=1460
Neue feste Partnerschaft während des Jahres									
17-30			20±2	15±2	17±2	14±2	15±2	14±2	13±2
31-45				4±1	3±1	4±1	4±1	4±1	3±1
Ein oder mehrere Gelegenheitskontakte in den letzten 6 Monaten									
17-30	18±2	14±2	15±2	15±2	12±2	15±2	14±2	13±2	10±2
31-45				9±2	10±2	10±2	8±2	9±2	6±1
Erfahrungen mit Drogeninjektionen im Laufe des Lebens									
17-30	1±1	< 1±1	1±1	1±1	1±1	1±1	1±1	1±1	1±1
31-45				< 1±1	1±1	1±1	1±1	1±1	1±1
Prostituiertenkontakte in den 6 letzten Monaten (Männer)									
17-30	2±1	1±1	1±1	2±1	2±1	3±1	2±1	2±1	2±1
31-45				1±1	1±1	2±1	2±1	3±1	2±1

Trotz einer wachsenden Konfrontation mit der Krankheit, also einer Erhöhung des Anteils der Personen, die eine vom Virus betroffene Person kennen (Zunahme von 13 % im Jahre 1987 auf 28 % im Jahre 1997 bei den 17-30-Jährigen und von 13 % im Jahre 1989 auf 31 % im Jahre 1997 bei den 17-45-Jährigen), bleibt die von Aids ausgelöste Angst insgesamt unverändert: 1987 erklärten 24 % der 17-30-Jährigen gegenüber 26 % im Jahre 1997 und 1989 18 % der 31-45-Jährigen gegenüber 16 % im Jahre 1997, sie hätten bisweilen Angst vor einer Ansteckung mit Aids.

Sexualverhalten und Schutz durch das Präservativ

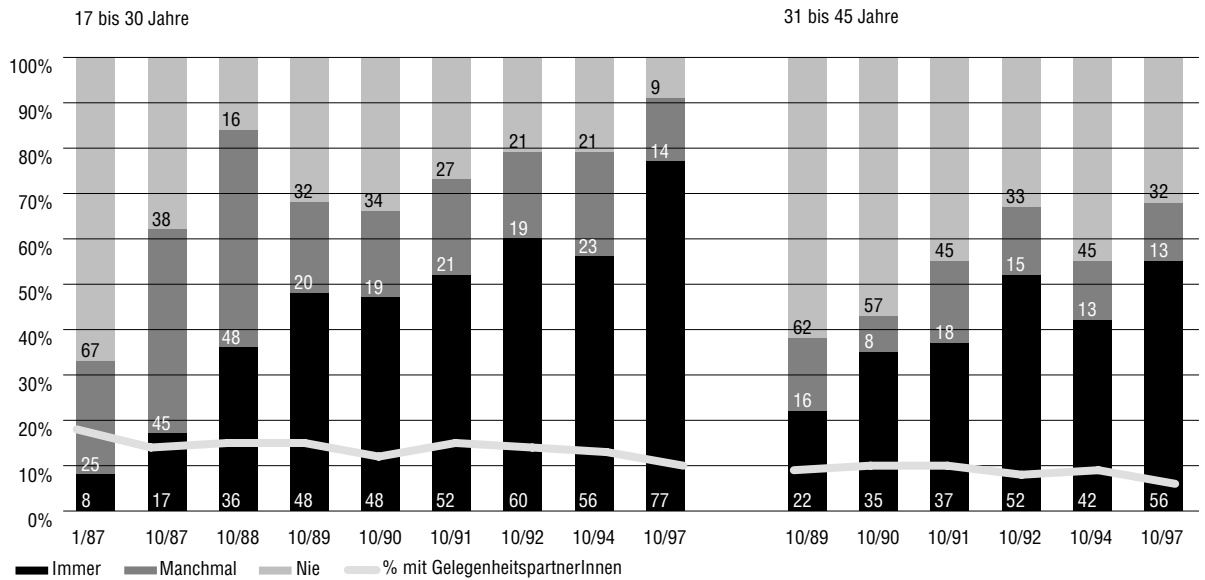
Die Aids-Prävention scheint keine grösseren Auswirkungen auf die sexuelle Aktivität gehabt zu haben¹. Die Häufigkeit von Sexualkontakten während den letzten 7 Tagen hat sich zwischen 1989 und 1994 (dem letzten Jahr, für das Daten zur Verfügung stehen) kaum geändert: So hatten im Jahre 1989 40 % der 17- bis 30-Jährigen keinerlei Sexualkontakte gehabt, 12 % hatten 1 und 38 % 2 oder mehr Kontakte gehabt. 1994 betrug diese Anteile 44 %, 15 % und 42 %. **Der Mittelwert der Gesamtzahl der Sexualpartner im Laufe des Lebens hat**

sich bei den Männern verringert, wogegen er bei den Frauen stabil blieb. Bei den Männern zwischen 17 und 30 Jahren hat er sich von 4 im Jahre 1987 auf 3 im Jahre 1997 verringert; bei den 31- bis 45-Jährigen ist er zwischen 1989 und 1997 von 6 auf 5 gesunken. Bei den Frauen zwischen 17 und 30 Jahren ist der Mittelwert bei 2 und bei den 31- bis 45-Jährigen bei 3 geblieben.

Ein doch beträchtlicher Teil der Bevölkerung gerät irgendwann einmal in eine Situation, wo sich die Frage der Aids-Prävention stellt, sei es aufgrund eines Partnerwechsels, wegen Gelegenheits- oder NebenpartnerInnen oder infolge der Injektion von Drogen. So haben im Jahr 1997 13 % der 17- bis 30-Jährigen ihren festen Partner im Laufe des Jahres gewechselt, 10 % haben in den 6 der Befragung vorangehenden Monaten einen oder mehrere GelegenheitspartnerInnen gehabt (Tabelle 9a). Überdies hatten 15 % in der Zeit des ersten Sexualkontakts mit ihrem neuen Partner bzw. ihrer neuen Partnerin noch eine Beziehung mit einer anderen Person.

Abbildung 9a

Anteil der Befragten mit Gelegenheitskontakten in den letzten 6 Monaten und Präservativgebrauch mit diesen PartnerInnen^c



^c Die STOP-AIDS-Kampagne hat im Februar 1987 begonnen.

Abbildung 9b

Anteil Befragter mit neuer fester Beziehung während des Jahres und Präservativgebrauch mit der betreffenden Person

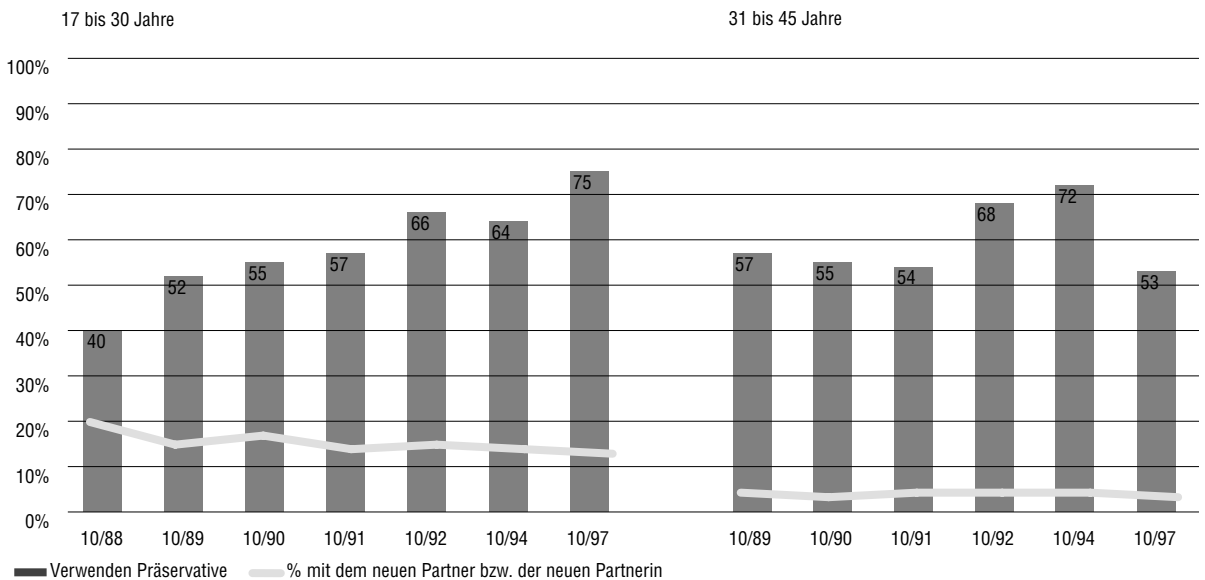
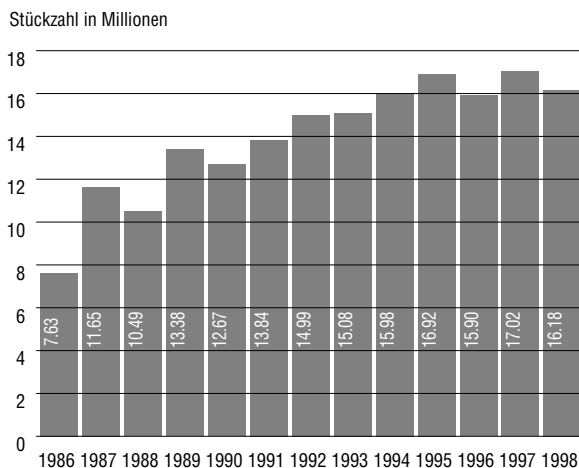


Abbildung 9c

**Präservativabsatz in der Schweiz
(Schätzung: mehr als 80% des Marktes)**



Die wichtigste Änderung seit Beginn der Aids-Präventionsstrategie ist der zunehmende Gebrauch des Präservativs in Situationen, wo ein potentielles HIV-Ansteckungsrisiko besteht:

- Bei den 17- bis 30-Jährigen hat sich der konsequente Gebrauch von Präservativen bei Gelegenheitskontakten von 8 % im Jahre 1987 auf 77 % im Jahre 1997 erhöht, bei den 31- bis 45-Jährigen von 22 % im Jahre 1989 auf 56 %.
- Die Häufigkeit des Präservativgebrauchs zu Beginn einer neuen festen Beziehung hat ebenfalls zugenommen, allerdings ist diese Entwicklung nur bei den jüngeren Menschen von Bedeutung: 1997 erreicht dieser Wert bei den 17- bis 30-Jährigen 76 %; aus den bei den 31 bis 45-Jährigen beobachteten Veränderungen lässt sich nichts herauslesen.
- Der Präservativgebrauch beim letzten Sexualkontakt, der umfassendste Indikator für die Gesamtbevölkerung, widerspiegelt diese Entwicklung: bei den 17- bis 30-Jährigen haben 1991 31 %, und 1997 37 %, vom Präservativ Gebrauch gemacht; bei den 31- bis 45-Jährigen hat sich die Häufigkeit von 14 % auf 19 % erhöht.

^d Diese wird zum Zeitpunkt der Befragung als Beziehung mit einem festen Partner/einer festen Partnerin beschrieben.

^e Beide haben einen HIV-Test gemacht und das Resultat vor ihrem ersten Sexualkontakt erhalten.

Der zunehmende Gebrauch von Präservativen wird durch die Verkaufsstatistik bestätigt: von 7,6 Millionen Stück im Jahr 1986 stieg der Absatz auf 16,2 Millionen im Jahr 1998.

Entwicklung des Schutzes im Laufe der Beziehung

Die Umfrage von 1997 bei der Allgemeinbevölkerung lieferte zum ersten Mal einen sequentiellen Überblick über die Entwicklung der Schutzmassnahmen gegen HIV in einer neuen festen Beziehung. Die vorliegenden Informationen beziehen sich auf 448 Personen (53 % Männer, 74 % im Alter zwischen 17 und 30 Jahren), die in den zwei der Befragung vorangegangenen Jahren eine neue Beziehung eingegangen sind. Dabei werden die Situation zum Zeitpunkt des ersten Sexualkontakts des neuen Paares, die Wahl der Prävention nach diesem ersten Kontakt und der vorgenommene Schutz anlässlich des jüngsten Sexualkontakts erörtert.

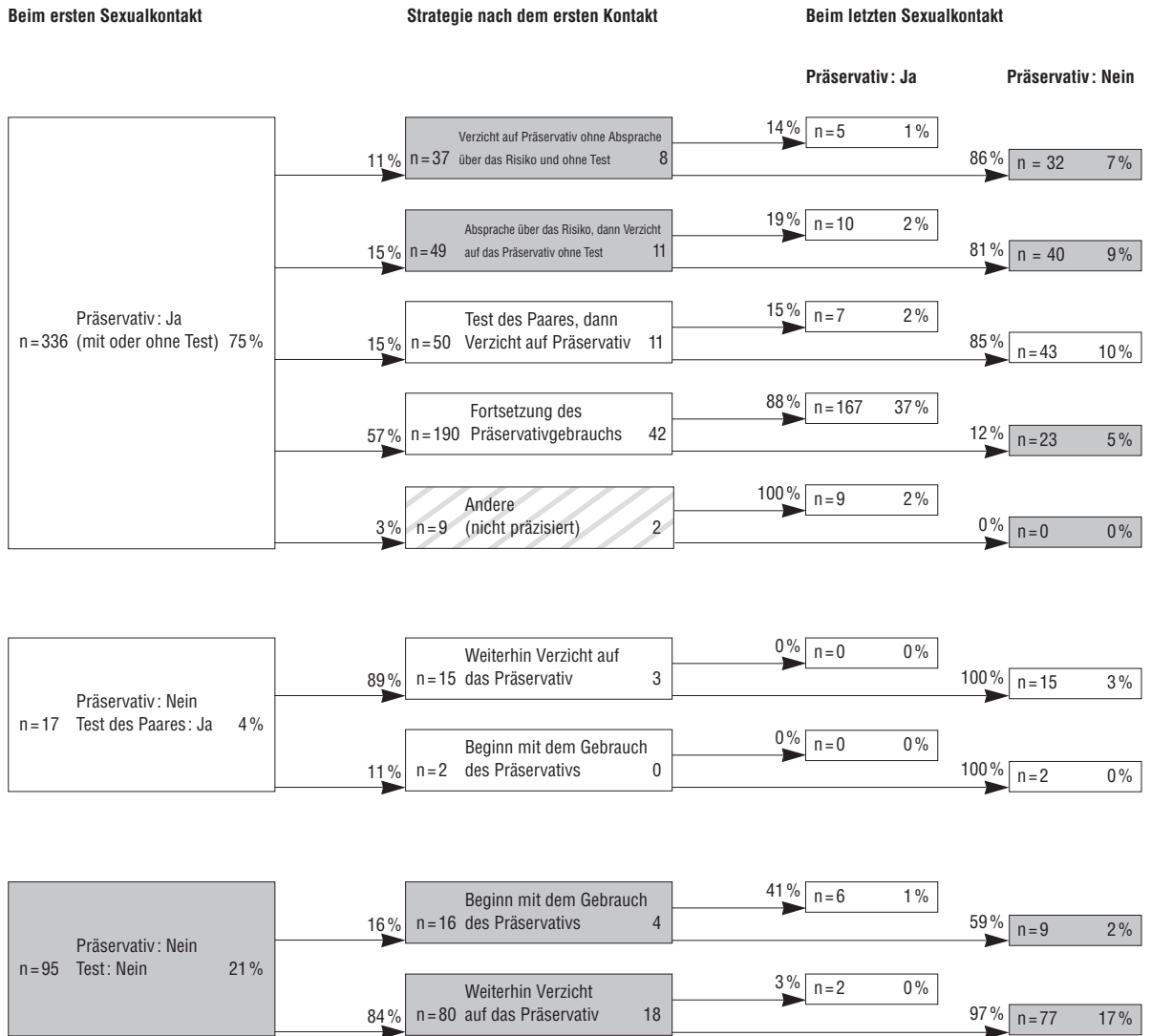
In 75 % der Fälle haben die Paare beim ersten Sexualkontakt in dieser neuen Beziehung ein Präservativ benutzt (unabhängig davon, ob die PartnerInnen getestet waren oder nicht); in 4 % der Fälle haben beide zuvor einen Test gemacht und kein Präservativ verwendet; die übrigen Paare (21 %) haben keine Schutzmassnahmen ergriffen.

57 % der Personen, die bei diesem ersten Sexualkontakt Präservative benutzten, haben sich entschlossen, diese auch weiterhin zu verwenden. 15 % haben einen HIV-Test gemacht und anschliessend den Gebrauch des Präservativs eingestellt. 26 % haben ohne die Durchführung eines Tests mit dem Gebrauch des Präservativs aufgehört (über die verbleibenden 3 % liegen keine Informationen vor).

Bei denjenigen, die vor ihrem ersten Sexualkontakt einen Test durchgeführt haben, haben 89 % auch weiterhin kein Präservativ benutzt. Unter denjenigen, die weder ein Präservativ verwendet, noch vor dem ersten Sexualkontakt einen Test gemacht hatten, haben 84 % auch später kein Präservativ verwendet und 97 % von ihnen haben bei ihrem letzten Sexualkontakt tatsächlich kein Präservativ benutzt.

Abbildung 9d

Entwicklung des Schutzes in der Beziehung mit dem/r letzten neuen festen Partner/in. Allgemeinbevölkerung zwischen 17 und 45 Jahren (n = 448)



In den Feldern findet man Angaben zur gewählten Strategie, zur betreffenden Personenzahl und zu deren prozentualen Anteil an der Stichprobe (zum untersuchten Zeitpunkt im Laufe der Beziehung). Die Pfeile verweisen auf die weitere Aufschlüsselung (in %) einer bestimmten Strategie. Die weißen Felder zeigen die Strategien ohne Virusübertragungsrisiko an, die grauen Felder diejenigen, bei denen ein potentielles Übertragungsrisiko besteht; die schraffierten Felder markieren jene Strategien, über die keine Informationen vorliegen.

Die Situation beim letzten Sexualkontakt dieser Paare bringt gewisse Unstimmigkeiten zum Vorschein: So haben einige von denjenigen, die angeben, das Präservativ als Schutzmittel zu verwenden, dieses beim letzten Sexualkontakt nicht verwendet, und umgekehrt haben einige von denen, die erklären, keinen Gebrauch von Präservativen zu machen, ein solches beim letzten Sexualkontakt angewandt.

Gewisse Einstellungen scheinen stark mit dem Gebrauch des Präservativs anlässlich des ersten Sexualkontakts in der neuen festen Beziehung zusammenzuhängen (mit Ausnahme der Paare, die zuvor einen HIV-Test durchgeführt haben). 81 % der Befragten, die an Aids gedacht haben, als sie Sexualkontakte mit dem/r neuen Partner/in in Betracht zogen (n=283), haben beim anschliessenden ersten Sexualkontakt das Präservativ benutzt; aber unter denjenigen, die nicht daran gedacht hatten (n=104), haben anschliessend nur 61 % ein Präservativ benutzt. Von denjenigen, die vor dem ersten Sexualkontakt gedacht hatten, dass der neue Partner bzw. die neue Partnerin mit dem Gebrauch des Präservativs einverstanden sein würde (n=367), haben 78 % dieses anschliessend auch tatsächlich verwendet; hingegen haben nur 43 % derjenigen, die nicht geglaubt hatten, dass die betreffende Person mit diesem Gebrauch einverstanden sein würde (n=17), ein Präservativ verwendet.

Bei dieser Längsschnittanalyse des Schutzes in neuen Beziehungen fallen gewisse Punkte ins Auge: Zunächst die Verschiedenartigkeit der Situationen, in denen sich die Paare befinden, sobald man deren Beziehungsverlauf aus dem Blickwinkel des Schutzes betrachtet.

Sodann die Tragweite des Anfangsentscheids zum Zeitpunkt des ersten Sexualkontakts. Der Schutz zu diesem Zeitpunkt ist ein sehr starker Prädiktor für die Fortsetzung des Schutzes.

^f Dieser Anteil wird wahrscheinlich zu tief geschätzt, da in den Fällen, wo die befragte Person mehrere Auslandsreisen gemacht hatte, bei den Fragen über die Sexualkontakte nur die Reise in das am weitesten entfernte Land berücksichtigt wurde (in der Annahme, dass der Verbreitungsgrad des HIV dort am höchsten sei). In den meisten Fällen handelte es sich um europäische Länder.

Schliesslich die Bedeutung der Umstände, in denen der Anfangsentscheid getroffen wird. Der Gebrauch von Präservativen wird stark gefördert, wenn die sozialen Normen und die Verhaltensmuster jeden Beteiligten für eine gemeinsame Erwartungshaltung hinsichtlich des Präservativgebrauchs empfänglich machen.

Sexualkontakte während Auslandsaufenthalten

Es existieren nur wenige Daten über das Sexualverhalten und den Schutz mit dem Präservativ während Auslandsreisen. Menschen, die sich ferienhalber oder aus beruflichen Gründen ins Ausland begeben, haben manchmal Sexualkontakte mit Bewohnern oder Bewohnerinnen des Landes, das sie besuchen. Ergreifen sie keine Schutzmassnahmen, dann setzen sich diese Personen einem Risiko der Ansteckung mit HIV oder der Übertragung dieses Virus aus. Die Umfrage von 1990 und 1997 über das Sexualverhalten der 17- bis 45-Jährigen enthielten einen Fragekatalog, der sich auf die Situation bei Ferien im Ausland bezog, wobei unterschiedliche Gegebenheiten berücksichtigt wurden: von zufälligen Liebesbeziehungen bis zu Sexualkontakten – oftmals käuflicher Art – als eigentlichem Zweck der Reise.

1997 haben 3,5 % der Befragten, die im Ausland Ferien machten, Sexualkontakte mit einer Person des besuchten Landes gehabt^f. Überträgt man diesen Prozentsatz auf die Gesamtbevölkerung zwischen 17 und 45 Jahren, so ergibt dies schätzungsweise 30 000 bis 80 000 Personen, die diese Situation erlebt haben.

Mehr Männer als Frauen berichten in Verbindung mit ihren Auslandsaufenthalten von Sexualkontakten mit Einheimischen. Homosexuelle scheinen diese Art von Kontakten häufiger zu erleben als Heterosexuelle. Verglichen mit anderen Urlaubern handelt es bei den Betroffenen häufiger um Romands sowie um junge, ledige und alleinreisende Personen. Diese Personen haben auch mehr Gelegenheitskontakte und mehr Erfahrungen mit dem Drogenkonsum. Schliesslich unterscheiden sie sich auch dadurch, dass sie Aids stärker fürchten.

In beiden Untersuchungsjahren haben 18 % der Reisenden, die Sexualkontakte mit Einheimischen hatten, angegeben, für diese Sexualkontakte (in Geld oder in Naturalleistungen) bezahlt zu haben. Die «Zahlenden» unterscheiden sich von den «Nichtzahlenden» dadurch, dass sie alle männlichen Geschlechts, ledig oder geschieden waren und dass sie öfter alleine oder in Begleitung eines Angehörigen desselben Geschlechts reisten.

Im Jahre 1997 haben 65 % der Frauen (60 % im Jahre 1990) und 79 % der Männer (70 % im Jahre 1990) ^g mit ihren PartnerInnen im Ausland immer Präservative verwendet. 1997 wie auch 1990 haben 17 % von ihnen nie ein Präservativ benutzt. In dieser Gruppe sind junge Frauen, die einen einzigen Partner im Ausland haben, übervertreten. Bei den Männern, die nie Vorsichtsmassnahmen getroffen hatten, handelt es sich vor allem um ältere verheiratete Männer.

Probleme beim Gebrauch von Präservativen

Die Schweizerische Aids-Präventionsstrategie räumt dem Präservativ unter den Präventionsmitteln eine sehr wichtige Stellung ein. Folglich ist es notwendig, die eventuell beim Gebrauch auftretenden Probleme genauestens zu verfolgen. 88 % der sexuell aktiven Personen benutzen (wenigstens einmal in ihrem Leben) Präservative. Bei 3 % von ihnen ist das Präservativ beim letzten Gebrauch gerissen und bei 2 % ist es abgerutscht (die Prozentsätze sind mit jenen von Frankreich vergleichbar²). Frauen melden häufiger als Männer ein Reißen des Präservativs («Abrutschen») wird von beiden Geschlechtern etwa gleich oft gemeldet): 1 % bei den Männern gegenüber 6 % bei den Frauen. Diese Differenz kann auf einer andersartigen Wahrnehmung des Problems oder auf der unterschiedlichen Neigung, darüber zu berichten, beruhen. Die angegebenen Prozentzahlen für gerissene Präservative sind in allen Alterskategorien etwa gleich hoch. Hingegen wird ein Abrutschen des Präservativs häufiger von älteren Menschen gemeldet (Altersgruppe 17-30 : 1 % ; Altersgruppe 31-45 : 4 %).

^g Diese Unterschiede sind nicht signifikant.

^h Diese Angaben werden durch die Verkaufsstatistiken bestätigt.

Insgesamt liegt 1997 der Bevölkerungsanteil, der in den letzten 6 Monaten keine Probleme gemeldet hat, bei 82 % ; er hat sich also im Vergleich zu 1994 nicht signifikant geändert (vgl. Tabelle im Anhang, Seite 110). 1997 haben 10,5 % der Personen, die in den letzten 6 Monaten Präservative verwendet hatten, ein Reißen des Präservativs erlebt, was gegenüber 1994 eine Zunahme darstellt. Da sich die Abfolge der in der Umfrage von 1997 gestellten Fragen, um diese Information zu erhalten, im Vergleich zu 1994 geändert hat, lässt sich nicht klären, ob diese Veränderung eine methodisch bedingte künstliche Änderung oder eine tatsächliche Entwicklung darstellt. Der Anteil der Personen, die ein Abrutschen meldeten, hat sich nicht verändert.

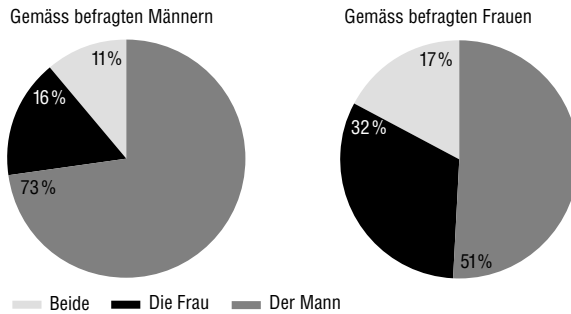
Umgang mit dem Präservativ durch Männer und Frauen

Wegen der bestehenden Machtverhältnisse zwischen den Geschlechtern hatte man oft Bedenken hinsichtlich der Frage, ob es für Frauen schwieriger ist, sich zu schützen. Insbesondere der Präservativgebrauch auf Anregung der Frau wurde als problematisch erachtet : Da das Präservativ in der Tat vom Mann getragen wird, stellt es eine «männliche» Methode dar, deren Handhabung für Frauen heikel ist. In der Umfrage von 1997 bei der Allgemeinbevölkerung wurden Fragen zu diesem Thema gestellt ; sie bezogen sich auf den Kauf des Präservativs, auf den Vorschlag, dieses zu verwenden, und auf das Anlegen des Präservativs. Die Ergebnisse geben Aufschluss über die Situation aus Sicht des Partners sowie der Partnerin.

31 % der Bevölkerung zwischen 17 und 45 Jahren erklärt, beim letzten Sexualkontakt ein Präservativ verwendet zu haben. Ein Drittel der Frauen gibt an, das Präservativ selber gekauft zu haben^h und ungefähr eine von fünf Frauen sagt, dass dafür beide Partner zuständig seien (Abbildung 9e). Die Männer beurteilen die Beteiligung der Frauen als geringer und geben an, in drei Vierteln der Fälle das Präservativ selber gekauft zu haben.

Abbildung 9e

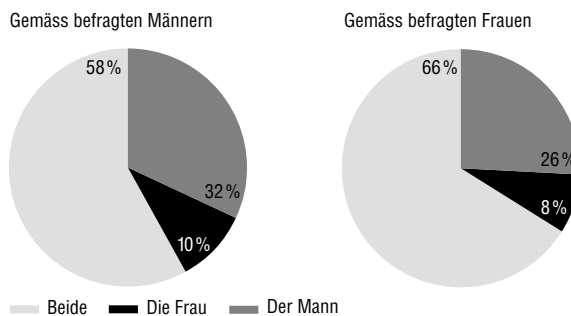
Wer hat das Präservativ gekauft?



Die Mehrheit der Befragten, gleich welchen Geschlechts (Männer: 58%; Frauen 66%), geben an, dass der Vorschlag für den Gebrauch des Präservativs von beiden Seiten erfolgt sei. Zwischen einem Drittel und einem Viertel (Männer 32%; Frauen 26%)

Abbildung 9f

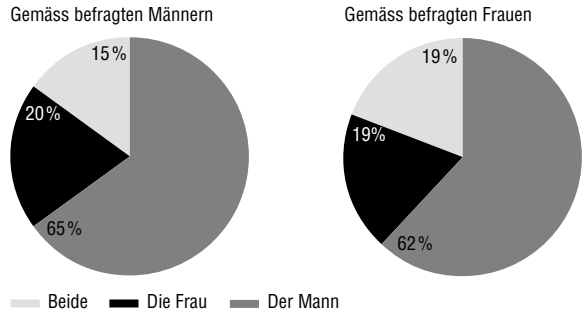
Wer hat den Gebrauch des Präservativs vorgeschlagen?



erklären, hierfür persönlich verantwortlich gewesen zu sein (Abbildung 9f). Nur sehr wenige Befragte schreiben den Gedanken allein dem Partner/der Partnerin zu. Bezüglich Anlegen des Präservativs decken sich die Angaben der beiden Geschlechter (Abbildung 9g): In zwei von drei Fällen sei es der Mann, der das Präservativ anbringe, und in einem von fünf Fällen die Frau. In einem von fünf oder sechs Fällen werde es gemeinsam gemacht.

Abbildung 9g

Wer hat das Präservativ angelegt?



Es bestehen einige Unstimmigkeiten zwischen den Angaben der Männer und der Frauen, insbesondere was den Kauf des Präservativs anbelangt. Insgesamt aber hat es den Anschein, dass das Präservativ zumindest teilweise gemeinsam vorgeschlagen, beschafft und angewendet wird.

HIV-Test

Der Anteil der Personen, die sich zur Durchführung eines HIV-Tests entschlossen haben, nimmt zu. Bei den Personen im Alter von 17 bis 30 Jahren hat sich der Anteil von 23% im Jahre 1992 auf 34% im Jahre 1997 erhöht; bei den 31- bis 45-Jährigen von 23% auf 40%. Der Anstieg hat sich jedoch verlangsamt. Tatsächlich hatten im Jahre 1992 5% aus der Altersgruppe 17 bis 30 während des Jahres der Befragung ihren ersten Test gemacht, wogegen dieser Anteil in den Jahren 1994 und 1997 bei 3% lag; bei den 31-45-Jährigen betragen die entsprechenden Anteile 3%, 3% und 1%.

Insgesamt – d.h. einschliesslich der bei Blutspenden vorgenommenen Tests – haben bis 1997 59% der Wohnbevölkerung zwischen 17 und 45 Jahren mindestens einen HIV-Test gemacht.

Haupttendenzen in der langfristigen Entwicklung des Aids-Präventionsverhaltens

Zwei der drei Hauptziele der Aids-Präventionsstrategie richten sich – unter dem Gesichtspunkt der Gerechtigkeit, des gleichberechtigten Zugang zu Informationen und der sozialen Gerechtigkeit – an die gesamte Landesbevölkerung: die Prävention von Neuinfektionen und die Förderung der Solidarität. Es ist somit wichtig, folgende Fragen zu untersuchen:

- Bestehen in gewissen Untergruppen Unterschiede bezüglich Einstellungen, Kenntnissen, Verhaltensweisen, die ein potentiell Ansteckungsrisiko beinhalten, und Schutzverhalten?
- Wie entwickeln sich diese Unterschiede: Erfolgt im Laufe der Zeit eine Annäherung oder beobachtet man eine wachsende Heterogenität?

Zur Klärung dieser Fragen zog man die zentralen Daten der periodischen Telefonbefragungen bei der Allgemeinbevölkerung heran. Somit widerspiegeln die Analysen die dieser Art von Daten anhaftenden Beschränkungen; so fehlen insbesondere Informationen von jenen Gesellschaftsschichten, die telefonisch nur schwer erreichbar sind oder über kein Telefon verfügen. In sämtlichen Analysen wurde zwischen jüngeren (17- bis 30-Jährige) und älteren Personen (31- bis 45-Jährige) unterschieden.

Unterschiede nach Geschlecht

Die Kenntnisse und Einstellungen von Männern und Frauen sind sich sehr ähnlich. So wird das Präservativ als Schutzmittel praktisch gleich häufig erwähnt. Beim Image des Präservativs besteht kein Unterschied zwischen den Geschlechtern. Männer und Frauen haben den übereinstimmenden, gleich starken und gleichbleibenden Eindruck, dass HIV-positive Personen in der Lage sind, Vorsichtsmassnahmen zum Schutz der anderen zu treffen.

Unterschiede existieren hingegen bei den Beziehungssituationen: In sämtlichen Altersklassen geben etwas mehr Frauen an, eine « feste und treue » Beziehung zu haben, was sich über die gesamte Zeitspanne hinweg nicht ändert. Zu Beginn der Unter-

suchungsperiode erklärten mehr Männer als Frauen, ihre festen Partnerin bzw. ihren festen Partner gewechselt zu haben, vor allem bei den Jüngeren. Dieser Unterschied hat sich verringert und die Prozentsätze liegen gegenwärtig nahe beieinander. Bei den allfälligen Gelegenheitskontakten in den letzten 6 Monaten bestehen jedoch weiterhin Unterschiede (grösserer Anteil bei den Männern jeden Alters)

Der Schutz durch das Präservativ ergibt ein gegensätzliches Bild. Bezüglich Schutzniveau und Entwicklung des Präservativgebrauchs in neuen festen Beziehungen und bei Gelegenheitskontakten sind Frauen und Männern vergleichbar. Jedoch weist der Gesamtindikator, nämlich der Gebrauch beim letzten Sexualkontakt, einen anhaltenden Unterschied beim Schutzniveau auf, das bei den Männern systematisch höher ist. Dieser Unterschied verschwindet aber, wenn man nur den letzten Sexualkontakt mit festen PartnerInnen betrachtet und es erscheint naheliegend, dass dieser Unterschied auf eine unterschiedliche Verteilung der Partnertypen bei Männern und Frauen bei diesem letzten Sexualkontakt zurückzuführen ist.

Unterschiede nach Sprachregionen

Von 1987 bis 1990 wurden nur die Deutschschweiz und die Romandie in die Umfragen eingeschlossen, das Tessin kam erst 1991 hinzu.

Insgesamt bestehen geringe Einstellungs- und Wissensunterschiede zwischen den Sprachregionen. Die Häufigkeit und Entwicklung der spontanen Erwähnung des Präservativs als Schutzmittel ist in der Deutschschweiz und in der Romandie ausgesprochen ähnlich. Im Tessin stellt man in beiden Altersklassen eine Abweichung fest: Die Häufigkeit der Nennung war in den Jahren 1991 und 1992 weniger hoch, erreicht aber ab 1994 das Niveau der anderen Regionen. Es bestehen gewisse konstante Unterschiede: In der Deutschschweiz wird das Präservativ häufiger als « alltäglich » bezeichnet als in der Romandie und am wenigsten « alltäglich » ist es im Tessin. Deutschschweizer empfinden das Präservativ weniger als « Lust vermindernd » oder « unnatürlich » als Romands und Tessiner, wobei sich diese Unterschiede zwischen der Romandie und der Deutschschweiz verringern,

nicht aber bei der Tessiner Bevölkerung. Keine Unterschiede (erhöhte und stabile Werte) bestehen zwischen Romands und DeutschschweizerInnen bezüglich der Frage, ob HIV-positive Menschen in der Lage seien, Vorsichtsmassnahmen zu ergreifen. Im Tessin liegt dagegen der entsprechende Wert tiefer und hat zwischen 1994 und 1997 weiter abgenommen.

Hinsichtlich des Partnerwechsels (feste PartnerInnen und GelegenheitspartnerInnen) in den letzten 6 Monaten sind zwischen den Sprachregionen keine Unterschiede feststellbar.

Das Schutzniveau und die Entwicklung des Präservativgebrauchs in einer neuen festen Beziehung erreichen in der Deutschschweiz und in der Romandie ähnliche Werte; im Tessin ist das Niveau vielleicht etwas tiefer (die geringe Grösse der betreffenden Kollektive erlaubt keine gesicherte Antwort). Das Gleiche gilt für den Gebrauch von Präservativen bei Gelegenheitskontakten, der bei den jüngeren Tessiner und Tessinerinnen vielleicht etwas geringer ist. Jedoch kommen diese Unterschiede beim Gesamtindikator – der Gebrauch beim letzten Sexualkontakt – nicht zum Ausdruck: Dieser gibt für die drei Sprachregionen ein ähnliches Anwendungsniveau und eine ähnliche Entwicklung an.

Zwischen den Sprachregionen bestehen gewisse Unterschiede hinsichtlich der Kenntnisse und der gesellschaftlichen Vorstellungen über die Schutzmittel. Bei einigen dieser Unterschiede, insbesondere denjenigen zwischen Romandie und Deutschschweiz, ist eine Annäherung zu beobachten. Im Tessin bleiben jedoch gewisse Eigentümlichkeiten bestehen, vor allem in Bezug auf das Image von HIV-positiven Menschen und vielleicht auch bezüglich des Präservativgebrauchs.

Unterschiede nach Bildungsgrad

Der Bildungsgrad ist ein wichtiger Indikator für die soziale Stellung und die kulturelle Bildung einer Person. Allfällige Bildungsunterschiede lassen auf soziale Ungleichheiten im Zusammenhang mit der Aids-Prävention schliessen. Informationen über

den Bildungsgrad der Befragten stehen seit 1987 zur Verfügung. Die Bildungsgrade wurden in 3 Kategorien unterteilt: Grundschulbildung (ungefähr 10%), Mittelschulbildung (ungefähr 80%) und höhere Schulbildung (Universität oder technische Hochschulen, ungefähr 10%).

Die Einstellungen und die Kenntnisse scheinen in den 3 Kategorien sehr ähnlich zu sein. Die in den ersten Jahren bestehenden Unterschiede haben tendenziell abgenommen. So wurde anfänglich das Präservativ als Schutzmittel von Personen mit Grundschulbildung weniger oft spontan erwähnt, wobei sich dieser Unterschied in den letzten Jahren stark vermindert hat, vor allem bei den Jüngeren. Das Image des Präservativs lässt bei den verschiedenen Bildungsstufen keinen Unterschied erkennen, egal ob man nun dessen Aspekte oder dessen Entwicklung betrachtet. Nur ein einziger bedeutender Unterschied zeigt sich: Von jungen Menschen (17-30 Jahre) mit Grundschulbildung ist immer häufiger zu hören, sie würden mehr Präservative kaufen, wenn diese billiger wären. Bezüglich der Beurteilung der Frage, ob HIV-positive Personen in der Lage seien, Vorsichtsmassnahmen zu ergreifen, zeigen sich keine Unterschiede (Niveau und Entwicklung).

Keine erkennbaren Unterschiede bestehen zudem bei den Anteilen der Personen, die während des Jahres ihren festen Partner bzw. ihre feste Partnerin gewechselt haben oder die in den letzten 6 Monaten Gelegenheitskontakte gehabt haben.

Der Präservativgebrauch in der neuen festen Beziehung entwickelt sich jedoch bei jüngeren Menschen mit Grundschulbildung anders; hier stagniert der Gebrauch, wogegen er bei jenen mit einer Mittel- oder Hochschulbildung zunimmt. Die Anwendungshäufigkeit von Präservativen mit GelegenheitspartnerInnen und die diesbezügliche Entwicklung sind ähnlich. Dasselbe gilt für den Gebrauch des Präservativs beim letzten Sexualkontakt, jedoch mit einer markanteren Zunahme bei älteren Menschen mit höherer Bildung.

Insgesamt ergeben diese Daten keine Hinweise auf systematische Unterschiede zwischen den Bildungsgraden. Es bestehen jedoch einige Anzeichen für eine sich möglicherweise abzeichnende Abweichung bei jüngeren Menschen mit Grundschulbildung.

Unterschiede nach Grösse des Wohnortes

Informationen über die Grösse der Wohnsitzgemeinde der Befragten stehen seit 1987 zur Verfügung. Für die Analyse hat man die Gemeinden in «kleine Gemeinden mit weniger als 10 000 EinwohnerInnen» und in «grosse Gemeinden mit 10 000 oder mehr EinwohnerInnen» eingeteilt.

Insgesamt lässt sich bei den betrachteten Kriterien keine deutliche Abweichung feststellen. Sowohl Niveau wie auch Entwicklung sind bei sämtlichen Indikatoren sehr ähnlich.

Dieses Fehlen von Unterschieden bei den gewählten Indikatoren ist gewiss zu einem grossen Teil auf die kulturelle Homogenität zurückzuführen, die zwischen den städtischen und stadtnahen Regionen sowie den meisten ländlichen Gebieten entstanden ist. Bei der letztgenannten Kategorie erlaubt die Schwelle von 10 000 EinwohnerInnen (für die man sich entschieden hat, um ausreichende Bestände in dieser Kategorie zu erhalten) wahrscheinlich nicht, einen Habitattypus zu isolieren, in dem sich spezifische Verhaltensmuster in genügend konzentrierter Zahl finden würden, damit diese in den Umfragen bei der Allgemeinbevölkerung ausfindig gemacht werden können.

Unterschiede nach Nationalität

Fast 20 % der in diesem Lande wohnenden Menschen sind nicht Staatsangehörige der Schweiz. Zu Beginn der nationalen Präventionsbemühungen konnte somit nicht damit gerechnet werden, dass man mit diesen Aktivitäten die gesamte Wohnbevölkerung

gleichmässig erreichen würdeⁱ. Informationen über die (schweizerische oder ausländische) Nationalität der Befragten stehen seit 1989 zur Verfügung.

Die Einstellungen und die Kenntnisse der in der Schweiz ansässigen AusländerInnen weichen nur geringfügig von denjenigen der SchweizerInnen ab. Der Unterschied, der 1989 bei den 31- bis 45-Jährigen bezüglich der Häufigkeit der spontanen Nennung des Präservativs als Schutzmittel existierte, hat sich verringert. Im Hinblick auf das Image des Präservativs bestehen aber einige gleichbleibende Unterschiede: Es finden sich systematisch weniger Ausländer und Ausländerinnen jeden Alters, die das Präservativ als «alltäglich» erachten, hingegen vertreten sie häufiger die Ansicht, dass das Präservativ «die Lust vermindere». Bezüglich der Beurteilung der Fähigkeit von HIV-positiven Menschen im Hinblick auf das Ergreifen von Vorsichtsmassnahmen, bestehen keine Unterschiede (Niveau und Entwicklung).

Bezüglich der Grösse und Entwicklung des Anteils der Personen, die im Laufe des Jahres den festen Partner/die festen Partnerin gewechselt oder die in den letzten 6 Monaten Gelegenheitskontakte gehabt haben, sind zwischen schweizerischen und ausländischen Befragten ebenfalls keine Unterschiede zu erkennen.

Zu Beginn der Untersuchungen verwendeten AusländerInnen jeden Alters in neuen festen Beziehungen und bei Gelegenheitskontakten weniger oft Präservative als SchweizerInnen. Diese Differenz ist mittlerweile praktisch verschwunden und der Präservativgebrauch beim ersten Sexualkontakt kommt in beiden Gemeinschaften etwa gleich häufig vor.

Die vorhandenen Daten zeigen keine systematischen Unterschiede zwischen SchweizerInnen und AusländerInnen, zumindest denjenigen ausländischen Gemeinschaften, die bei telefonischen Befragungen erreicht werden können. Die immer noch bestehenden Unterschiede betreffen die gesellschaftlichen Vorstellungen über das Präservativ. Diese Unterschiede scheinen jedoch den Gebrauch von Präservativen nicht zu tangieren, bei welchem man ein Aufholen der ausländischen Bevölkerung feststellen kann.

ⁱ Aus diesem Grund hat das BAG ab 1991 ein spezifisches Programm für Ausländer eingerichtet (das «Migrantenprojekt»).

Schlussfolgerungen

- Drei Viertel der Schweizer Bevölkerung zwischen 17 und 30 Jahren – aber nur die Hälfte der 31- bis 45-Jährigen – verwenden bei Gelegenheitskontakten oder am Anfang von neuen festen Beziehungen Präservative.
- Der Präservativgebrauch zu Beginn einer Beziehung hängt mit der individuellen Verinnerlichung von Schutznormen zusammen. Die Handhabung des Schutzes diversifiziert sich im Laufe der Beziehung: fortgesetzter Gebrauch von Präservativen, Verzicht auf deren Gebrauch nach oder auch ohne vorherigem HIV-Test der Partner. Die zu Beginn der Beziehung getroffene Wahl (effiziente Prävention oder nicht) ist offenbar entscheidend für den weiteren Verlauf.
- Sexualekontakte während Auslandsaufenthalten mit jemandem aus dem besuchten Land sind keine Seltenheit. Die Mehrzahl dieser sexuellen Beziehungen spielt sich nicht im Rahmen der Prostitution ab. In den meisten Fällen werden Präservative verwendet. Besonders junge ledige Frauen und ältere verheiratete Männer scheinen in diesen Situationen auf den Gebrauch von Präservativen zu verzichten.
- Selbst wenn der Prozentsatz der gerissenen Präservative gering bleibt, so werden infolge des zunehmenden Gebrauchs mehr und mehr Menschen irgendwann mit einem derartigen Problem konfrontiert (Reissen oder Abrutschen des Präservativs).
- Das Präservativ ist nicht nur Männersache: die Frauen beteiligen sich partnerschaftlich am Kauf der Präservative, am Vorschlag für den Gebrauch und am Anlegen des Präservativs.
- Gegenwärtig sind zwischen den verschiedenen grossen Gesellschaftsschichten in der Schweiz keine nennenswerten Unterschiede im Schutzverhalten mehr feststellbar; die Präventionspraktiken haben sich im Laufe der Zeit angeglichen.

Empfehlungen^j

- Die Schlussfolgerungen lassen grösstenteils darauf schliessen, dass die Präventionsstrategie wirksam war; ihr ist es gelungen, eine gesellschaftlich akzeptierte Präventionsnorm zu schaffen. Die sich an die Gesamtbevölkerung richtenden Präventionsaktivitäten, insbesondere die STOP-AIDS-Kampagnen und die Prävention in Schulen, werden sich in der Zukunft bemühen müssen, dieses Referenzniveau zu halten.
- Obschon es unvermeidbar ist, dass Probleme im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Präservativen auftreten, gilt es, die Informationen und Ratschläge laufend zu verbessern, um zu verhindern, dass die Leute wegen «Präservativ-Versagern» vom weiteren Gebrauch desselben absehen. Es müssen Antworten auf folgende konkrete Probleme in mehreren Bereichen gefunden werden: Zugang zu passenden Präservativen, Ratschläge für deren Gebrauch, notfallmässige Schwangerschaftsverhütung, Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) in Situationen mit einem hohen Aidsübertragungsrisiko.
- Gewisse Aspekte der Prävention in Situationen, über die Informationen fehlen oder bei denen sich der Kontext verändert, sind zu beachten: das Erreichen der Höchstgrenze für den Präservativgebrauch bei Personen zwischen 31 bis 45 Jahren und die Situation bei den älteren Menschen sowie die Entwicklung der Verhaltensweisen bei den weniger gebildeten jüngeren Menschen.

^j Die allgemeinen Empfehlungen in Abschnitt 19 (die hier nicht wiederholt werden) lassen sich auch auf die Allgemeinbevölkerung anwenden.

10

Jugendliche und junge Erwachsene

Bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen als eine der Zielgruppen der Aids-Präventionsstrategie ist die Beobachtung der Verhaltensänderungen bezüglich Aids besonders wichtig: In jeder Phase der Evaluation repräsentieren sie die «Neulinge» auf dem Gebiet der sexuellen Aktivität. Obendrein ist der Eintritt in die Phase der sexuellen Aktivität oft durch das Aufeinanderfolgen mehrerer treuer Beziehungen gekennzeichnet («serielle Monogamie»), bevor eine dauerhaftere Beziehung eingegangen wird. Bei jedem neuen Partner bzw. jeder neuen Partnerin stellt sich die Frage der Aids-Prävention von Neuem.

Der hier dargelegte Lagebericht beruht auf der Analyse von zwei Datenquellen: die der im Rahmen der Evaluation seit 1987 regelmässig wiederholten Umfrage bei der Allgemeinbevölkerung über die sexuellen Verhaltensweisen (Daten aus dem Jahr 1997 bei den 17-20-Jährigen)¹ und die einer anderen Befragung^a, die 1995-1996 bei den Schweizer Jugendlichen von 15 bis 20 Jahren durchgeführt wurde². Die Ergebnisse einer neueren französischen Umfrage³ werden zu Vergleichszwecken angeführt.

Sexualunterricht an der Schule

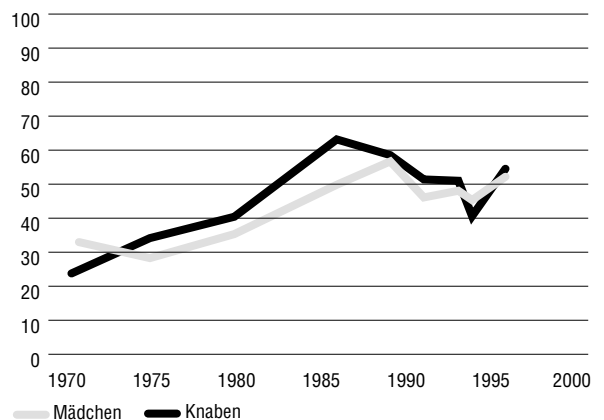
Gemäss der Studie von 1995-1996 haben fast alle Jugendliche über 16 Jahren einen Kurs in Sexualkunde gehabt^b. Doch erfolgt der Sexualunterricht in der Deutschschweiz weniger konsequent; hier haben 14% der Jugendlichen keinen solchen Unterricht erhalten (gegenüber 8% im Tessin und 4% in der Romandie)².

Eintritt in die Phase der sexuellen Aktivität und Empfängnisverhütung

Ende der 80er Jahre wurde der Trend zu einem immer jüngeren Alter beim Eintritt ins aktive Sexualleben gestoppt und sogar umgekehrt. Die Entwicklung der letzten Jahre lässt ein leichtes Wiederaufleben des Jahrhundertrends eines wachsenden Anteils von Jugendlichen, die mit 17 Jahren bereits sexuell aktiv sind, erkennen, ohne jedoch auf die Werte der 80er Jahre zu kommen (Abbildung 10a). 1997 hatten 52% der Mädchen und 54% der Knaben im Alter von 17 Jahren bereits sexuelle Beziehungen gehabt.

Abbildung 10a

Anteil der mit 17 Jahren sexuell aktiven Jugendlichen in der Schweiz, 1972-1997



Angaben aus verschiedenen Studien:

1972 lagen nur Daten für die Knaben vor, 1973 nur für die Mädchen.

In Frankreich sind diese Prozentsätze ähnlich (1997 haben bei den 17-Jährigen 49% der Mädchen und 53% der Knaben bereits Sexualverkehr gehabt). Dagegen hat sich hier in den letzten Jahren die Altersentwicklung bei Eintritt ins Sexualleben offenbar nicht geändert. Im übrigen ist hier wie auch in der Schweiz zu beobachten, dass die Unterschiede zwischen Mädchen und Knaben verschwinden³.

^a Forschungsprojekt finanziert durch die Kommission zur Kontrolle der Aids-Forschung.

^b Bezüglich Dauer, Inhalt sowie Qualität der Kurse liegen keinen genauen Angaben vor.

In der Schweiz², haben 87 % der Mädchen und 86 % der Knaben bei ersten Sexualverkehr eine wirksame Empfängnisverhütungsmethode verwendet (Präservativ oder Pille). In 77 % der Fälle wurde ein Präservativ benutzt, meist als einziges Verhütungsmittel. In Frankreich haben 87 % der Jugendlichen von 15-19 Jahren beim ersten Sexualverkehr ein Präservativ verwendet³.

Sexualverhalten¹

Zwischen 1987 und 1997 hat sich bei den 17-20-Jährigen die Partnerzahl verringert (siehe Tabelle « Verteilung (%) der gesamten Partnerzahl im Lauf des Lebens bei den 17-20-Jährigen. Umfragen bei der Allgemeinbevölkerung » im Anhang, Seite 111). Vor allem der Anteil der Jugendlichen mit 3 und mehr Partnern ist von 33 % im Jahr 1987 auf 24 % im Jahr 1997 zurückgegangen. Der Mittelwert liegt weiterhin bei 1, wogegen der Durchschnitt gesunken ist: von 2,4 im Jahr 1991 auf 1,9 im Jahr 1997.

Neue Beziehungen werden anscheinend weniger häufig eingegangen. 1988 hatten 27 % der 17-20-Jährigen einen neuen festen Partner oder eine neue feste Partnerin im Laufe des Jahres, 1997 waren es nur noch 17 %. Die gleiche Entwicklung zeigt sich beim Anteil der Jugendlichen, die in den letzten 6 Monaten einen oder mehrere Gelegenheitspartner hatten: 1987 war dies bei 17 % der Fall, 1997 nur noch bei 9 %.

Schutzstrategien¹

Der Präservativgebrauch ist auf einem hohen Niveau geblieben: 1997 verwendeten 69 % der 17-20-Jährigen in ihrer neuen festen Beziehung Präservative; bei Gelegenheitskontakten benutzen 85 % von ihnen immer ein Präservativ. 61 %^c der Jugendlichen haben bei ihrem letzten Sexualverkehr Präservative gebraucht (in Frankreich: 80 % der Knaben und 53 % der Mädchen)³.

Mit dem Aids-Risiko wird ziemlich differenziert umgegangen; hauptsächlich werden in diesem Zusammenhang Präservative eingesetzt, aber auch der HIV-Test und die Einschätzung der früher eingegangenen Risiken sind gebräuchlich.

Bei einer Umfrage von 1997 über die zu Beginn der letzten festen Beziehung gewählte Präventionsstrategie gaben 89 % der Jugendlichen von 17-20 Jahren an, sie hätten sich beim ersten Sexualverkehr mit dem betreffenden Partner oder der betreffenden Partnerin für Präservative entschieden, 9 % haben keine benutzt, und zwar ohne vorher einen Test zu machen, und 2 % haben sich vorher testen lassen (beide Partner).

Bei jenen, die mit dem Präservativgebrauch angefangen haben, fuhren 68 % damit anschliessend fort, 10 % haben einen Test gemacht und dann mit dem Präservativgebrauch aufgehört, 10 % haben die im Laufe des Lebens eingegangenen Risiken bei beiden Partnern eingeschätzt und danach keine Präservative mehr verwendet, 5 % haben sich für ein anderes, nicht näher erläutertes Vorgehen entschieden. 8 % von jenen, die zu Beginn der Beziehung keine Präservative benutzten, haben diese in der Folge verwendet. Von allen befragten Personen gaben 67 % an, sie hätten beim letzten Sexualkontakt mit dem festen Partner/der festen Partnerin ein Präservativ gebraucht.

Präservativversager und die « Pille danach »

Der verbreitete Präservativgebrauch bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen impliziert, dass viele von ihnen bereits mit dem Problem eines gerissenen oder abgerutschten Präservativs Erfahrung gemacht haben. In diesem Fall stellt sich die Frage nach der postkoitalen Kontrazeption, falls nicht gleichzeitig die Pille verwendet wurde.

In der Tat tritt diese Situation nicht selten ein: 1994 hatten 24 % der 17-20-Jährigen bereits einmal ein Reißen oder Abrutschen des Präservativs erlebt. 1997 gaben 6 % an, ein solches Problem sei ihnen bei ihrem letzten Präservativgebrauch zugestossen¹.

^c Höchstes Schutzniveau seit 1987.

Die grosse Mehrheit der jungen, sexuell aktiven Mädchen von 15 bis 20 Jahren kennt die Möglichkeit der postkoitalen Kontrazeption (die «Pille danach», Notfall-Kontrazeption): in der Deutschschweiz 82 %, in der Romandie 93 % und im Tessin 98 %. Viele haben sogar davon bereits Gebrauch gemacht^d: in der Deutschschweiz 12 %, in der Romandie 25 % und im Tessin 29 %².

HIV-Test

Die Zahl der Jugendlichen von 17 bis 20 Jahren, die bereits einen HIV-Test haben machen lassen (ausserhalb von Blutspenden) ist im Steigen begriffen: von 11 % im Jahr 1992 auf 15 % im Jahr 1997¹.

1997 haben in Frankreich 12 % der Mädchen und 8 % der Knaben von 15-19 Jahren einen HIV-Test gemacht³.

^d Der Grund (Nicht-Gebrauch des Präservativs, Anwendungsproblem oder Vergessen der Pille) ist nicht bekannt.

Schlussfolgerungen

- Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen lassen auf sexuellem Gebiet eine gewisse Vorsicht erkennen. Das lässt sich am höheren Einstiegsalter in die sexuelle Aktivität, an der Verringerung der Partnerzahl und an der sinkenden Häufigkeit der Partnerwechsel erkennen.
- Der Gebrauch des Präservativs ist bei den Jugendlichen zur Norm geworden, vor allem zu Beginn ihres Sexuallebens. Doch obwohl viele von ihnen später damit fortfahren, werden noch andere Schutzstrategien angewendet. Nicht alle dieser Strategien, denen jeweils der Verzicht auf Präservative gemeinsam ist, sind unfehlbar, vor allem nicht jene, die auf gegenseitigem Vertrauen oder auf eine Art «Hochrechnen» der in der Vergangenheit eingegangenen Risiken für beide Partner beruhen.
- Ein doch recht beträchtlicher Teil der Jugendlichen hat beim Präservativgebrauch bereits einmal ein Problem gehabt (Reissen, Abrutschen). Die Möglichkeit der Notfall-Kontrazeption scheint recht gut bekannt zu sein.
- Der Sexualunterricht in der Schule ist noch nicht genügend flächendeckend, vor allem nicht in der Deutschschweiz. Doch scheint dies keine offenkundigen Ungleichheiten beim Erwerb der präventiven Verhaltensweisen verursacht zu haben, wahrscheinlich weil das Thema der Aids-Prävention noch immer stark präsent ist.

Empfehlungen

- Die STOP-AIDS-Kampagnen bleiben weiterhin ein wichtiges Instrument, um die Jugendlichen und jungen Erwachsenen an die Aids-Prävention zu erinnern. Die Sexualerziehung sollte wirklich allgemein eingeführt werden und auch die Aids-Prävention einschliessen, um zu garantieren, dass diese Botschaft den Jugendlichen laufend weitergegeben wird. Die regionalen Unterschiede bezüglich Form und Qualität des erteilten Sexualunterrichts sollten erforscht werden.
- Das Präservativ als Empfängnisverhütungsmittel erster Wahl – zumindest in der Phase vor dem Eingehen einer festen Paarbeziehung – sollte verstärkt gefördert werden und der Zugang zur Notfall-Kontrazeption sollte überall garantiert sein. Auch eine Untersuchung der Gründe und der Begleitumstände für die Inanspruchnahme dieser Möglichkeit wäre empfehlenswert.

Männer, die Sex mit Männern haben

Anhand fünf quantitativer Studien (1987¹, 1990^{2,3}, 1992^{4,5}, 1994⁶, 1997) kann eine Bilanz über 10 Jahre Präventionsverhalten von Homosexuellen^a in der Schweiz gezogen werden. Diese fünf Studien verwendeten dieselbe Methode: einen Fragebogen, der den Zeitschriften für Homosexuelle in der Romandie und in der Deutschschweiz beigelegt wurde. Die hauptsächlichsten Fragen wurden beibehalten und je nach den Bedürfnissen und Interessen mit neuen Themen ergänzt. Je Studie kamen zwischen 800 und 1200 ausgefüllte Fragebögen zurück. Die erhaltenen Kollektive sind im Wesentlichen vergleichbar und ermöglichen somit Trenduntersuchungen⁷.

1996 wurden diese quantitativen Methoden durch eine qualitative Studie ergänzt,⁸ die sich mit dem Problem des Schutzes bei homosexuellen Paaren befasste. Die Studie enthielt einen Projektionstest über das Paarleben sowie Interviews mit den beiden Partnern des Paares (N = 16 Paare). Diese wurden getrennt zum Paarleben und zum Umgang mit dem HIV-Infektionsrisiko befragt.

Ergebnisse der quantitativen Studien

Konfrontation mit Aids

Seit dem Beginn der Epidemie sind die Homosexuellen die von Aids am stärksten betroffene Bevölkerungsgruppe. Gegenwärtig machen sie nach den Drogenkonsumenten die am zweitstärksten betroffene Bevölkerungsgruppe aus. 1987 kannten 60 % der Homosexuellen eine HIV-positive, an Aids erkrankte oder verstorbene Person, wobei sich dieser Anteil bis 1997 auf 78 % erhöht hat. Das sind mehr als doppelt so viele wie in der Allgemeinbevölkerung (30 %).

Sexualleben

Gewisse Merkmalen des Sexuallebens von Homosexuellen haben sich seit 1987 nicht verändert:

- **Die Partnerzahl ist hoch:** Die Anzahl Partner im Laufe des Jahres ist seit 1992 stabil geblieben. In den letzten 12 Monaten haben drei Viertel der Befragten mehr als einen und über ein Drittel mehr als 10 Partner gehabt.
- **Die Häufigkeit von Sexualkontakten ist erhöht:** Mehrmals pro Woche bei einem Drittel der Befragten.
- **Die Sexualpraktiken sind immer noch mannigfaltig:** Die verbreitetste Sexualpraktik ist die gegenseitige Masturbation; viele Homosexuelle praktizieren die Fellatio und den Analverkehr; sado-masochistische Praktiken, Fisting und oral-analer Sex kommen hingegen seltener vor.

Andere Merkmale haben sich wie folgt verändert:

- **Der Anteil der Befragten mit einem festen Partner hat sich erhöht,** und zwar von 54 % im Jahre 1992 auf 74 % im Jahre 1997. 1997 wurde bei ungefähr einem Drittel der Beziehungen eine Dauer von unter einem Jahr festgestellt. Doch zwischen 1994 und 1997 hat sich die mittelwertige Beziehungsdauer von 2 auf 3 Jahre erhöht. Der Anteil der exklusiven festen Beziehungen hat sich ebenfalls erhöht (ungefähr 50 %).
- **Der Anteil der Befragten, die während der letzten zwölf Monate mit ihren Gelegenheitspartnern Analverkehr praktiziert haben, verzeichnete 1997^b eine Zunahme** (1992 und 1994: 60 %, 1997: 69 %), mit dem festen Partner hat sich der Anteil nicht verändert (ungefähr 75 %).

^a In jedem Jahr machen die Männer, die männliche und weibliche Sexualpartner haben, nur einen kleinen Teil der Stichprobe aus (6 % im Jahre 1997). Deshalb wird der Begriff «Homosexuelle» für die Bezeichnung sämtlicher MSM verwendet. Die zwischen Homo- und Bisexuellen bestehenden Unterschiede werden nur dort erwähnt, wo dies zweckdienlich erscheinen.

^b In den Studien von 1987 und 1990 wurde nicht nach Partnertyp differenziert, und die Untersuchung bezog sich auf die drei letzten Monate. Um internationale Vergleiche zu ermöglichen, weitete man die Bezugsperiode ab 1992 auf die letzten zwölf Monate aus und bezog bei der Evaluation des Präventivverhaltens den Partnertyp ein (fester Partner oder Gelegenheitspartner).

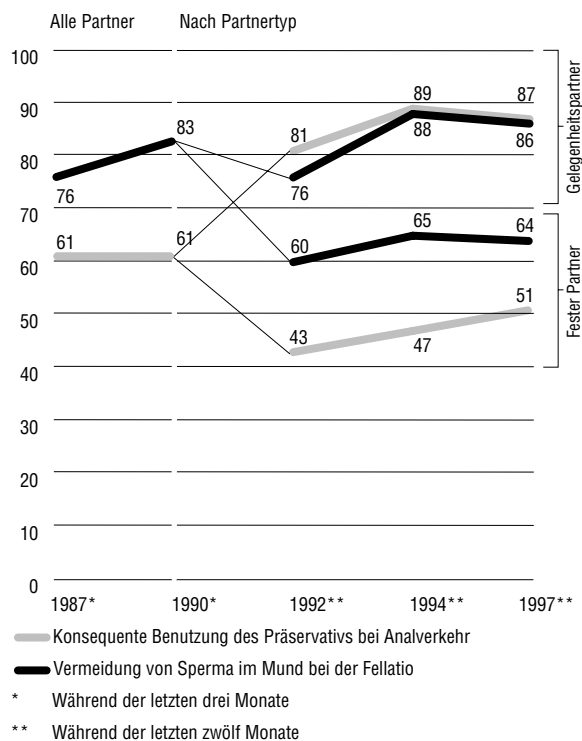
- **Die Treffpunkte und Szenen werden häufiger frequentiert:** 1997 haben 86 % regelmässig eine Homosexuellen-Bar aufgesucht (1987 : 47 %), 53 % eine Sauna (1987 : 30 %), 41 % Pärke (24 %) und 27 % öffentliche Toiletten (18 %).

Präventivverhalten

Die Präventivverhalten wurde mit Hilfe von zwei Indikatoren gemessen : dem Gebrauch des Präservativs und dem Risiko von Sperma, das bei der Fellatio in den Mund gelangt.

Abbildung 11a

Präventivverhalten bei der Fellatio und beim Analverkehr nach Partnertyp und Studienjahr (in %)



1987 und 1990 hatten ungefähr 80 % der Befragten (für alle Partnertypen zusammen) im Laufe der letzten drei Monate bei der Fellatio kein Sperma im Mund gehabt und 60 % verwendeten beim Analverkehr stets das Präservativ.

Seit 1992 hält sich eine Mehrheit der Befragten mit Gelegenheitspartnern (sei es nun bei der Fellatio oder bei der Penetration) mehrheitlich an die Präventionsmassnahmen (von ungefähr 80 % im Jahre 1992 auf 90 % in den Jahren 1994 und 1997). Mit festen Partnern ist dagegen das Schutzniveau bei der Fellatio und beim Analverkehr deutlich tiefer. 1997 haben 64 % nie Sperma im Mund gehabt und 51 % der Befragten gebrauchten mit dem festen Partner stets das Präservativ. Tendenziell ist zu beobachten, dass sich die Prävention in festen Partnerschaften in den letzten Jahren verbessert hat.

HIV-Test und Seropositivität

1987 hatten 57 % der Homosexuellen wenigstens einmal einen HIV-Test durchgeführt. Bei jeder Studie erhöhte sich der Anteil der getesteten Homosexuellen und erreichte 1997 schliesslich 80 %. 1997 hatten 69 % der getesteten Personen den Test in den drei der Studie vorangegangenen Jahren gemacht. **Der Anteil der Homosexuellen, die sich als HIV-positiv bezeichnen^c, hat sich verringert – wenn auch nicht signifikant: von 14 % im Jahre 1987 auf 11 % im Jahre 1997.**

Verhaltensänderungen nach bestimmten sozialen Merkmalen

Man versuchte zu ermitteln, ob beim Schutzniveau Unterschiede im Zusammenhang mit bestimmten sozialen Merkmalen^d bestehen und wie sich diese gegebenenfalls zwischen 1992 und 1997 verändert haben.

So wurden bezüglich des Schutzes minimale Unterschiede im Stadt-Land-Gefälle festgestellt (besserer Schutz in der Stadt), die sich zwischen 1992 und 1997 verringert haben. Die gleiche Situation ergibt sich beim Bildungsgrad: 1992 schützten sich Personen mit einem höheren Bildungsgrad etwas besser, aber 1997 ist der Unterschied verschwunden. Bei den Prozentzahlen für getestete Personen (häufiger in den Städten

^c Seropositivität laut Angaben der Befragten.

^d Jedes soziale Merkmal wird auf zwei Ebenen gemessen.

und bei höherem Bildungsgrad) sowie HIV-Positive (häufiger in den Städten und bei höherem Bildungsgrad) lässt sich ebenfalls eine Annäherung feststellen.

Dagegen gibt es Unterschiede zwischen der Romandie und der Deutschschweiz: Die Romands lassen sich öfter testen und sind häufiger HIV-positiv (die Differenz blieb im Laufe der Zeit stabil). Sie schützen sich etwas weniger, sowohl mit dem festen Partner wie mit Gelegenheitspartnern (im Laufe der Zeit entstehende Divergenz).

Schliesslich lassen sich hinsichtlich des Schutzes (insbesondere mit GelegenheitspartnerInnen) auch Unterschiede zwischen Homo- und Bisexuellen feststellen: Letztere schützen sich weniger gut, wobei sich die Kluft zunehmend vergrössert.

Junge Menschen

1987 kannten bei den Jüngeren (18-29-Jährige)^e gleich viele Personen HIV-positive, an Aids erkrankte oder verstorbene Personen (etwa 60 %) wie bei den Älteren (30 Jahre und mehr). Bei den 18-29-Jährigen ist dieser Anteil stabil geblieben, wogegen er sich bei der Altersgruppe von 30 und mehr Jahren erhöht hat und 1997 80 % erreichte. Bei sämtlichen Studien wurde festgestellt, dass es weniger 18-29-Jährige mit vielen Partnern (mehr als 10) im Laufe des Jahres gibt. Seit 1992 hat die Zahl der 18-29-Jährige, die Analverkehr praktizieren, zugenommen. **Der Gebrauch des Präservativs ist in der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre und in der Altersgruppe von 30 und mehr Jahren gleich verbreitet, sowohl mit dem festen Partner wie mit Gelegenheitspartnern.** 1987 war der Anteil HIV-Positiver bei den 18-29-Jährigen und den über 30-Jährigen praktisch identisch (18-29 Jahre: 15 %, 30 und mehr Jahre: 13 %). Bis 1997 blieb der Anteil der HIV-Positiven bei den Älteren (≥30) unverändert bei 11 %, während er sich bei den 18-29-Jährigen um die Hälfte (6 %) verringert hat. Bei den Personen von 30 und mehr Jahren gibt es ungefähr 10 % mehr Getestete als bei den 18-29-Jährigen.

Schutz und Serostatus

Die HIV-Positiven haben, wie schon in den vorangehenden Untersuchungsjahren, im Laufe der letzten zwölf Monate eine höher Partnerzahl gehabt als Nichtgetestete und HIV-Negative, sie hatten sogar noch mehr Partner als im Jahre 1994. HIV-Positive praktizieren mit ihrem festen Partner oder mit Gelegenheitspartnern häufiger Analverkehr als HIV-Negative und Nichtgetestete.

HIV-Positive schützen sich weniger strikt. 1997 hatte ein Viertel der HIV-Positiven während der letzten 12 Monate wenigstens einmal ungeschützten Analverkehr mit einem Partner, dessen Serostatus unbekannt war oder von ihrem abwich. Bei den HIV-Negativen (9 %) und den Nichtgetesteten (19 %) sind die entsprechenden Werte deutlich tiefer.

Indes hat sich nach den Beobachtungen die Situation gegenüber den vorangehenden Jahren verbessert. 1997 haben 82 % der HIV-Positiven (77 % im Jahre 1994) im Verlauf der letzten 12 Monate mit ihrem festen Partner immer und 89 % (81 %) beim letzten Sexualkontakt mit dem festen Partner das Präservativ verwendet^f. 79 % der HIV-Positiven (1994: 66 %) haben mit Gelegenheitspartnern stets ein Präservativ verwendet, 94 % (78 %) beim letzten Sexualkontakt mit einem solchen Partner.

Nationale und internationale Vergleiche

Nationale Vergleiche

Mit einer 1997 in der Homosexuellen-Szene in Zürich durchgeführten Studie (Zürcher Männer Studie [Züms]) lassen sich diese Resultate belegen. Die Befragten wurden in Zürcher Bars kontaktiert und haben auf dem Computer einen Fragebogen beantwortet. Die meisten Fragen lauteten gleich^g wie jene der gesamtschweizerisch durchgeführten Studien, die mit

^e Diese Altersgrenze wurde gewählt, um die 5 Studien miteinander vergleichen zu können (Vorkodierung in den Jahren 1987 und 1990).

^f Befragte, deren Partner ebenfalls HIV-positiv war, wurden bei dieser Analyse nicht berücksichtigt.

^g Wir bedanken uns bei Jen Wang (ISPM Zürich), der uns seine Vorresultate zugänglich gemacht hat.

Hilfe eines in Zeitungen veröffentlichten, selbst auszufüllenden Fragebogens durchgeführt wurden. Das Zürcher Kollektiv ist etwas jünger und steht weniger eng in Kontakt mit Homosexuellen- oder mit Aids-Selbsthilfgruppen. Die Vergleiche zwischen den beiden – nach dem Alter geschichteten – Kollektiven, die anhand verschiedener Verhaltensvariablen, der Prävalenz des Tests und der angegebenen Seropositivität gezogen wurden, ergeben ähnliche Resultate. Mit Gelegenheitspartnern ist die Risikoaussetzung (kein Gebrauch von Präservativen) beim Zürcher Kollektiv etwas höher als beim Schweizer Kollektiv, liegt aber sehr nahe beim Deutschschweizer Kollektiv der Schweizer Studie.

Internationale Vergleiche

Seit mehreren Jahren führen Frankreich und Deutschland^h Befragungen durch, bei denen die gleiche Methode und die gleichen Fragebögen wie in der Schweiz verwendet werden. Diese Umfragen zeigen, dass sich die Expositionsrate und das Schutzniveau in den betreffenden Ländern ähnlich entwickelt haben. 1997 waren der Anteil Homosexueller mit einem festen Partner, die Partnerzahl in den letzten zwölf Monaten und die Häufigkeit der Sexualkontakte in Frankreichⁱ und Deutschland⁹ mit den entsprechenden Angaben in der Schweiz vergleichbar. Auch mit Gelegenheitspartnern ist das Schutzniveau ähnlich (in der Schweiz gehen 91 %, in Deutschland 88 % und in Frankreich 89 % kein Risiko ein).

Die Anteile der Getesteten sind unterschiedlich (Schweiz: 80 %, Deutschland: 73 %, Frankreich: 87 %), wogegen die Prozentsätze der HIV-Positiven sehr nahe beieinander liegen (Schweiz: 11 %, Deutschland: 11 %, Frankreich: 12 %).

Homosexuelle Paare und Aids

Während bei Kontakten mit Gelegenheitspartnern der Gebrauch des Präservativs üblich ist, sind die Präventionsstrategien der Paare komplexer und verschiedenartiger und können sich mit der Zeit ändern. Damit ihre Präventionsstrategien effizient sind, insbesondere wenn man auf Präservative verzichten möchte, müssen die Partner eines Paares gewisse Informationen über sich austauschen und ausdrückliche und

wiederholte Vereinbarungen treffen (Serostatus der beiden Partner; Möglichkeit, andere Partner zu haben; «erlaubte» Praktiken mit aussenstehenden Partnern usw.). Somit spielen die Kommunikationsfähigkeit und das Verhandlungsgeschick eine wichtige Rolle für den Umgang mit dem Risiko. Folglich wird der Schutz gleichermassen von den persönlichen Eigenarten der Partner wie von den Eigenarten des Paares als Ganzes abhängen.

Ergebnisse der quantitativen Studien : Vielfalt der Strategien und Ausmass der Risikoaussetzung

Die geläufigste Verhaltensweise der Paare angesichts des HIV-Risikos ist der systematische Gebrauch von Präservativen (43 %); diese werden von Paaren, die auch Gelegenheitspartner haben (Tabelle 11a) fast doppelt so häufig verwendet. Dagegen ist die mit 25 % zweithäufigste Art des Umgangs mit dem HIV-Risiko, nämlich der Verzicht auf das Präservativ nach erfolgtem Test beider Partner, bei den Paaren ohne andere Partner bedeutend stärker verbreitet. Ein Teil (12 %) dieser Paare hat auch ohne gemeinsamen Test auf das Präservativ verzichtet, ist dafür aber treu, was lediglich bei 2 % der Paare mit Gelegenheitspartnern der Fall ist. Ein Sechstel der Paare (ob diese nun andere Partner haben oder nicht) praktiziert keinen Analverkehr.

1997ⁱ sind bei etwas mehr als der Hälfte der Paare beide Partner HIV-negativ und bei 3 % sind beide HIV-positiv; dagegen sind 10 % der Paare serodiskordant (einer der beiden Partner ist HIV-positiv) und die verbleibenden 36 % kennen ihren jeweiligen Serostatus nicht. Die HIV-negativen oder -positiven Paare praktizieren bedeutend häufiger Analverkehr als serodiskordante Paare oder Paare, die ihren jeweiligen Serostatus nicht kennen.

^h Nur die Vergleiche mit dem ehemaligen Westdeutschland wurden berücksichtigt.

ⁱ Wir bedanken uns bei M.-A. Schiltz und P. Adam, die uns ihre Ergebnisse mitgeteilt haben.

^j Der Befragte erteilt Informationen über seinen Partner und das Paar.

Tabelle 11a

Varianten des Umgangs mit dem HIV-Risiko innerhalb des Paares (in %)

	Befragte einzig mit festem Partner ▼ n = 173	Befragte mit festem Partner und Gelegenheitspartnern n = 598	Total n = 765	Signifikanz
Wir praktizieren keinen Analverkehr.	14	13	14	n.s.
Wir haben wegen dem HIV-Infektionsrisiko mit dem Analverkehr aufgehört.	0	2	2	n.s.
Wir verwenden beim Analverkehr stets das Präservativ.	27	49	43	**
Wir haben uns beide dafür entschieden, einen HIV-Test zu machen; war dieser negativ, so haben wir auf den weiteren Gebrauch des Präservativs verzichtet.	37	21	25	**
Seit wir zusammen sind, haben wir keinen Test gemacht, aber wir haben unsere bisher eingegangenen Risiken abgeschätzt und verwenden kein Präservativ.	5	7	6	n.s.
Seit wir zusammen sind, haben wir keinen Test gemacht; wir sind einander treu und verwenden kein Präservativ.	12	2	4	**
Wir praktizieren Analverkehr, sind beide HIV-positiv und verwenden kein Präservativ.	1	1	1	n.s.
Übrige (nicht spezifiziert)	4	5	5	n.s.

▼ Im Laufe der letzten 12 Monate. Von den 387 Homosexuellen, die nach ihren Angaben eine exklusive Paarbeziehung mit ihrem festen Partner führen, gaben 173 (also 45 %) an, während des Jahres keinen einzigen Gelegenheitspartner gehabt zu haben.

** p < 0.001

n.s. nicht signifikant

Bei den Paaren, die Analverkehr praktizieren, ist der systematische Präservativgebrauch am häufigsten bei den serodiskordanten Paaren anzutreffen (85%), gefolgt von den HIV-positiven Paaren (64%). Nur 60 % der Paare, die ihren Serostatus nicht kennen, und 35 % der Paare, bei denen beide voneinander wissen, dass sie HIV-negativ sind, verwenden Präservative.

Drei Viertel der Paare haben über die Art des Umgangs mit dem HIV-Risiko mit allfälligen anderen Partnern gesprochen, wobei man sich bei der Mehrzahl der Paare, die externe Beziehungen nicht ausschliessen, gegenseitig versprochen hat, mit anderen Partnern kein Risiko einzugehen. Beunruhigender ist die Tatsache, dass viele Paare, die miteinander nicht über allfällige andere Partner gesprochen haben, angeben, sie würden sich schützen und hoffen, dass ihr Partner dasselbe tue (Tabelle 11b).

Ergebnisse der qualitativen Studie: Bedeutung der Verhandlungsfähigkeiten

In der qualitativen Untersuchung von 16 homosexuellen Paaren, wo die Angaben bei beiden Partnern eingeholt wurden, **hatte man die Hypothese aufgestellt, dass Paare mit guten Verhandlungsfähigkeiten innerhalb wie auch ausserhalb ihrer Partnerschaft besser in der Lage sind, mit dem Risiko einer HIV-Infektion umzugehen, als Paare, welche ein weniger gutes Verhandlungsgeschick haben. Diese Hypothese hat sich bestätigt.**

Paare, die gut verhandeln können, beschreiben ihre Beziehung tendenziell als nicht übermässig eng, während Paare mit Verhandlungsschwierigkeiten eher eine Beziehung mit sehr engem Zusammenhalt pflegen (grosse Beziehungsnahe).

Die Mehrzahl der Paare, die potentiell einem HIV-Ansteckungsrisiko ausgesetzt gewesen waren, haben schlechte Verhandlungsfähigkeiten. Dagegen können die meisten Paare, die sich keinem Risiko ausgesetzt haben, gut verhandeln.

Evaluation der Ergebnisse der Präventionsstrategie

Tabelle 11b

«Haben Sie mit Ihrem Partner über die Art des Umgangs mit dem HIV-Risiko mit allfälligen Partnern ausserhalb des Paares gesprochen?» (in %)

	Befragte einzig mit festem Partner ▼ n = 173	Befragte mit festem Partner und Gelegenheitspartnern n = 598	Total n = 764	Signifikanz
Haben über die Art des Umgangs mit dem HIV-Infektionsrisiko mit Partnern ausserhalb des Paares gesprochen, und zwar wie folgt:	73 n = 126	76 n = 454	76 n = 580	n.s.
Wir haben nur vage darüber gesprochen.	5	12	10	*
Wir haben darüber diskutiert, aber ohne etwas zu entscheiden, zumal wir keine anderen Partner haben.	14	5	7	**
Wir haben darüber diskutiert und wissen, dass keiner von uns andere Partner hat. Wir haben aber abgemacht, erneut darüber zu sprechen, sollte einer von uns irgendwann einen anderen Partner haben.	34	7	13	**
Wir haben darüber diskutiert und beschlossen, keine anderen Partner zu haben	27	4	9	**
Wir haben darüber diskutiert und beschlossen, keinen Analverkehr zu praktizieren oder mit anderen Partnern immer Präservative zu verwenden.	19	69	58	**
Übrige (nicht spezifiziert)	2	4	3	n.s.
Haben nicht über die Art des Umgangs mit dem HIV-Infektionsrisiko mit Partnern ausserhalb des Paares gesprochen:	27 n = 47	24 n = 144	24 n = 191	n.s.
Es ist uns nicht in den Sinn gekommen, darüber zu diskutieren.	10	15	14	n.s.
Darüber zu sprechen würde innerhalb unserer Beziehung zu viele Probleme aufwerfen.	5	7	6	n.s.
Ich gehe mit anderen Partnern kein Risiko ein und glaube, dass mein Partner sich gleich verhält.	26	53	47	**
Wir haben auf keinen Fall andere Partner und es ist somit nicht nötig, darüber zu sprechen.	46	10	18	**
Übrige (nicht spezifiziert)	13	16	15	n.s.

▼ Im Laufe der letzten 12 Monate. Von den 387 Homosexuellen, die nach ihren Angaben eine exklusive Paarbeziehung mit ihrem festen Partner führen, gaben 173 (also 45%) an, während des Jahres keinen einzigen Gelegenheitspartner gehabt zu haben.

* p < 0.05

** p < 0.001

n.s. nicht signifikant

Für die Schutzstrategien gegen HIV lässt sich folgende Typologie skizzieren:

- **Konsequenter Gebrauch des Präservativs sowohl innerhalb als auch ausserhalb des Paares.** Diese Paare zeichnen sich durch gutes Verhandlungsgeschick aus. Sie haben die Weiterführung des Präservativgebrauchs in angemessener Form miteinander ausgehandelt und beide Partner schützen sich wirkungsvoll beim Analverkehr mit anderen Partnern. Man könnte meinen, dass sich Paare mit weniger guten Verhandlungsfähigkeiten öfter für einen konsequenteren Gebrauch des Präservativs (der davon «dispensiert», Abmachungen bezüglich anderer Partner zu treffen) entscheiden würden. Dies ist nicht der Fall.

- **Treue beider Partner, kein Gebrauch von Präservativen unter ihnen.** Die Mehrheit dieser Paare haben schlechte Verhandlungsfähigkeiten und sie alle sind, als sie ihren Entscheid für einen Verzicht auf den weiteren Gebrauch von Präservativen in die Tat umsetzten, ein mehr oder weniger starkes Expositionsrisiko eingegangen. Diese Paarbeziehungen sind hinsichtlich einer allfälligen externen Beziehung fragil, zumal die meisten von ihnen nicht über das Thema Untreue sprechen können.
- **Nichtgebrauch von Präservativen innerhalb des Paares und Schutz mit anderen Partnern.** Diese Paare weisen gute Verhandlungsfähigkeiten auf. Sie haben andere Partner gehabt, darüber

gesprächen und beide haben einen HIV-Test gemacht. Diese Paare verwendeten über eine lange Zeitspanne hinweg Präservative, bevor sie darauf verzichtet und die unter ihnen geltenden Regeln klar festlegt haben.

- **Keine Strategie oder häufiger Wechsel der Strategie.** Diese Paare haben schlechte Verhandlungsfähigkeiten. Es gelingt ihnen nicht, eine Abmachung bezüglich Gelegenheitspartner zu treffen, und sie setzen sich somit dem Risiko einer Ansteckung aus.

Die mit den Eigenarten eines Paares und nicht mit denjenigen der jeweiligen Partner verbundenen Elemente stellen wichtige Parameter für die Anpassung eines Paares an das Aids-Risiko dar. Die Verhandlungsfähigkeiten des Paares sind besonders bei drei Gelegenheiten sehr wichtig: bei der Bildung des Paares, in der Zeit zwischen der Durchführung des Tests und dem Verzicht auf weiteren Schutz in gegenseitig treuen Beziehungen, bei Sexualkontakten mit einem Partner ausserhalb des Paares.

Schlussfolgerungen

- 1987 erklärten bereits die Mehrzahl der Homosexuellen, sie würden sich schützen. Diese Tendenz hat sich mit den Jahren verstärkt, und es ist kein Rückgang bei den Schutzpraktiken zu beobachten; wir erleben eine Annäherung der Schutzpraktiken zwischen den verschiedenen sozialen Kategorien. Trotzdem bleiben weiterhin Unterschiede bestehen: Romands und Bisexuelle schützen sich etwas weniger.
- Jüngere Personen praktizieren in gleichem Masse Prävention wie Ältere.
- HIV-positive Personen haben sich im vergangenen Jahr eher als HIV-negative oder nicht-getestete Personen wenigstens einmal in einer Situation befunden, die potentiell zu einer Übertragung des HIV hätte führen können.
- Die Präventionsstrategien der Paare sind sehr verschiedenartig; auch die gegenseitige Kenntnis des Serostatus – vor der Einstellung des Präservativgebrauchs – gehört dazu.
- Nicht alle Paare treffen die nötigen Vereinbarungen bezüglich des Schutzes innerhalb des Paares und mit allfälligen Partnern ausserhalb des Paares. Das Verhandlungsgeschick erweist sich als äusserst wichtig für die Erarbeitung einer sicheren Präventionsstrategie; eine ungenügende Klärung der Situation vergrössert das Risiko einer HIV-Infektion.

Empfehlungen

- Die Prävention bei jungen und seropositiven Menschen (vor und nach dem Coming-out) muss intensiviert werden.
- Bei Homosexuellen sollten die Prophylaxe und die Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) vermehrt thematisiert werden, wobei dafür zu sorgen ist, dass diese Möglichkeit nicht als Ersatzlösung für den Gebrauch von Präservativen verstanden wird, sondern als Notlösung für Ausnahmefälle. Die PEP muss leicht zugänglich sein.
- Homosexuelle sollten aufmerksam gemacht werden auf:
 - die Tatsache, dass die Prävention den spezifischen etablierten Paaren gewisse Probleme bereiten kann;
 - die Wichtigkeit ausdrücklicher Vereinbarungen über die Art der Aids-Prävention innerhalb des Paares und bei Beziehungen ausserhalb des Paares;
 - die Tatsache, dass bestimmte Momente im Leben eines Paares mit beachtlichen Risiken verbunden sind: der Beginn der Beziehung, Beziehungen mit Partnern ausserhalb des Paares;
 - die zu befolgenden Sicherheitsregeln, wenn ein Paar mit dem Gebrauch von Präservativen aufhören möchte: Test beider Partner, Wartefrist, ausdrückliche Vereinbarungen, die befolgt werden.

12

Drogenkonsumenten

Drogenkonsumenten sind in erhöhtem Masse den Risiken einer Infektion mit HIV und mit Hepatitisviren ausgesetzt, und zwar durch die Verwendung von (bereits von einer anderen Person) gebrauchten Spritzen/Nadeln, durch die gemeinsame Benutzung des Materials zur Vorbereitung der Injektion (Löffel, Filter, Watte, Wasser usw.) oder den nicht konsequenten Gebrauch von Präservativen bei Sexualkontakten. In diesem Kapitel wird die Entwicklung einiger relevanter Indikatoren zur Evaluation der Präventionsarbeit in dieser Bevölkerungsgruppe verfolgt.

Die verwendeten Informationen gehen hauptsächlich aus den in den Jahren 1993, 1994 und 1996 durchgeführten Umfragen^{1,2} bei den BenutzerInnen von niederschweligen, auf die HIV-/Aids-Prävention spezialisierten Einrichtungen (NSE^a) hervor. Aus verschiedenen Gründen², konnten sich nicht alle NSE an den drei Studien beteiligen. Für die Trendanalysen wurden nur jene städtischen NSE berücksichtigt, die an allen drei Umfragen teilgenommen haben: Das waren insgesamt 9 Anlaufstellen in 7 Städten^b. Die Kollektive der drei Umfragen belaufen sich für 1993 auf 1019, für 1994 auf 764 und für 1996 auf 661 Personen.

Zusätzliche Informationen konnten zudem aus anderen nationalen und internationalen Datenquellen gewonnen werden.

Entwicklung der Charakteristiken von Personen, die die niederschweligen Einrichtungen in der Schweiz benutzen

Soziodemografische Charakteristiken

Die Gruppe der Drogenkonsumenten, welche die NSE frequentieren, wird älter und setzt sich vorwiegend aus Langzeitkonsumenten zusammen, die zunehmend auch Sozialhilfe empfangen bzw. von der Fürsorge abhängig sind. Das Durchschnittsalter der BenutzerInnen von NSE hat sich in den Jahren 1993 bis 1996 von 26,6 Jahren auf 28,6 Jahre erhöht. Der Anteil der Personen, die erst seit kurzer Zeit intravenös Drogen konsumieren (seit weniger als zwei Jahren), ist zwischen 1993 und 1996 drastisch zurückgegangen, und zwar von 31 % auf 14 %. Auch die Zahl der Drogenkonsumenten ohne festen Wohnsitz hat sich verringert, von 14 % im Jahre 1994 auf 8 % im Jahre 1996. Dagegen ist der Anteil der Personen, die Leistungen der Invaliden- oder der Arbeitslosenversicherung beziehen, zwischen 1993 und 1996 von 8 % auf 25 % angewachsen und der Anteil der Personen, die Sozialhilfe erhalten, verzeichnet ebenfalls eine Zunahme von 24 % auf 34 %. Die Erwerbslosenrate blieb hingegen im untersuchten Zeitraum stabil bei rund 50 %.

Konsumverhalten

Die Praxis der Polytoximanie, d.h. des gleichzeitigen Konsums verschiedener Drogen (Heroin und Kokain), nimmt zu. Die meisten BenutzerInnen von NSE injizieren sich die Drogen. Je nach Umfragejahr haben sich 85 % bis 86 % in den letzten 6 Monaten vor der Befragung Drogen gespritzt. Drei Viertel der Befragten haben während den letzten 30 Tagen Heroin und Kokain entweder separat oder gleichzeitig («Cocktail») konsumiert. Dennoch bleibt das Heroin der am regelmässigsten konsumierte Stoff: mehr als zwei Drittel konsumieren es mehrmals pro Woche (64 % im Jahre 1993 und 69 % im Jahre 1996). Der regelmässige Konsum von Kokain hat sich ebenfalls erhöht: 1993 konsumierten 24 % der Befragten mehrmals pro Woche Kokain, 1996 bereits 32 %. Die Konsumrate von Cocktails hat sich über die

^a Für die Definition von «niederschweligen Einrichtungen» (hier: NSE) siehe Kapitel 3.

^b Bern, Solothurn, Olten, Basel, St. Gallen, Genf, Luzern.

Tabelle 12a

Risiken und Schutzverhalten, NSE-Klientel in der Schweiz: 1993 bis 1996 (in %)

		1993 n = 1019	1994 n = 764	1996 n = 661
Spritzen-/Nadeltausch*	Im ganzen bisherigen Leben	38 ± 3	37 ± 4	41 ± 4
	In den vergangenen 6 Mt.	15 ± 2	9 ± 2	10 ± 2
Verwendung von Präservativen**				
In fester Beziehung		60 ± 3	56 ± 4	56 ± 4
Davon:	Immer Präservative benutzt	26 ± 4	24 ± 4	24 ± 4
	Nie Präservative benutzt	56 ± 4	62 ± 5	63 ± 5
Bei Gelegenheitskontakten(s)		34 ± 3	29 ± 3	29 ± 4
Davon:	Immer Präservative benutzt	61 ± 5	71 ± 6	66 ± 7
	Nie Präservative benutzt	16 ± 4	14 ± 5	16 ± 5
Weibliche Prostitution		–	30 ± 9	25 ± 6
Davon:	Immer Präservative benutzt***	–	93 ± 9	93 ± 8
HIV: Test und Resultate	Getestet	88 ± 2	91 ± 2	93 ± 2
	HIV-positiv****	10 ± 2	8 ± 2	8 ± 2

* Angaben bezogen auf injizierende Drogenkonsumenten

** In den vergangenen 6 Monaten. Verwendung: immer, manchmal, nie (Summe = 100 %).

*** Verwendung von Präservativen mit Freiern.

**** Prozentsatz an Personen, die angeben, bei ihrem letzten durchgeführten Test HIV-positiv gewesen zu sein.

Untersuchungszeit mehr als verdoppelt und ist von 17 % (1993) auf 36 % (1996) angestiegen.

Die NSE werden auch von Drogenkonsumenten aufgesucht, die sich in Behandlung befinden.

Von der NSE-Klientel, die mehrheitlich Drogen intravenös konsumiert, unterzogen sich 1993 34 % einer Methadon-Substitutionsbehandlung. 1994 und 1996 betrug dieser Anteil bereits 45 %. 1994 nahmen 7 %^c und 1996 12 % der Befragten an Programmen zur ärztlich kontrollierten Heroinabgabe (PROVE) teil.

Kontakte mit dem Repressionsapparat

Die Polizeikontrollen haben in dieser Bevölkerungsgruppe weiter zugenommen. Während 1993 im Laufe des Monats vor der Befragung 35 % der BenutzerInnen im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum polizeilich kontrolliert wurden, waren es 1994 bereits 43 % und 1996 gar 53 %. 1996 gab ein Drittel der NSE-Klientel an, in den letzten zwei Jahren mindestens einmal im Gefängnis gewesen zu sein.

^c Diese Frage wurde 1994 in Basel nicht gestellt (n = 391).

^d Wird hier manchmal auch als **Spritzenumtausch** bezeichnet.

Entwicklung der Risikoaussetzung, des Schutzverhaltens und der HIV-Testrate bei der NSE-Klientel

Der zumindest einmal im Leben erfolgte Gebrauch einer Spritze/Nadel, die bereits von einer anderen Person benutzt war^d, ist im Laufe der drei Untersuchungen stabil geblieben (1993: 38 %, 1996: 41 %) (vgl. Tabelle). **Die Häufigkeit des Gebrauchs einer bereits verwendeten Spritze/Nadel innert den letzten sechs Monaten vor der Untersuchung ist hingegen zurückgegangen und zwar von 15 % im Jahre 1993 auf 9 % (1994) und 10 % (1996).** 1996 haben fast alle (91 %), die das Injektionsmaterial mit anderen geteilt haben, dieses vor der Anwendung gewaschen. Doch erfolgte die Desinfektion in der Regel nicht sachgemäss: 87 % benutzten als Reinigungsmittel Wasser, 28 % Alkohol und 2 % Javelwasser.

Die Spritzenumtauschrate in den vergangenen 6 Monaten vor der Befragung war zunächst bei den jüngeren Konsumenten tendenziell höher, doch diese Differenz verschwand im Laufe der Jahre. Betrug dieser Wert 1993 bei den unter 25-Jährigen noch 22 % gegenüber 11 % bei den über 25-Jährigen, so lag er 1996 bei 12 % für die jüngeren bzw. 10 % für die

älteren Konsumenten. Obdachlose weisen eine höhere Tauschrate auf als Personen mit festem Wohnsitz (20 % gegenüber 14 % im Jahre 1993 und 20 % gegenüber 10 % im Jahre 1996). **Der Serostatus der Personen hat keinen Einfluss auf die Tauschrate von gebrauchtem Injektionsmaterial.**

Das Schutzverhalten bei sexuellen Kontakten hat sich in den letzten Jahren kaum verändert und ist immer noch unzulänglich, vor allem innerhalb fester Paarbeziehungen. 1996 haben sich zwei von drei Drogenkonsumenten bei Gelegenheitskontakten während den letzten 6 Monaten vor der Umfrage konsequent geschützt, 16 % haben hingegen nie Präservative verwendet. Bei den festen Beziehungen ist das Verhältnis gerade umgekehrt: Ein Viertel schützte sich konsequent, zwei Drittel nie. Geschützte Sexualkontakte sind eher die Regel, wenn der feste Partner bzw. die feste Partnerin keine Drogen konsumiert. 1996 benutzten 31 % der Personen mit festen PartnerInnen, die keine Drogen konsumieren, immer ein Präservativ, während dies bei ebenfalls drogenkonsumierenden PartnerInnen nur 16 % taten.

Der Anteil Sex Worker liegt bei den Frauen erheblich höher: 25 % der Frauen haben sich in den letzten sechs Monaten prostituiert, bei den Männern dagegen nur 2 %. **Die Verwendung von Präservativen bei gewerbsmässigen Sexualkontakten weist ebenfalls einen geschlechtsspezifischen Unterschied auf:** Nahezu alle Frauen benützen im Kontakt mit ihren Freiern immer ein Präservativ (1996: 93 %), während sich weniger als die Hälfte der Männer (1996: 44 %) konsequent schützen.

Die Verwendung von Präservativen ist stark vom Serostatus der Person abhängig. **HIV-Positive benützen in festen Beziehungen und bei Gelegenheitskontakten häufiger konsequent Präservative als HIV-Negative.** Diese Differenz scheint sich jedoch im Laufe der Zeit leicht zu verringern. 1993 benutzten 68 % der HIV-Positiven und 22 % der HIV-Negativen

innerhalb der festen Beziehung konsequent Präservative, 1996 lag dieses Verhältnis bei 57 % zu 20 %. Bei Gelegenheitskontakten verwendeten 1993 89 % der HIV-Positiven und 59 % der HIV-Negativen konsequent Präservative, 1996 waren es 83 % bzw. 65 %^e.

Frauen schützen sich mit dem festen Partner tendenziell weniger gut als Männer. Diese Verhaltensunterschiede sind statistisch nicht signifikant, bleiben aber über die Jahre erhalten: 1993 schützten sich 23 % der Frauen und 27 % der Männer konsequent, 1996 waren 19 % gegenüber 25 %. **Bei gelegentlichen Sexualkontakten hingegen schützen sich die Frauen verhältnismässig häufiger als die Männer** (1993 schützten sich 71 % der Frauen und 58 % der Männer konsequent, im Jahre 1996 lautete das Verhältnis 76 % zu 63 %).

Der Anteil an Personen, die laut ihren Angaben einen HIV-Test vorgenommen haben, ist gestiegen: von 88 % im Jahre 1993 auf 93 % im Jahre 1996. Die Quote der gemeldeten positiven Testresultate verringerte sich im Zeitraum 1993 bis 1996 von 10 % auf 8 %. Der Anteil getesteter Personen ist bei den älteren Drogenkonsumenten höher. Diese Unterschiede haben sich im Laufe der Zeit verringert: 1993 waren 93 % der Personen über 25 Jahren und 80 % der Personen unter 25 Jahren auf HIV getestet, 1996 waren es 94 % gegenüber 88 %. Bei den älteren Drogenkonsumenten ist auch der Anteil an HIV-infizierten Personen höher, wobei sich diese Differenz ebenfalls zu verringern scheint: 1993 waren 14 % der über 25-Jährigen und 2 % der unter 25-Jährigen HIV-positiv, 1996 betrug dieses Verhältnis 10 % zu 3 %.

Risikoexposition: weitere nationale Daten

Die jüngste Entwicklung bezüglich der Risikoexposition und des Schutzverhaltens der NSE-Klientel lässt sich mit älteren Daten und mit der Entwicklung bei Drogenkonsumenten aus anderen, besonders aus therapieorientierten Strukturen^f (vgl. Tabelle im Anhang, Seite 112) vergleichen.

^e Unterschied 1996 statistisch nicht signifikant, da die Gruppe der HIV-positiven Personen, die Gelegenheitskontakte haben, zu klein ist (n = 12).

^f Und wo verschiedene Untergruppen von Drogenkonsumenten vertreten sind.

Die Spritzenumtauschrate ist im Laufe der Zeit zurückgegangen, besonders in der Romandie. Sie verringerte sich zum Beispiel in Genf von 44 % (1992³) auf 14 % (1996⁴), während in Zürich ein Rückgang von 13 % (1989⁵) auf 10 % (1996⁴) verzeichnet wurde.

Das Datenmaterial zur Häufigkeit des Spritzenumtausches in Therapiestellen ist für eine Trendanalyse zu dürrig; in jenen Fällen, wo Daten verfügbar sind, ist jedoch die Tauschrate niedrig.

Die gemeldete Seroprävalenzrate, zur der bedeutend mehr Daten vorliegen, ist in allen Einrichtungstypen allmählich zurückgegangen: Es kann hier von einer generellen Tendenz gesprochen werden. In den NSE ist die HIV-Verbreitungsrate z.B. in Genf von 17 % aus dem Jahre 1992³ auf 8 % im Jahre 1996⁴ gesunken, in Zürich von 24 % aus dem Jahre 1989⁵ auf 21 % im Jahre 1996⁴. In den ambulanten Therapiestrukturen waren 1989⁶ 15 % der Drogenkonsumenten zu Behandlungsbeginn HIV-infiziert, 1996⁷ waren es noch 13 % und 1997⁷ 10 %. In den stationären Therapiezentren in Zürich verringerte sich die HIV-Verbreitungsrate von 21 % (1990⁸) auf weniger als 10 % (1993⁹). 1997 liegt der schweizerische Durchschnitt beim Eintritt in die stationären Therapiestellen bei 5 %¹⁰.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Versuche zur ärztlich kontrollierten Heroinabgabe (PROVE)¹¹, liegt die HIV-Verbreitungsrate beim Programmeintritt etwas höher (16 % für die Evaluationsperiode 1993-1996), wobei anzufügen ist, dass es sich hierbei um die besonders gefährdete Risikogruppe der Langzeitkonsumenten handelt.

Risikoexposition: Internationale Vergleiche

Im Vergleich zu anderen Ländern, die übrigens nicht alle eine hohe HIV-Prävalenz zu verzeichnen haben, ist der Spritzenumtausch in den schweizerischen NSE selten. 1996 haben in der Schweiz⁹ 11 % der BenützerInnen von NSE in den vergangenen sechs Monaten eine Spritze getauscht. In London¹² beträgt dieser Wert bei einer gemischten Gruppe von Drogenkonsumenten mit und ohne therapeutische Behandlung^h im Jahre 1993 39 %. In Australien¹³ wurde 1995ⁱ im Rahmen von Spritzenumtauschprogrammen eine Spritzenumtauschrate für den vergangenen Monat von 31 % ermittelt. In den Programmen von Vancouver¹⁴ hat sich 1996^j für die vergangenen 6 Monate eine Rate von 40 % ergeben.

⁹ HIV-Verbreitungsrate von 11 %.

^h HIV-Verbreitungsrate von 7 %.

ⁱ HIV-Verbreitungsrate von 2 %.

^j HIV-Verbreitungsrate von 23 %.

Schlussfolgerungen

- In der Schweiz ist die Praxis des Spritzenumtausches in den letzten Jahren zurückgegangen. Die jüngeren halten sich nun ebenfalls an das Verhalten der älteren Konsumenten, die ihr Injektionsmaterial seltener tauschen. Drogenkonsumenten in Notlagen setzen sich hingegen eher Risiken aus. Der Serostatus scheint keinen Einfluss auf den Spritzenumtausch zu haben.
- Der Präservativgebrauch ist angesichts der hohen HIV-Prävalenz in dieser Bevölkerungsgruppe noch immer unzureichend. Zudem haben zahlreiche Drogenkonsumenten Sexualkontakte mit Personen, die keine Drogen konsumieren. Bei Gelegenheitskontakten ist das Schutzniveau mit dem der Allgemeinbevölkerung vergleichbar. In festen Beziehungen ist das Schutzverhalten weniger konsequent.
- Die HIV-Verbreitungsraten bestätigen, dass die Ausbreitung der Epidemie in dieser Bevölkerungsgruppe (bei der ein Grossteil getestet ist) gestoppt werden konnte.
- Diese zufriedenstellende Erfolgsbilanz kann auf den beachtlichen Ausbau und die Diversifizierung der Versorgungsstellen für Injektionsmaterial sowie auf die Zunahme von Substitutionsbehandlungen zurückgeführt werden.
- Die steigende Zahl von Drogenkonsumenten in Substitutionsbehandlung unter der NSE-Klientel wirft Fragen bezüglich der Qualität dieser Behandlungen auf (zu niedrige Methadondosis, Parallelkonsum von Kokain?).
- Das starke Aufkommen des Kokainkonsums ist beunruhigend. Die steigenden Injektionszahlen, der Stress und die durch diese Konsumform ausgelösten Affekthandlungen könnten in Zukunft die Risiken der Übertragung von HIV/Aids und Hepatitisviren erhöhen.

Empfehlungen

- Die Massnahmen zur Risikoverminderung sind noch weiter auszubauen, vor allem für Drogenkonsumenten in prekären Lebenslagen und für die in Behandlung stehenden Drogenkonsumenten, die sich weiterhin gelegentlich Drogen spritzen. Besonders zu gewichten ist dabei die Unterlassung des gemeinsamen Gebrauchs von Material zur Vorbereitung der Injektion (Löffel, Filter, Watte, Wasser usw.) sowie die korrekte Desinfektion, falls keine sterilen Spritzen verfügbar sind.
- Mit einer wirkungsvollen Safer-Sex-Kampagne muss die Gruppe der Drogenkonsumenten darauf aufmerksam gemacht werden, dass das sexuelle Übertragungsrisiko ebenso ernst zu nehmen ist.
- Ein besonderes Augenmerk ist auf die Entwicklung des Konsums von Kokain und anderen stimulierenden Stoffen zu richten, welche die bisher erreichten Fortschritte im Bereich der Risikoverminderung gefährden könnte. Die Umfragen bei Drogenkonsumenten müssen in regelmässigen Abständen wiederholt und weitergeführt werden, damit die Entwicklung bezüglich Konsumverhalten, Risikoexpositionen und ihre Begleitumstände sowie Prävalenz von HIV und Hepatitis verfolgt werden kann.

13

Epidemiologie von HIV/Aids in der Schweiz

Seit 1987 hat sich die epidemiologische Situation von HIV-/Aids gründlich verändert. Die Kurve der **gemeldeten Aids-Fälle** hat im Jahr 1995 ihren höchsten Punkt erreicht (737 gemeldete Fälle). Seither beobachtet man eine erhebliche Verringerung der neuen Fälle, so wurden 1998 noch 428 Fälle gemeldet¹. Die durch Aids verursachte Sterbeziffer hat sich ebenfalls vermindert: War Aids im Jahr 1994 noch die zweithäufigste Todesursache bei den Männern zwischen 25 und 44 Jahren (nach den Unfällen), so lag sie im Jahr 1996 auf dem dritten Platz (hinter den Suiziden und den Unfällen). Dieser deutliche Rückgang ist vor allem auf die Anwendung von hochaktiven antiretroviralen Kombinationstherapien zurückzuführen, die den HIV-Infizierten angeboten werden, auch jenen, bei denen sich die Krankheit noch nicht manifestiert hat.

Die Zahl der **diagnostizierten HIV-Neuinfektionen** verzeichnet einen gleichmässigen Rückgang: von 2144 Fällen im Jahr 1991 auf 656 im Jahr 1998. Insgesamt wurden bis Ende 1998 23820 positive HIV-Testresultate gemeldet. Die Verminderung von Neuinfektionen ist vor allem den Präventionsbemühungen zu verdanken.

Die epidemische Situation der hat sich auch in **qualitativer** Hinsicht verändert²:

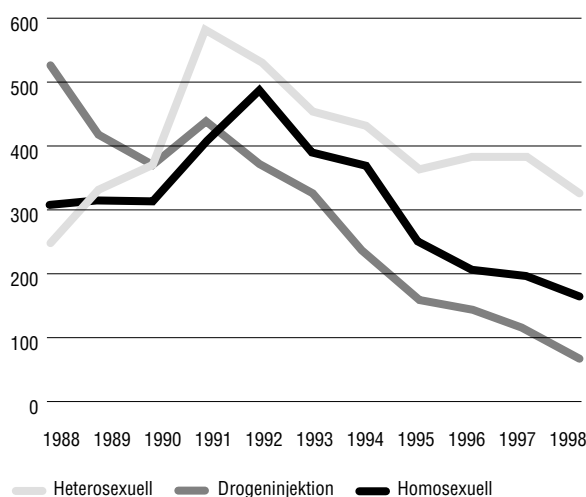
- Der Frauenanteil unter den neuen HIV-Fällen hat zugenommen: von 30 % im Jahr 1987 auf 37 % im Jahr 1997.

Die Anteile der verschiedenen Übertragungswege haben sich verschoben: Man verzeichnet:

- einen Rückgang des Anteils der Fälle, die auf eine Drogeninjektion zurückgehen von 55 % im Jahr 1987 auf 15 % im Jahr 1997;
- eine Stabilisierung bei denjenigen, die auf einen homosexuellen Kontakt zurückgehen 25 % im Jahr 1987 zu 26 % im Jahr 1997;
- eine Zunahme des prozentualen Anteils der Fälle, die auf einen heterosexuellen Kontakt zurückgehen von 18 % im Jahr 1987 auf 51 % im Jahr 1997.

Abbildung 13a

Geschätzte Anzahl neu diagnostizierter HIV-Infektionen nach den wichtigsten Übertragungswegen²



BAG, 1998

In der Kategorie der «heterosexuellen» Übertragung beobachtet man eine prozentuale Zunahme der Situationen, bei denen einer oder beide Partner aus einem Land stammen, in dem die heterosexuelle Übertragung überwiegt^a.

Doch ist zu beachten, dass die Neuinfektionen in absoluten Zahlen bei sämtlichen Übertragungsgruppen rückläufig sind (Abbildung 13a).

Der Anteil der neu diagnostizierten Fälle bei den 20-29-Jährigen verringert sich auf Kosten der 30-39-Jährigen, und zwar bei allen Übertragungswegen.

^a Hauptsächlich handelt es sich um afrikanische Länder.

Schlussfolgerungen

- Der Prävention ist es gelungen, die HIV-Neuinfektionen erheblich zu verringern (1998 waren es dreimal weniger als 1991). Man verzeichnet jedoch in der Schweiz noch immer täglich zwei neue Infektionsfälle.
- Trotz des Rückgangs der HIV-Neuinfektionen könnte die Zahl der Menschen, die mit HIV/Aids leben, aufgrund ihrer steigenden Lebenserwartung zunehmen.
- Die Wahrscheinlichkeit, infiziert zu werden, verschiebt sich auf die höheren Altersgruppen.
- In der Schweiz ist keine rasche Ausweitung der Epidemie in der heterosexuellen Bevölkerung zu verzeichnen. Die Übertragung auf heterosexuellem Weg hat sich zwar in absoluten Zahlen verringert, doch ist sie zum Hauptübertragungsweg geworden.

Empfehlungen

- Nebst der Weiterführung der bewährten Präventionsaktionen in der Gesamtbevölkerung muss man sich vergewissern, dass
- die Immigranten aus Ländern, in denen die heterosexuelle Übertragung vorherrschend ist, (zusammen mit ihren Partnern) Zugang zu geeigneten und genügenden Informationen über die Prävention und die Behandlung von HIV/Aids erhalten (Migrantenprogramm),
 - dass Erwachsenen über 30 Jahre – die sich weniger gut schützen als jüngere Menschen – die nötige Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Diskriminierung, Stigmatisierung

Über Aids gibt es eine Vielzahl von sozialen Vorstellungen, die der Ursprung bestimmter sozialer Einstellungen und Verhaltensweisen sein können: Dazu gehören unter anderem solidarische Haltung und solidarisches Verhalten, Diskriminierung oder Stigmatisierung/gesellschaftliche Ablehnung. Diese Einstellungen und Verhaltensweisen können auch Auswirkungen auf die Prävention haben. Der Aufruf zur Solidarität mit Menschen, die mit HIV leben, und die Bekämpfung von Diskriminierungen gehören daher zu den drei Grundpfeilern der schweizerischen Strategie zur Bekämpfung von Aids.

In diesem Abschnitt wird folgender Evaluationsfrage nachgegangen:

- Gibt es institutionelle Diskriminierungen gegenüber Menschen mit HIV in der Schweiz? In welchen Bereichen und in welcher Form zeigen sich diese Diskriminierungen?

Um Antworten auf diese Frage zu finden, haben wir folgende Quellen beigezogen:

- Die Daten aus einer 1997 erstellten Studie über die **institutionellen** Diskriminierungen im Zusammenhang mit HIV¹. In dieser Studie verwendete man ein von UNAIDS entwickeltes Protokoll, das erstmals in einem Industrieland getestet wurde.
- Besondere Module zur Diskriminierung und Stigmatisierung im Zusammenhang mit Aids aus anderen Umfragen, die regelmässig bei der Gesamtbevölkerung und bei Homosexuellen durchgeführt werden.

Institutionelle Diskriminierungen gegenüber Menschen mit HIV in der Schweiz

Die Studie führte man in den Kantonen Waadt und Genf durch, die als regionale Einheit erachtet wurden und die über eine langjährige Erfahrung mit der Epidemie verfügen.

Zur Begriffsbestimmung der Diskriminierung entschied man sich für eine juristische Definition: Als Diskriminierung gelten demnach «alle Massnahmen, die eine willkürliche Unterscheidung von Personen aufgrund ihres (bestätigten oder vermuteten) HIV-Status oder ihres Gesundheitszustands einschliessen». Eine Massnahme wurde demnach als diskriminierend beurteilt, wenn sie **spezifisch mit HIV/Aids zusammenhing** (und nicht noch mit anderen Krankheiten) und **willkürlich** war (Fehlen einer vernünftigen Rechtfertigung).

Für die Recherchen nach institutioneller Diskriminierung zog man folgende Quellen heran: **Gesetzestexte, schriftliche interne** Vorschriften (zum Beispiel Anstellungsbestimmungen in einem Betrieb) sowie **die gängigen oder empfohlenen Praktiken** in den Institutionen.

Die Stigmatisierung oder Diskriminierung durch Einzelpersonen (zum Beispiel die Ablehnung eines Kranken durch seine Familie) wurde in dieser Studie nicht berücksichtigt. **Es wurde ausschliesslich die durch öffentliche und private Institutionen (Staat, Krankenhaus/Pflegedienst, Schule usw.) ausgeübte Diskriminierung erfasst.**

Man untersuchte 35 Situationen in 9 wichtigen Dimensionen des Soziallebens: Gesundheit, Erwerbsleben, Justiz/Gerichtsverfahren, Verwaltung (Gefängnisse, Militär- oder Zivildienst, Polizei, Aufnahme/Aufenthalt), Sozialhilfe, Sozialwohnungen, Bildungswesen, Familienleben, Versicherungen (Tab. 14a).

Für die Studie sind einige strikte Regeln aufgesetzt worden. Als Referenzperiode für die Bestätigung, dass eine aktuelle institutionelle Diskriminierung vorlag, wurde ein Zeitraum von zwei Jahren festgelegt (1996-1997). Lediglich die erwiesenen Fälle wurden aufgenommen. Dagegen genügte ein einziger Fall von institutioneller Diskriminierung, um die Situation als diskriminierend einzustufen. Auch verpflichtete man sich, die Anonymität der Informanten zu wahren und die Daten vertraulich zu behandeln.

Die betreffenden Amtsstellen der beiden Kantone erklärten sich bereit, die Studie zu unterstützen, was in der Folge die Kontaktaufnahme mit den Behörden und Institutionen erleichtert hat.

Einige Aspekte des psychosozialen Umfelds

Tabelle 14a

Liste der 35 als diskriminierend eingestuften Situationen, die einer Überprüfung unterzogen wurden

I. Gesundheit
1. Eingeschränkte Versorgung mit Pflegeleistungen : verweigerte oder ungleiche Behandlung aufgrund des HIV-Status
2. Eingeschränkte Versorgung mit Pflegeleistungen im Zusammenhang mit den Vorbehalten seitens Kassen/Versicherungen
3. Namentliche routinemässige Tests ohne Zustimmung in klinischen Situationen ; fehlender medizinischer Datenschutz
4. Namentliche routinemässige Tests ohne Zustimmung in nichtklinischen Situationen ; fehlender Datenschutz
5. Gesundheitskontrolle, Quarantäne, obligatorische Internierung, Isolierung in den Spitälern.
6. Obligatorische Benachrichtigung des Partners oder der Familie über den Serostatus.
7. Ohne Einwilligung vorgenommene Tests ; Weigerung, das Ergebnis dem Patienten bekanntzugeben
8. Entlassung von Fachleuten oder Änderung ihrer Arbeitsbedingungen aufgrund von HIV
II. Erwerbsleben
9. Obligatorischer Test bei der Anstellung oder während der Beschäftigung
10. Fragen zu HIV-Status oder Lebensstil in Formularen oder bei Bewerbungsgesprächen.
11. Missachtung der Schweigepflicht
12. Entlassung oder Änderung der Arbeitsbedingungen aufgrund des Serostatus.
13. Ungerechtfertigte Benachteiligungen aufgrund des HIV-Status im Zusammenhang mit der Beförderung, dem Arbeitsplatz/-ort, den beruflichen Leistungen/Vergünstigungen
III. Justiz/Gerichtsverfahren
14. Kriminalisierung eines Verhaltens, bei dem angenommen wird, dass es die Verbreitung des HI-Virus begünstigt (zum Beispiel Prostitution oder Homosexualität)
15. Ungleiche gesetzliche Behandlung von Gruppen, die im Zusammenhang mit HIV als « Risikogruppen » angesehen werden
16. Erschwerung gesetzlicher Massnahmen im Zusammenhang mit der Diskriminierung (Furcht vor dem öffentlichen Charakter der Klage, vor dem Eingriff ins Privatleben, vor den langen Fristen).
17. Unterschiedliche Entscheidung und/oder Verurteilung aufgrund des tatsächlichen oder vermuteten Status als HIV-Träger
IV. Verwaltung : Gefängnisse
18. Obligatorischer Test beim Eintritt, während der Internierung und bei der Entlassung aus dem Gefängnis
19. Spezielle Haftbedingungen aufgrund des HIV-Status (Plazierung, Gewährung bestimmter Aktivitäten/Privilegien, Ausgänge, bedingte Freiheit, Straferlass, unbewilligte Besuche)
20. Eingeschränkte Versorgung mit Pflegeleistungen
Militär- oder Zivilschutzdienst, Polizei
21. Obligatorischer Test bei der Rekrutierung oder während der Beschäftigung
22. Entlassung oder ungerechtfertigte Änderung der Anstellungsbedingungen aufgrund des Serostatus
23. Missachtung der Schweigepflicht, Einschränkungen bei den Versicherungen
Aufnahme/Aufenthalt
24. Obligatorischer Test, Angabe des Status, Nachweis der HIV-Negativität als Aufnahme-, Aufenthaltsbedingung oder als Voraussetzung für den freien Personenverkehr
25. Ausweisung aufgrund des HIV-Status ohne angemessene Verfahren
V. Sozialhilfe
26. Verweigerung oder Einschränkung von Leistungen
VI. Sozialwohnungen
27. Obligatorischer Test, Angabe des Status, Nachweis der HIV-Negativität als Voraussetzung, um eine Wohnung zu erhalten oder zu behalten
VII. Bildungswesen
28. Verweigerung der Aufnahme in Bildungseinrichtungen oder auferlegte Einschränkungen aufgrund des HIV-Status
29. Verweigerung einer Stelle im Unterricht oder Kündigung des Anstellungsvertrags aufgrund des HIV-Status
VIII. Familienleben
30. Obligatorischer Test vor der Eheschliessung
31. Obligatorischer vorgeburtlicher Test
32. Obligatorische Abtreibung bei oder Sterilisation von HIV-positiven Frauen
33. Zurückziehen oder Änderung der Bedingungen für die Ausübung der elterlichen Gewalt, des Erbfolgerechts aufgrund des HIV-Status
IX. Versicherungen
34. Beitrittsbeschränkungen oder eingeschränkter Anspruch auf Leistungen der Sozialversicherungen oder der nationalen Versicherungen aufgrund des HIV-Status (zum Beispiel Krankenversicherung, Ergänzungsleistungen, AHV/IV, SUVA)
35. Vorbehalte für den Abschluss einer Lebensversicherung oder einer anderen Art von Versicherung aufgrund des HIV-Status oder der Zugehörigkeit zu einer sogenannten « HIV-Risikogruppe »

Für die Umsetzung der Studie wurde ein interdisziplinäres Team mit 16 Personen gebildet (Juristen, Mitglieder von Vereinigungen, die im Bereich Aids aktiv sind, Beauftragte für staatliche Aidsbekämpfungsprogramme sowie Fachkräfte aus dem Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen^a). Die Zuständigkeit für die Datenerhebung wurde innerhalb des Teams aufgeteilt, wobei zwei Forscher für die Koordination sorgten.

In einer ersten Phase erstellten die im Bereich Aids tätigen Vereinigungen ein kurzes Verzeichnis über die Diskriminierungsfälle, von denen sie Kenntnis erhalten hatten. Dadurch konnte man die Bereiche bestimmen, bei denen von vornherein eine eingehendere Nachforschung erforderlich war (dies war in den Bereichen des Erwerbslebens, der Gesundheit, der Familie und der Versicherungen der Fall).

Anschliessend wurden über 200 Gespräche mit Informanten und Experten geführt, die sämtliche relevante Bereiche abdeckten. Zudem wurden zahlreiche Unterlagen gesammelt (z. B. Bewerbungs- oder Versicherungsfragebögen).

Parallel dazu rief man über Vereinigungen, Behandlungszentren, Fachkräfte aus einschlägigen Berufskreisen und über eine Internet-Homepage usw. dazu auf, Zeugenberichte über Diskriminierungsfälle einzusenden. Weitere Betroffene konnten über das Beziehungsnetz der Mitglieder der Arbeitsgruppe gefunden werden. Auf diese Weise kamen 31 Zeugenberichte zusammen.

Bei einem **Abschlussmeeting** mit dem interdisziplinären Team wurden die gesammelten Daten sorgfältig ausgewertet, um nach gemeinsamer Absprache zu entscheiden, ob in den jeweiligen Bereichen ein Fall von institutioneller Diskriminierung vorlag oder nicht.

Ergebnisse

In den Gesetzen und Vorschriften wurde zu den im UNAIDS-Protokoll gestellten Fragen kein einziger Fall von Diskriminierung gefunden.

Eine diskriminierende Situation in der Praxis wurde festgestellt, und zwar in einer stationären

Einrichtung im Gesundheitswesen (namentlicher routinemässiger Test ohne Zustimmung, Frage 3).

Bei drei weiteren Situationen konnte nicht definitiv bekräftigt oder entkräftet werden, ob eine Diskriminierung in der Praxis vorlag: Im Gesundheitswesen für den Test ohne Zustimmung, im Erwerbsbereich bezüglich der Entlassung aufgrund des Serostatus und bei den Lebensversicherungen und vergleichbaren privaten Versicherungen^b.

Bei diesen Situationen sind entweder:

- in der Vergangenheit Fälle – wenn auch selten – aufgetreten, und es liess sich nicht mit Sicherheit beweisen, dass die Praktik gänzlich verschwunden ist oder dass es sich wirklich um eine institutionelle Diskriminierung gehandelt hat (Entlassungen, Frage 12);
- oder es bestehen gegenwärtig Praktiken, bei denen sich jedoch der institutionelle Aspekt nicht beweisen lässt (Test ohne Zustimmung, Frage 7);
- oder es existieren Einschränkungen, doch lässt sich nicht endgültig feststellen, ob es die Betroffenen mit HIV schwerer haben als Personen mit einer vergleichbaren Krankheit (etwa für den Abschluss einer Versicherung, doch diese Einschränkungen werden auch bei anderen Krankheiten mit kurz- bis mittelfristigem Vorbehalt auferlegt, Frage 35).

Die Arbeitsgruppe befand zudem **zwei weitere Situationen**, die nicht im UNAIDS-Protokoll aufgeführt sind, **als diskriminierend:** Die Kriminalisierung der Übertragung der Krankheit sowie Einschränkungen für die Gewährung eines Bankkredits. In diesen beiden Situationen erfolgt bei HIV/Aids eine nachteilige Sonderbehandlung.

Hingegen konnte man feststellen, dass bei den Praktiken gegenüber den ersten Jahren der Epidemie eine **positive Entwicklung** stattgefunden hat (z.B. der Verzicht auf Routinetests im Gefängnis). Zudem

^a Wir danken ganz herzlich allen, die an dieser Studie mitgearbeitet haben: Marina Alberti, Sylvie Aubin, Christine Bally, Stefan Brauchli, Stéphanie Chatelain, Anne Chollet-Bornand, Claire Henny, Florian Hübner, Olivier Ischer, Kim Kellner Ali, Yvan Muller, Sylvie Ramel, Immanuel Weber, Monique Weber Jobé, Claude-François Robert, Miguel Sanchez und Delphine Spohn.

^b z. B. die Erwerbsausfallversicherung.

berichteten mehrere Personen, sie hätten eine « positive Diskriminierung » erlebt (so hat zum Beispiel ein Chef, dem ein Angestellter seine HIV-Infektion mitteilte, diesen von einer Kündigung verschont, als in der Firma eine beträchtliche Anzahl Arbeitsplätze gestrichen wurden).

Allerdings kam bei der Studie auch heraus, dass immer noch **individuelle Diskriminierungen und Stigmatisierungen** auftreten. Es wurden Situationen aufgedeckt, wo trotz entsprechender gegenteiliger Empfehlungen eine Diskriminierung durch Einzelpersonen ausgeübt wurde (Tests ohne Zustimmung, ungerechtfertigte Kündigungen, Mobbing). Zeugen berichteten von stigmatisierenden Einstellungen ihnen gegenüber.

Die Studie hat bestätigt, dass Aids oftmals **bestehende Probleme blosslegt, die keinen speziellen Zusammenhang mit HIV/Aids haben:**

- Negative Praktiken, die nicht nur bei HIV/Aids in Erscheinung treten, sondern auch bei anderen Krankheiten (mangelnder Datenschutz in mehreren Bereichen, Probleme mit Untersuchungen, die ohne wirklich informierte Zustimmung oder ohne angemessene Beratung durchgeführt werden usw.);
- Ungenügender Sozialschutz im Falle von schweren oder chronischen Krankheiten im Allgemeinen

Tabelle 14b

Wahrnehmungen im Zusammenhang mit Diskriminierung, Stigmatisierung und Solidarität, Homo-Bisexuelle, 1992-1997 (Anteil positiver Antworten in %)

	1992 n = 934	1994 n = 1195	1997 n = 1097
Menschen mit HIV können auf das Arztgeheimnis vertrauen.	73 ± 3	74 ± 2	72 ± 3
Um Diskriminierungen zu vermeiden, tut ein HIV-Infizierter gut daran, seinen Befund für sich zu behalten.	72 ± 3	65 ± 3	67 ± 3
Arbeitgeber oder Versicherungen lassen den Test machen, ohne dass man davon erfährt.	39 ± 3	37 ± 3	*
Auch unter Homosexuellen werden HIV-Infizierte manchmal als Aussenseiter behandelt.	72 ± 3	66 ± 3	67 ± 3
In den vergangenen Jahren hat die Gewalt gegen Homosexuelle zugenommen.	69 ± 3	60 ± 2	40 ± 3
Unter dem Vorwand von Aids werden gewisse missbräuchliche Polizeipraktiken eingeführt.	31 ± 3	18 ± 2	*
Die Aids-Gefahr verstärkt die Solidarität unter Homosexuellen.	58 ± 3	60 ± 2	57 ± 3

* Diese Frage wurde 1997 nicht gestellt.

(Kündigung innerhalb der gesetzlichen Fristen infolge Krankheit, Schwierigkeiten mit den Pensionskassen, Restriktionen der Privatversicherungen mit gravierenden finanziellen Folgeproblemen für Personen, die an einer Krankheit leiden);

- Stigmatisierung und Diskriminierung von Personengruppen unabhängig vom Problem HIV: u.a. MigrantInnen, Drogenkonsumenten, Homosexuelle.

Diskriminierung, Stigmatisierung: Ergebnisse aus anderen Studien

Die Daten aus wiederholten Umfragen bei Homo-/Bisexuellen geben zusätzlich Aufschluss darüber, wie in dieser Population die Gefahr von Diskriminierung oder das Bekunden von Solidarität wahrgenommen wird.

Man stellt fest, dass das Vertrauen überwiegt, aber weiterhin ein gewisses Unbehagen besteht, bei dem es eher um Solidarität bzw. Diskriminierung geht. Die wahrgenommene Gewalttätigkeit scheint rückläufig zu sein.

Ein Vergleich zwischen HIV-Positiven und HIV-Negativen zeigt, dass sich Menschen mit HIV stärker auf das Arztgeheimnis verlassen. Dagegen finden sich unter ihnen mehr Personen, die der Ansicht sind, dass man seine Diagnose besser für sich behalten sollte und dass HIV-Infizierte in Homosexuellen-Kreisen manchmal als Aussenseiter behandelt werden.

Sich in seinem Umfeld als HIV-Positiver zu erkennen zu geben, sofern man dies wünscht, scheint derzeit etwas leichter zu fallen: 1997 haben 89 % der HIV-infizierten Homo-/Bisexuellen ihren Partner über ihre Situation aufgeklärt (1994: 85 %), 75 % haben ihre Freunde informiert (75 %), 61 % ihre Familienangehörigen (55 %) und 42 % ihre Arbeitskollegen (32 %).

Aus den bei Verhaltensumfragen in der Allgemeinbevölkerung gesammelten Daten ist ersichtlich, dass den HIV-infizierten Menschen vermehrt zugetraut wird, andere vor einer Ansteckung zu schützen. Der Anteil der Befragten aus der Altersgruppe 17-45, die bejahen, dass « gut informierte Menschen mit HIV Vorkehrungen treffen, um keine anderen anzustecken » hat von 82 % im Jahr 1990 auf 88 % im Jahr 1997 zugenommen.

Schlussfolgerungen

- Von den 35 aufgelisteten Situationen, die auf eine institutionelle Diskriminierung geprüft werden mussten, erwies sich lediglich eine einzige als tatsächlich diskriminierend in der Praxis. Drei Fälle sind zweifelhaft. Zudem wurden zwei weitere diskriminierende Situationen festgestellt, die nicht im Protokoll vorgesehen waren. Dass institutionelle Diskriminierungen selten auftreten, ist sicherlich der Politik des Bundes und der Kantone zu verdanken, die stark auf die Solidarität mit den Betroffenen ausgerichtet ist.
- In folgenden Bereichen liegt eine institutionelle Diskriminierung oder eine nachteilige Praktik vor, die aber nicht HIV/Aids-spezifisch ist (d. h. die auch andere Krankheiten betrifft):
 - Sozialschutz (Versicherungen, Kündigungsschutz)
 - Datenschutz
 - informierte Zustimmung des Patienten.
- Diese Probleme, die den Sozialschutz im Allgemeinen und den medizinischen Bereich im Besonderen betreffen, erfordern eine umfassende soziale Lösung.
- Es gibt weiterhin Fälle von Diskriminierungen und Stigmatisierungen, die durch Einzelpersonen ausgeübt werden.

Empfehlungen

- Solidaritätskampagnen und/oder Kampagnen gegen die Diskriminierung sind regelmässig weiterzuführen, um ein Klima zu fördern, dass keine Diskriminierungen aufkommen lässt.
- Die öffentlichen und privaten Institutionen müssen folglich ermuntert werden, sich explizit für eine Politik der Nichtdiskriminierung auszusprechen.
- Das BAG, die Kantone und die Organisationen, die sich für die Bekämpfung von Aids einsetzen, müssen in Verbindung mit anderen interessierten Gruppierungen (Patientenorganisationen, Berufsverbänden von Gesundheitsfachleuten, Juristen usw.) aktiv werden, damit in jenen Bereichen, wo institutionelle Diskriminierungen oder nachteilige Praktiken bestehen – unabhängig ob diese spezifisch mit Aids zusammenhängen oder nicht – entsprechende Gegenmassnahmen getroffen werden.
- Für problematische Situationen muss ein Monitoring eingerichtet werden.
- In den Bereichen, wo bisher keine Diskriminierung und Stigmatisierung festgestellt wurde, darf die Wachsamkeit nicht nachlassen. Organisationen wie Behörden sollten ihre Klienten ermuntern, Diskriminierungen, die sie beobachtet oder erlebt haben, zu melden. Sie sollten zudem eine aktive Hilfspolitik betreiben für Personen, die besonders anfällig für Diskriminierungen sind (gezielte Hilfs- und Beratungsstrukturen).
- Bei der Evaluation der institutionellen Diskriminierung sollten auch Fragen hinsichtlich Bankkrediten und der Kriminalisierung der HIV-Übertragung einbezogen werden.

15

Neue Therapien gegen Aids : Erste Folgen für die Prävention in der Bevölkerung

Seit 1996 stehen neue, wirksamere Medikamente zur Behandlung von Aids (Proteasehemmer) zur Verfügung. Angesichts dieser medizinischen Erfolge, über die in den Medien ausführlich berichtet wurde, begann man allerdings für die Aids-Prävention zu befürchten, dass nun das Risiko einer nachlassenden individuellen Präventionsbereitschaft entstehen könnte. Zur Abklärung dieser Frage wurden in der telefonischen Umfrage von Oktober 1997 über die Aids-Prävention in der Gesamtbevölkerung und in der Fragebogen-Erhebung bei den Homosexuellen vom Frühjahr 1997 eine Reihe von Fragen zu den Kenntnissen über diese neuen Therapien und deren mögliche Folgen für das Präventionsverhalten gestellt ^{1,2}. Die allfälligen Folgen versuchte man auf zwei Arten zu erfassen, um sowohl die Verhaltensänderungen, die die Person für sich selbst in Betracht zieht, wie auch jene, die sie bei den anderen erwartet (bei der Studie in diesem Milieu bezieht sich das in der Regel auf Homosexuelle).

Kenntnis von der Existenz neuer Therapien

Dreissig Prozent der schweizerischen Bevölkerung zwischen 17 und 45 Jahren haben von den neuen Therapien gehört, 7 % sind sich nicht sicher und 63 % haben nichts davon erfahren. Diese Proportionen sind bei Männern und Frauen, bei den jungen Menschen (17-30 Jahre) und bei den älteren Menschen (31-45 Jahre) etwa vergleichbar. Betrachtet man jedoch die verschiedenen Untergruppen, treten grössere Unterschiede zu Tage: Von den Personen mit Primarschulbildung haben 22 % von diesen neuen Therapien gehört, bei den Personen mit Mittelschule sind es 29 % und bei jenen mit akademischer Bildung 47 % ; in der Deutschschweiz sind 24 % informiert, in der Romandie 51 % und im Tessin 17 %.

Bei Homosexuellen ist der Anteil der Personen, die von den neuen Therapien gehört haben, höher als in der Gesamtbevölkerung : 70 % haben davon gehört, 23 % haben nichts davon erfahren (bei 7 % dieser Bevölkerungsgruppe hat man zu dieser Frage keine Angabe).

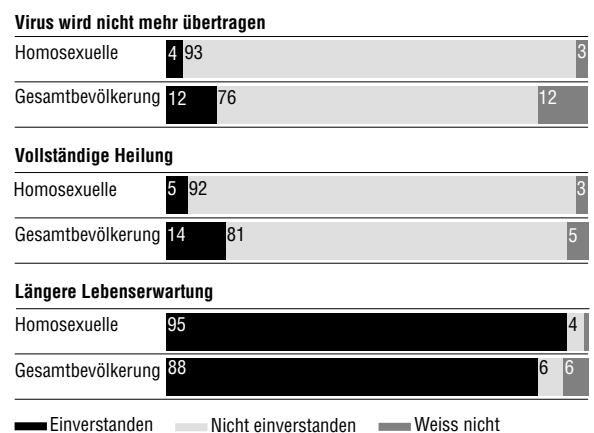
Kenntnis der Besonderheiten der neuen Therapien

Sowohl in der Gesamtbevölkerung wie bei den Homosexuellen ist eine grosse Mehrheit der Befragten, die von den neuen Therapien gehört haben, auch über deren Besonderheiten informiert (Abbildung 15a).

Was das Wissen über die Verlängerung der Lebenserwartung und die Heilchancen betrifft, so bestehen in der Gesamtbevölkerung keine signifikante oder grössere Unterschiede nach Alter, Geschlecht, Bildungsniveau und Sprachregion. Bezüglich der Übertragung wissen dagegen die Personen mit geringerer Schulbildung deutlich weniger Bescheid : 21 % der Personen mit Primarschulbildung geben an, nicht Bescheid zu wissen (bei den Akademikern sind es 11 %) und 24 % glauben, dass die behandelten HIV-Positiven das Aids-Virus nicht mehr übertragen (gegenüber 7 % bei den Akademikern).

Abbildung 15a

Kenntnis der Besonderheiten der neuen Therapien bei den Personen, die davon gehört haben : in der Gesamtbevölkerung (n = 1055) und bei Homosexuellen (n = 735)



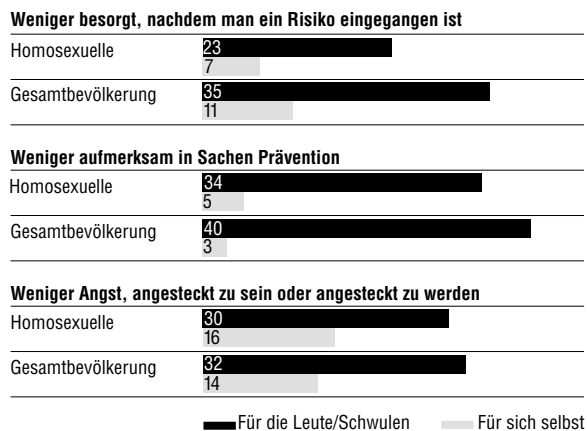
■ Einverstanden □ Nicht einverstanden ▒ Weiss nicht

Vermutete Folgen der neuen Therapien für die Aids-Prävention

Eine Reihe von Fragen befasste sich mit einigen möglichen Folgen der neuen Therapien für die Aids-Prävention, und zwar für die « betreffende Person selbst » und für die « anderen » (Abbildung 15b).

Abbildung 15b

Folgen der neuen Therapien für die Prävention nach Einschätzung der Personen, die von diesen Therapien gehört haben. Anteile (%) der Personen, die sich in der Gesamtbevölkerung (n = 1055) und bei den Homosexuellen (n = 745) für sich selbst und für die anderen mit den betreffenden Aussagen einverstanden erklären:



Nur eine kleine Minderheit glaubt, dass diese Therapien ihre Einstellungen und Verhaltensweisen bezüglich der Aids-Prävention beeinflussen würden und **fast niemand bekennt, er/sie würde weniger auf die Prävention achten. Bei den Einstellungen und Verhaltensweisen, die den anderen zugeschrieben werden, erwartet hingegen eine bedeutend grössere Minderheit eine nachlassende Präventionsbereitschaft**, und zwar sowohl in der Gesamtbevölkerung wie unter den Homosexuellen.

Bei einigen dieser vermuteten Folgen für die Prävention stellt man zwischen den Untergruppen der Gesamtbevölkerung Unterschiede fest. Bezüglich der « Allgemeinheit » sind die Unterschiede zwischen den Sprachregionen auffallend: Die Verringerung der Angst vor einer Ansteckung, das Nachlassen

der Aufmerksamkeit in Sachen Prävention und der Besorgnis, nachdem man eine Risikosituation erlebt hat, ist in der Deutschschweiz regelmässig und deutlich stärker ausgeprägt. So glauben 49 % der in der Deutschschweiz lebenden Befragten, dass die Aufmerksamkeit, die die anderen der Prävention schenken, nachlassen wird, gegenüber 32 % im Tessin und 27 % in der Romandie. Die älteren Personen glauben ebenfalls vermehrt daran, dass die anderen Leute der Prävention weniger Beachtung schenken werden oder weniger Angst haben werden, angesteckt zu sein oder angesteckt zu werden.

Für « sich selbst » scheint die Verringerung der Angst vor einer Ansteckung mit der Schulbildung zusammenzuhängen (bei den weniger gebildeten Personen wird dieser Punkt von 27 % genannt, bei den Personen mit Mittelschule von 14 % und bei den Akademikern von 9 %). In der Deutschschweiz nimmt die Besorgnis nach einer Risikoexposition etwas stärker ab.

Vergleiche mit dem Ausland

Ende 1997 wurden beim Wissensstand über die Existenz neuer Therapien in der Gesamtbevölkerung der untersuchten Länder beträchtliche Unterschiede festgestellt^{1,2}: 22 % in Deutschland, 25 % in Norwegen und 67 % in Frankreich. Dazu hat vermutlich die unterschiedliche Behandlung dieses Themas in den Medien beigetragen. Ebenso wie in der Schweiz hängt auch in diesen Ländern der Kenntnisgradient mit der Schulbildung zusammen. Bei denen, die über das Vorhandensein neuer Therapien Bescheid wissen, ist der Kenntnisstand etwa mit dem in der Schweiz vergleichbar.

Auch in diesen Ländern glaubt nur eine geringe Minderheit, dass die neuen Therapien ihre Verhaltensweisen in Sachen Aids-Prävention beeinflussen werden. Eine grössere Minderheit ist jedoch der Meinung, dass das Verhalten der Leute im allgemeinen davon betroffen werden könnte. Diese Ansichten sind, ebenso wie in der Schweiz, in den Gesellschaftsschichten mit niedrigerem Bildungsniveau häufiger anzutreffen.

Schlussfolgerungen

- Die neuen Therapien gegen Aids haben anscheinend insgesamt keine übertriebenen Hoffnungen geweckt und vermochten auch nicht, die persönlichen Einstellungen der Leute gegenüber der Prävention entscheidend zu ändern. Man bemerkt jedoch, dass in der Bevölkerung die diffuse Vorstellung von einem Nachlassen der Wachsamkeit aufkommt, die der Vorläufer einer sinkenden Präventionsbereitschaft sein könnte.
- Man hat jedoch, zumindest bis jetzt, in den diversen Evaluationsstudien keine Änderung des Schutzverhaltens beobachtet.

Empfehlungen

- Zu erwägen ist die Wiederholung^a der Botschaft in der STOP-AIDS-Kampagne, dass die neuen Therapien nichts an der Notwendigkeit der Prävention ändern. Diese Botschaft sollte zudem in sämtlichen Mitteilungen über die Therapien in Erinnerung gerufen werden.
- Die Beobachtung der Einstellungen und Verhaltensweisen bezüglich der Prävention in der Gesamtbevölkerung muss weitergeführt werden.

^a In einer der Kampagnen von 1997 wurde diese Botschaft bereits verbreitet.

16

Die Sexualität der Menschen mit HIV/Aids

Eine erhebliche Zahl von Menschen leben mit HIV/Aids. Dank den therapeutischen Fortschritten ist die Serokonversion nicht mehr mit der Prognose eines kurz- oder mittelfristig zu erwartenden Todes verbunden. Sie bedeutet eher eine dauerhafte Statusänderung. Infizierte Menschen kommen zudem länger in den Genuss eines Gesundheitszustands, der ihnen ein aktives Sexualleben sowie ein Paar- oder gar Familienleben erlaubt.

1997 wurde eine Studie¹ erstellt, die folgende drei Evaluationsfragen beantworten sollte:

- Welche Probleme mit der Sexualität haben Menschen mit HIV?
- Wie äussern sich diese Probleme? Welchen Einfluss haben sie auf die Prävention der HIV-Übertragung?
- Wie lässt sich ein besser angepasstes Betreuungskonzept für Menschen mit HIV/Aids ausarbeiten, in welchem diese sexuellen Erfahrungen berücksichtigt werden?

Die Studie besteht aus einer Literaturanalyse sowie zwei Interview-Serien, die eine mit Berufsleuten^a, die auf dem Gebiet von HIV/Aids tätig sind (n = 19), die andere mit Menschen, die mit HIV leben (n = 25). In diesem zweiten Kollektiv sind Frauen und Männern jedwelter sexueller Orientierung vertreten, die verschiedenen Altersgruppen angehören, verschiedene Entwicklungsstadien der Infektion aufweisen, einzeln oder in einer Paarbeziehung leben, solche, die Kinder haben, und solche, die kinderlos sind. Bei den in der Romandie und in der Deutschschweiz geführten

ausführlichen Interviews wurden verschiedene Themen rund um das Sexual- und Gefühlsleben angesprochen: Selbstwahrnehmung (Selbstbild und Körpergefühl), Lust, Partnersuche, Liebe, sexuelle Aktivität (Praktiken, Schutz, Häufigkeit), Befriedigung, Beziehungen mit den Partnern und Kinderwunsch sowie eine geplante Mutter-/Vaterschaft.

Die durchgesehene Literatur behandelt ganz allgemein die Sexualität von Menschen mit HIV/Aids, in erster Linie unter dem Gesichtspunkt der Verhaltensweisen und des Schutzes². Bezüglich der Frage, wie diese Menschen ihre HIV-Positivität im Alltag leben, welche Zwänge diese ihnen auferlegt und welche Reaktionen diese bei ihren Partnern auslöst, sind kaum Informationen verfügbar. Die in Berufskreisen gesammelten Informationen dienten vorwiegend dazu, Anhaltspunkte zu liefern und die Gespräche mit den HIV-infizierten Menschen vorzubereiten. Im Folgenden werden lediglich jene Informationen präsentiert, die bei den Interviews mit den Infizierten gesammelt wurden.

In welcher Form und wie heftig sich die HIV-Infektion auf die Sexualität auswirkt, wird durch mehrere Faktoren bestimmt: vor allem die Geschichte der Epidemie (jeder individuelle Lebenslauf entspricht einem bestimmten Moment dieser Geschichte), der individuelle Verlauf der Infektion (Krankheitsstadium, auf das sich diese oder jene Äusserung bezieht) sowie die Beziehungssituation der HIV-Infizierten. Zudem machen sich die Auswirkungen der HIV-Infektion in mehreren sexualitätsbezogenen Bereichen bemerkbar: Sie hat eine psychologische Wirkung (sie entwickelt sich zu einem Aspekt der Identität des Menschen), eine somatische Wirkung (Folge der Infektion und der Therapien), eine soziale Wirkung (sie fügt sich ein in ein Netz von Vorstellungen und sozialen Werten, die die Einstellungen und das Verhalten der Bevölkerung gegenüber den Infizierten bestimmt, aber auch im Bereich der Sexualität im Allgemeinen) und auch eine Wirkung auf das Verhalten (sie erfordert das Ergreifen von Schutzmassnahmen).

Bei Menschen, die HIV-positiv werden, **ändert sich das Bild, das sie selber von sich haben, erheblich**. Die meisten HIV-Infizierten empfinden einen Verlust von Selbstachtung und haben das Gefühl, sie seien schmutzig und gefährlich geworden. Sie denken,

^a Ärzte (privat praktizierende oder Spitalärzte), Pflegepersonal in den Universitätsspitalern oder bei einer Drogenbetreuungseinrichtung, Psychotherapeuten, die in einer Privatpraxis oder bei Vereinigungen arbeiten, Aids-Pfarrer, Angestellte von Vereinen, Führungskräfte von stationären Betreuungseinrichtungen für Menschen mit Aids.

dass sie es nicht wert sind, geliebt zu werden. Für die Menschen, die in den ersten Jahren der Epidemie infiziert worden sind, stellte sich mit der Serokonversion auch das Problem des kurzfristigen Überlebens.

Die Änderungen des Selbstbilds werden in der Regel von depressiven Reaktionen begleitet, wobei es häufig zu einem vorübergehenden Verzicht auf jegliche sexuelle Aktivität oder auf neue Liebesbeziehungen kommt. Sie treten im Zeitabschnitt, der unmittelbar auf die Bekanntgabe der Serokonversion folgt, gehäuft auf, machen sich hingegen in der symptomfreien Phase der Infektion tendenziell weniger bemerkbar. Sie manifestieren sich jedoch erneut stark beim Auftreten der ersten sichtbaren Krankheitszeichen.

Diese fast einstimmig berichteten Änderungen des Selbstbilds sind unabhängig von der Art der Beziehung, in der die HIV-positive Person lebt (feste Partnerschaft oder auf Partnersuche). Sie deuten weitgehend auf die soziale Bedeutung von HIV/Aids hin: Die Bekanntgabe des positiven HIV-Befunds regt den betreffenden Menschen an, sich selber in Bezug auf die sozialen Vorstellungen über die Epidemie und in Bezug auf die dadurch verursachten Normenverletzungen im Bereich des Liebesleben neu zu definieren. Die Verschlechterung der Selbstachtung, die mit dem Auftreten von sichtbaren Symptomen einhergeht, lässt im übrigen die Realität der Infektion durchblicken.

Die **somatischen Schädigungen durch die Krankheit** (sowie die Nebenwirkungen der Behandlungen) beeinträchtigen die sexuelle Aktivität. Sie erweisen sich zudem ebenso sehr als sichtbare « Stigmas », die die HIV-Positivität des infizierten Menschen seinen allfälligen Partnern verraten könnten. Sie steigern die Wahrscheinlichkeit, zurückgewiesen zu werden, und erschweren auf diese Weise das Eingehen einer neuen sexuellen Beziehung.

Für Menschen, die in einer festen Partnerschaft leben, erfordern die somatischen und funktionellen Schädigungen oft die Suche nach einer Alternative zu den Sexualkontakten – so werden diese beispielsweise durch « blosse » Zärtlichkeiten ersetzt. HIV-Infizierte empfinden die Einschränkung ihrer sexuellen Fähigkeiten und den Verzicht auf Lustpraktiken, beides bedingt durch Schwäche, Schmerzen und Unwohlsein,

als belastend. Im übrigen sind sie sich der Frustrationen bewusst, die sie den anderen bereiten. Das löst bei ihnen Schuldgefühle aus, die sie veranlassen können, ihre eigenen Wünsche zu unterdrücken und statt dessen die Befriedigung ihres Partners in den Vordergrund zu stellen. Für Betroffene ohne festen Partner kann die Furcht vor einer Zurückweisung, wenn sie aufgrund der sichtbaren Krankheitszeichen als HIV-infiziert erkannt worden sind, bewirken, dass sie ganz auf die Partnersuche verzichten oder Beziehungen mit anderen Infizierten vorziehen.

Dadurch, dass die neuen Therapien die Symptome wirkungsvoll bekämpften und den Allgemeinzustand der Betroffenen deutlich verbessert haben, sahen sich etliche HIV-positive Menschen genötigt, ihre Perspektiven und besonders ihre sexuellen Erwartungen gründlich zu überdenken. Mehrere von ihnen berichten, wie schwierig es für sie ist, den ihnen gewährten « Aufschub zu bewältigen ». Einige weisen zudem auf die Kluft hin, die zwischen ihrem Wunsch, ihre Sexualität wie früher zu leben, und den trotz allem eingeschränkten Fähigkeiten ihres Organismus besteht, eine Situation, die schwer zu verkraftende Frustgefühle erzeugt.

Infizierte, die auf der Suche nach einem neuen Partner sind, haben oftmals auf **ablehnende Reaktionen** hingewiesen, die sie von eventuellen neuen seronegativen Partnern erfahren haben. Zum Teil beziehen sich ihre Aussagen auf ganz konkrete Erlebnisse. Aber vor allem lassen sie die Furcht vor einer Zurückweisung erkennen. Da aber diese Art von Befürchtung bereits kurze Zeit nach der Bekanntgabe der Serokonversion geäußert wird, kann sie nicht ausschliesslich den erlebten Erfahrungen zugeschrieben werden. Sie hängt teilweise mit den Änderungen des Selbstbilds zusammen, d.h. mit dem Gefühl, schmutzig und eine Gefahr für andere geworden zu sein.

Die Angst vor Zurückweisung führt dazu, dass das Sexualeben verkümmert. Infizierte Menschen ohne festen Partnern, die sorgfältig darauf achten, dieser Art von Situation aus dem Weg zu gehen, können den Entschluss fassen, auf jegliche noch so flüchtige Beziehung zu verzichten. Sie können auch versuchen, Beziehungen einzugehen und dabei zu vermeiden, als HIV-positiv erkannt zu werden.

Sämtliche infizierte Menschen, die auf der Suche nach einem neuen Partner sind, stehen vor dem Dilemma, **ihre HIV-Positivität zu bekennen oder sie zu verschweigen**. Die Mitteilung des positiven Serostatus stellt in mehr als einer Hinsicht einen schwierigen Schritt dar: Sie macht der HIV-positiven Person eine für sie schwer zu akzeptierende Situation bewusst und sie setzt sie dem kritischen Blick des Anderen aus. Falls sich die HIV-positive Person entscheidet, ihre Situation offenzulegen, stellt sich als weiteres Problem die Wahl des Zeitpunkts: Soll man sich sofort dazu durchringen oder warten, bis sich die Beziehung gefestigt hat – und damit das Risiko eingehen, dass der Partner dies übelnimmt, weil er sich betrogen fühlt?

Die meisten HIV-Infizierten versuchten in der ersten Zeit, die Personen, mit denen sie sexuelle Beziehungen eingehen wollten, bald zu informieren. Dabei erlebten viele eine Zurückweisung. Die Wiederholung solcher Erfahrungen bringt sie oft dazu, eine nuanciertere Haltung anzunehmen. So entscheidet man sich lieber für den folgenden Weg: Die Betroffenen teilen ihre HIV-Infektion ziemlich früh mit, wenn die Beziehung länger zu dauern scheint oder wenn der Partner den Eindruck erweckt, ein verständnisvoller Mensch zu sein, dem man vertrauen kann. Dagegen wird die HIV-Positivität häufig verschwiegen (aber ohne dabei den Schutz des Partners zu vernachlässigen), wenn es sich bloss um ein kurzes Liebesabenteuer handelt.

In festen Partnerschaften wird der andere häufig sofort benachrichtigt, wenn einer der Partner HIV-positiv ist. Es wurden jedoch auch einige Situationen gemeldet, wo diese Aufklärung nicht – oder verspätet – erfolgte. Die Mitteilung der HIV-Infektion führt nicht zu einem Bruch der Partnerschaft. Falls dies geschieht, erfolgt der Bruch später und aus Gründen, die im allgemeinen mit der Unmöglichkeit zusammenhängen, wieder eine befriedigende Beziehung aufzubauen, bei der die HIV-Infektion und die damit verbundenen Erfordernisse berücksichtigt werden. Der Bruch geht somit nicht «von einer Seite» aus, sondern bringt vielmehr zum Ausdruck, dass beide Partner das Scheitern der Beziehung feststellen.

Die **Angst, den Partner anzustecken**, ist bei den HIV-infizierten Menschen ständig präsent und die meisten empfinden allgemein ein starkes **Gefühl, für**

den Schutz des Partners verantwortlich zu sein.

Die Praktiken, die sich um diese beiden Elemente bilden, beeinflussen den Verlauf und die Qualität des Sexuallebens. Charakteristisch ist vor allem die von der infizierten Person empfundene Notwendigkeit, wachsam zu bleiben und nicht die Kontrolle über die Beziehung zu verlieren. Eine HIV-positive Person denkt, sie müsse sich vergewissern, dass die notwendigen Vorkehrungen getroffen werden und während der gesamten Dauer des Sexualkontakts wirksam bleiben. Sie muss sich bemühen, Verhaltensweisen mit zuwenig bekanntem Infektionspotential zu vermeiden oder sogar den Partner zu unterbrechen, wenn dieser mit einer Praktik beginnt, die ihn einer Gefahr aussetzt. Diesbezüglich ist zu betonen, dass ein guter Teil der HIV-Infizierten – und auch ihrer Partner – nicht genau weiss, welchen Übertragungsrisiken man sich beim «Vorspiel» aussetzen kann. Aufgrund dieser Erfordernisse und dieser Unsicherheiten büsst die Beziehung an Spontaneität und Phantasie ein, was Angst und Frust verursacht.

Das Ergreifen von Schutzmassnahmen setzt in der Regel voraus, dass man mit seinem Partner über dieses Thema redet. Diesem Schritt kommt vor allem dann eine besondere Bedeutung zu, wenn die HIV-Infizierten ihren Serostatus aus Angst vor Zurückweisung nicht bekanntgeben möchten. Sie fürchten sich also ganz besonders vor Situationen, wo die Weigerung ihres Partners, sich zu schützen, sie dazu zwingt, auf Schutzmassnahmen zu insistieren und damit ein erhöhtes Risiko einzugehen, sich als HIV-infiziert zu erkennen zu geben. Unter solchen Umständen und wenn ihre nicht informierten Partner geschützte Kontakte ablehnen, empfinden sie es als ungerecht, dass sie die Verantwortung für den Schutz einseitig tragen müssen. Diese Gefühle werden noch verschlimmert, wenn die Partner der Betroffenen Verdross und Enttäuschung zeigen, wenn sie sich plötzlich bewusst werden, dass sie Sexualkontakte – wenn auch geschützte – mit einem infizierten Menschen hatten. Die Infizierten verstehen solche Reaktionen nicht, da sie glauben, dass einem die Präventionskampagnen schliesslich vor Augen führen sollen, dass eine solche Möglichkeit tatsächlich einmal eintreten kann und man sich folglich nicht wundern sollte, wenn man mit dieser Situation konfrontiert wird.

Den Partner vor HIV zu schützen ist ein Problem, das sich für Männer und Frauen nicht in gleicher Weise stellt. Manche HIV-infizierte Männer scheuen davor zurück, geschützten Verkehr zu verlangen, da sie befürchten, dadurch ihren Status zu verraten. Dagegen erklären sie sich bereit, Präservative zu gebrauchen, wenn ihre PartnerInnen dies wünschen. In ihren Augen befindet sich die Frau diesbezüglich in einer besseren Position als der Mann, da sie das Präservativ unter Berufung auf die Schwangerschaftsverhütung in die Beziehung einbringen kann und damit ein überzeugendes Motiv ohne jeglichen «moralischen» Hintersinn hat. Obschon sie dieses Rollenbild integriert haben, denken einige Frauen, dass der Mann im allgemeinen auf sexuellem Gebiet die Initiative ergreift und dass sie demnach erwarten können, dass er dies auch in Sachen Schutz tut. Dies zeigt, dass Männer und Frauen jeweils widersprüchliche Erwartungen hegen können, über die die jeweiligen Partnern des anderen Geschlechts nicht im Bild sind. Diese Unkenntnis vermindert die Wirksamkeit der Schutzmassnahmen, da sie zu Situationen führen kann, wo sich jeder auf den anderen verlässt und schliesslich keine Schutzmassnahme ergriffen wird.

Bei der Suche nach Sexualpartnern kommt es häufig dann zu **Risikosituationen**, wenn die HIV-infizierte Person hin und her gerissen ist zwischen ihrem Verantwortungsgefühl – das sie dazu nötigt, alles zum Schutz ihres Partners zu tun – und dem Wunsch, die sich bietende Gelegenheit nicht zu verpassen. Der Fall, dass die infizierte Person schliesslich nachgibt, tritt häufig in Situationen ein, wo der – oftmals nicht informierte – Partner auf ungeschützten Verkehr beharrt. Auch in besonderen Situationen werden Risiken eingegangen, wenn beispielsweise die HIV-Infizierten durch den Genuss von Alkohol oder Drogen ihre Kontrolle über die Vorgänge verliere, oder auch an Orten, wo stillschweigend angenommen wird, dass jeder voll und ganz selber für seinen Schutz verantwortlich zu sein hat (z. B. an den offenen Szenen).

Risikoexpositionen kommen auch dann vor, wenn jemand seine HIV-Infektion total abstreitet, entweder unbewusst (eigentlich «verleugnet») oder bewusst mit der Idee, so zu tun «als wenn nichts wäre» und sich nicht mit der Rolle als Infizierter zu identifizieren, damit man seine psychische Integrität nicht ändern muss

und auf diese Weise seine Kräfte zur Bekämpfung der Krankheit intakt halten kann.

Bei festen Paarbeziehungen kann es angesichts der Schwierigkeit, auf Dauer zusammenzuleben und sich immer zu schützen, dazu kommen, dass die Partner ein Risiko eingehen. Verantwortlich dafür sind Faktoren, die mit der HIV-positiven Person zusammenhängen (Bewusstsein, dass sie ihrem Partnern Frustrationen bereitet, Angst vor dem Verlassenwerden), und auch Faktoren, die den HIV-negativen Partner betreffen oder diesem zugeschrieben werden (Schwierigkeit, die Beschränkungen für den Ausdruck seiner Sexualität zu ertragen, das Präservativ, das als Hindernis empfunden wird). Sie bringen zum Ausdruck, dass man sich an die Erfordernisse der HIV-Infektion anzupassen versucht, wobei die HIV-infizierte Person auf einen grossen Teil ihrer Wünsche verzichtet. Angesichts der Unannehmlichkeiten und der Angst, die ungeschützte Kontakte bei beiden Partnern hervorrufen, sind die Episoden, wo ein Risiko eingegangen wird, im Allgemeinen von kurzer Dauer.

Der **Kinderwunsch** ist in den ersten Jahren der Epidemie systematisch verdrängt worden. Die Wahrscheinlichkeit, ein HIV-positives Kind zur Welt zu bringen, und die Befürchtung, man könnte dieses dann nicht erziehen, erklärten diese Haltung. Einige wenige Menschen haben jedoch einen so starken Wunsch nach Kindern verspürt, dass dieser sie veranlasst hat, ungeschützten Kontakt zu haben und in einem Fall sogar den Kinderwunsch zu verwirklichen. Die neuen Therapien haben mit den Perspektiven, die sie in Bezug auf die Lebenserwartung und auf die starke Verminderung des Ansteckungsrisikos für das Kind bieten, dazu beigetragen, dass sich die Situation geändert hat. Ein Kind zu haben wird wieder eine Möglichkeit, die man in Betracht ziehen kann, obschon sie meist rein hypothetisch bleibt.

Die **Beratung**, die in Sachen Sexualeben gegeben wird, ist noch nicht sehr gehaltvoll. Nur wenige Menschen mit HIV geben an, sie hätten Gelegenheit gehabt, mit einer Fachperson (einem Arzt oder einer anderen Fachkraft) über dieses Thema zu sprechen, und noch seltener sind die Fälle, wo der Partner an eine Beratung dieser Art teilnehmen konnte. Obschon die infizierten Menschen bekennen, dass es ihnen

häufig enorme Schwierigkeiten bereitet, mit ihrer Sexualität im Alltag umzugehen, scheinen sie kaum dazu geneigt zu sein, explizit um Hilfe oder Beratung zu bitten. Auf der anderen Seite zeigen einige Fachleute eine gewisse Zurückhaltung, dieses Thema aufzugreifen, und sie beschränken sich im allgemeinen auf Ratschläge, bei denen es um die Anwendung der Schutzmassnahmen geht.

Schlussfolgerungen

- Menschen mit HIV/Aids stossen in ihrem Sexualleben auf erhebliche Schwierigkeiten. Diese ergeben sich sowohl bei jenen, die auf Partnersuche sind, aber auch bei denen, die in einer festen Partnerschaft mit einem HIV-negativen Partner leben.
- Bei den Betroffenen kann sich das Gefühl einstellen, nicht mehr wert zu sein, geliebt zu werden, und nicht mehr fähig zu sein, ihren Partner zu befriedigen. Aus Angst vor Zurückweisung wagen sie häufig nicht, neuen Partnern ihren positiven Serostatus mitzuteilen.
- Der Wunsch, ein möglichst normales und befriedigendes Sexualleben zu führen, sowie die Hindernisse, die sich der Verwirklichung dieses Wunsches entgegenstellen, könnten serodiskordante Paare gelegentlich dazu bringen, ein Risiko einzugehen. Das Verhalten des seronegativen Partners, der die gebotenen Schutzmassnahmen nur schwer erträgt, spielt bei allfälligen Risikoexpositionen ebenfalls eine Rolle.

Empfehlungen

- Für Menschen, die mit HIV/Aids leben, und ihre Partner ist der Zugang zu den Beratungs- und Hilfsdiensten zu verbessern, insbesondere:
 - durch den Ausbau des Kreises von Fachpersonen, die in der Lage sind, Informationen und Unterstützung in Sachen Gefühls- und Liebesleben anzubieten;
 - durch breite Information über den Kreis von Fachpersonen, um diesen bei allen HIV-Infizierten bekannt zu machen und sie zu ermuntern, Hilfe und Beratung zu suchen.
- Fachleute, die regelmässig mit HIV-infizierten Menschen Kontakt haben, aufmerksam machen auf eventuelle Probleme gefühlsmässiger oder sexueller Natur.
- Optimierung der Qualität und Verteilung von Informationen zu Händen der Fachleute und der Menschen mit HIV. Formulierung und Abgabe von klaren Empfehlungen über:
 - die mit anderen sexuellen Praktiken als der Penetration verbundenen Risiken;
 - die Situationen, bei welchen die PEP (post exposure prophylaxis) in Frage kommt, die Voraussetzungen für eine solche Behandlung, die Folgen (vor allem die Nebenwirkungen), die Art der Anwendung (wer, wann) und die Bezugsmöglichkeiten (Strukturen, die die entsprechenden Mittel abgeben);
 - die Schutzmassnahmen, die ein hohes Mass an Sicherheit und Komfort bieten: Auswahl und Qualität von Präservativen und Gleitmitteln und gegebenenfalls ihre korrekte Anwendung;
 - die mit ungeschützten Kontakten zwischen infizierten Personen verbundenen wiederholten Infektionsrisiken;
 - die Nebenwirkungen gewisser Arzneimittel auf die sexuelle Lust und Potenz und die Möglichkeiten, wie sich diese Wirkung vermindern lässt.

Zusammenarbeit der politischen Partner bei der Aids-Prävention

Das BAG hat das « Laboratoire de recherches sociales et politiques appliquées » der Universität Genf beauftragt, einen Vorschlag für ein Monitoringsystem der kantonalen Aktivitäten zur Prävention und Behandlung von HIV/Aids zu erarbeiten^a. Diese Aktivitäten wurden erfasst und in einem zusammenfassenden Bericht veröffentlicht, der im Anhang die einzelnen Kantone behandelte¹.

1997 begann man in fünf Kantonen bzw. Regionen (Freiburg, Genf, Zentralschweiz, Tessin, Thurgau) mit der Auswertung und Überprüfung der gesammelten Daten. Es wurden Treffen mit den kantonalen Akteuren, den Vertretern des BAG und den Forschern abgehalten. Dieses Forschungsprojekt ermöglichte es, die Probleme, mit denen die Kantone konfrontiert sind, besser zu erfassen². Dabei wurden insbesondere die folgenden Probleme aufgedeckt^b:

- eine gewisse Besorgnis im Hinblick auf die Auswirkungen der antiretroviralen Therapie auf die Betreuung von Menschen, die mit HIV/Aids leben, vor allem im Zusammenhang mit der Gefahr, dass der psychosoziale Ansatz an Bedeutung verlieren könnte und der medizinische Ansatz dominierend wird;
- das Fehlen eines Organs für das Management der Änderungen, was dazu führt, dass in den Kantonen und Gemeinden bloss eine « Sichtnavigation » erfolgt, sowie das Fehlen von vorausschauenden politischen Konzepten;
- mangelnde Kontinuität bei den Führungskräften auf allen nationalen Ebenen und bei sämtlichen Organisationen, wodurch Kompetenzen und Informationen verloren gehen;
- mangelnde Koordination unter den Akteuren und zwischen den öffentlichen Instanzen, was die Gefahr von ineffizienten Dienstleistungen mit sich bringt;
- ein Mangel an genauen Kenntnissen über die kantonale Situation (sowohl im Hinblick auf die soziale Organisation vor Ort und die epidemiologische

Situation, wie auch in Bezug auf die lokalen Besonderheiten), was es den Behörden und Aids-Akteuren generell erschwert, geeignete Aktionsstrategien auszuarbeiten;

- *den Kantonen und Gemeinden fehlen die finanziellen Mittel, die für die Kontinuität der Arbeiten zur Behandlung der mit HIV/Aids verbundenen Probleme erforderlich wären.*

Daneben wurden auch Erwägungen und Erwartungen im Zusammenhang mit dem Bund zum Ausdruck gebracht:

- *die Wichtigkeit der Unterstützung, die der Bund den lokalen und kantonalen Projekte zukommen lässt, aber auch sein Engagement für eine längerfristige Unterstützung interessanter Projekte in einer Form von Kofinanzierung;*
- *die Rolle des Bundes bei der Schaffung von Informationen und von Legitimität;*
- *das Fehlen einer Koordination im Themenbereich « Aids und Schule ».*

Die Mitarbeiter der Studie gelangen zum Schluss, dass die Kantone eine aktive, vom Bund eingerichtete und betriebene Führungsstruktur – eine Plattform – einhellig begrüssen würden. Es werden mehrere Möglichkeiten für die Einrichtung einer solchen Plattform geprüft.

^a Direkter Auftrag des BAG, ergänzend zu einer Gesamtevaluation.

^b Die kursiv gedruckten Textpassagen sind ins Deutsche übersetzte Zitate aus der Zusammenfassung des Berichts.

Schlussfolgerungen

- Die führende Rolle des BAG bei der Erarbeitung der Präventionsstrategie wird nicht angefochten, da es über die nötige Sachkenntnis verfügt und sich auf die Unterstützung diverser Experten und ad hoc Kommissionen, darunter der Kommission für Aidsfragen, stützen kann.
- Hingegen wird seitens der Kantone der Wunsch nach einer Koordination der Aktivitäten, einem besseren Informationsaustausch und einer finanziellen Unterstützung geäussert.

Empfehlungen

- Gestützt auf die Gesamtevaluation und die gesammelten Erfahrungen lässt sich sagen, dass der Vorschlag für eine Plattform für die Zusammenarbeit und Absprache unter den verschiedenen Akteuren (Bund, Städte, Kantone, Vertreter der nationalen und lokalen Vereinigungen, Experten) eine gute Sache wäre, sofern folgende Bedingungen erfüllt sind:
 - die Rolle der Plattform wird klar umschrieben (Informationsaustausch, Koordination, Absprache, aktive Überwachung der Prävention);
 - sie ist auf das Problem Aids spezialisiert; jedoch sollte sie zur Koordination mit den übrigen Bereichen der Prävention/ Gesundheitsförderung verpflichtet werden;
 - sie kann die Funktion eines Überwachungssystem erfüllen (sicherstellen, dass die nötigen Aktivitäten für eine dauerhafte Aids-Prävention in geeigneter Form fortgesetzt werden);
 - sie ist eher als einfaches Verständigungsinstrument angelegt denn als kostspielige unabhängige neue Struktur;
 - das BAG übernimmt das Sekretariat – wie es im Epidemiegesetz vorgesehen ist.
- Unabhängig von den Entscheidungen, die bezüglich der Einrichtung einer Plattform getroffen werden, sollte das BAG (zusammen mit anderen nationalen Akteuren wie der AHS) die bilateralen Beziehungen mit den Kantonen weiterführen (regelmässige Besuche).

18

Das Thema HIV/Aids in der Schweizer Presse

Die Medien vermögen die Entwicklung der Epidemie entscheidend zu beeinflussen. Indem sie Präventionsbotschaften verbreiten, verstärken sie die Arbeit der Behörden und der Vereinigungen zur Bekämpfung von Aids. Die Art, wie sie die Epidemie präsentieren, bestimmt massgeblich die öffentliche Meinungsbildung sowie das soziale Umfeld der Krankheit. Für die Zeit vom 1. Januar 1987 bis zum 31. Oktober 1996 wurde die Berichterstattung über HIV/Aids in den Printmedien¹ analysiert^a. Diese Untersuchung sollte zeigen, inwieweit die Presseartikel die Präventionsbotschaften aufnehmen und verbreiten können. Dabei versuchte man mehrere Fragen zu beantworten:

- Welche HIV/Aids-Themen werden in der Presse hauptsächlich behandelt?
- Haben sich die HIV/Aids-Themen im Laufe der Zeit geändert?
- Von welchen Informationsquellen macht die Presse Gebrauch?
- Welche Präventionsbotschaften werden verbreitet und wie werden diese bewertet?

Insgesamt wurden 1168 Artikel durchgesehen.

Die Inhaltsanalyse bestand aus drei Teilen:

- Stichprobe «Grundinformationen» – Untersuchung von 450 Depeschen der Schweizerischen Depeschenagentur (SDA);
- Stichprobe «Ausführliche Berichte» – Untersuchung von 450 Artikeln aus 10 auflagenstarken Schweizer Tageszeitungen von guter journalistischer Qualität;
- Untersuchung von 268 Artikeln in 17 Schweizer Tageszeitungen aus verschiedenen Sprachregionen und Bildungsniveaus.

Die Ergebnisse dieser Analyse zeigen, dass die Artikel hauptsächlich auf die epidemiologischen Angaben (31 % der Fälle), die Risikosituationen (22 %) und das Thema «politischer Wille und politische Entscheide

(19%) eingehen. In den ersten Jahren lag der Akzent stärker auf den Präventionsbotschaften und der STOP-AIDS-Kampagne.

Die Informationen stammen in erster Linie aus politischen Kreisen oder aus der Verwaltung (37 %), vor allem dem BAG. Auch andere Quellen werden häufig genutzt: Aids-Bekämpfungs-Organisationen (22 %) und Forschungsstellen (19 %). Den Anstoss für das Aufgreifen eines Themas in den Medien liefern überwiegend die Stellungnahmen und Mitteilungen der Regierungen und anderer Exekutivbehörden (21 %), die Veranstaltungen in Verbindung mit HIV/Aids (11 %) und die öffentlichen Debatten (im Parlament, an den Gerichten usw., 11 %).

Die im Rahmen der schweizerischen Präventionsstrategie getroffenen Massnahmen werden im allgemeinen als zweckmässig und wirksam präsentiert. Die Informations- und Kommunikationsmassnahmen werden in 38 % der Artikel hervorgehoben. Massnahmen wie der Spritzentausch kommen dagegen in den Medien weniger zur Sprache (19 %).

Am meisten wiederholt wird die Botschaft, dass das Präservativ schützt, wogegen die Botschaften zur Prävention im allgemeinen, zur Drogensucht und zur Solidarität seltener anzutreffen sind. Die verbreiteten Informationen werden nur bis zu einem gewissen Grad detailliert dargelegt: So findet man selten explizite «Safer Sex»-Regeln. Zudem bieten die Artikel den Lesern und Leserinnen selten die Möglichkeit, sich vermehrt über dieses Thema zu informieren.

Generell berichten die Artikel nur über das, was gerade aktuell ist. Die Journalisten bringen lediglich in 0,4 % der Artikel eine Meinung zu diesem Thema zum Ausdruck. Im übrigen findet man praktisch keinen einzigen Artikel, der von A-Z vom Journalisten selber verfasst wurde. Gleich um welche Sprachregion oder welches Bildungsniveau es sich handelt, folgen die Artikel über HIV/Aids weitgehend demselben Schema. Dennoch kommt es manchmal vor, dass andere Punkte in den Vordergrund gestellt werden. So wird beispielsweise das Problem der Spritzen im französischsprachigen Raum und in der Boulevardpresse weniger häufig aufgegriffen. Diese räumen dagegen der Botschaft, dass das Präservativ schützt, sehr viel Platz ein.

^a Direkter Auftrag des BAG, als Ergänzung zur Gesamtevaluation.

Schlussfolgerungen

- Im Kampf gegen Aids bleibt die Presse weiterhin ein wichtiger Partner. Sie verbreitet die Präventionsbotschaften und unterstreicht deren Nutzen.
- Das Thema HIV/Aids erscheint hauptsächlich dann in der Presse, wenn ein Anstoss gegeben wird: Sei es durch Pressemitteilungen, «sichtbare» Präventionsaktivitäten, themenbezogene Ereignissen, durch Erklärungen der Behörden und anderer Akteure oder durch Forschungsergebnisse («Public-Relation-Effekt»).
- Die in der Presse verbreitete Information bezieht sich vor allem auf Fakten.

Empfehlungen

- Aufgrund dieses «Public-Relation-Effekts», welcher dazu dient, die Medienpräsenz des Themas HIV/Aids aufrechtzuerhalten, müssen die betreffenden Akteure darauf achten, weiterhin aktiv mit den Journalisten zu kommunizieren und diesen bei jeder sich bietenden Gelegenheit aktuelle Informationen zu liefern.
- Da einige Präventionsbotschaften häufiger aufgegriffen werden als andere, muss man Mittel und Wege finden, um die Presse zu ermuntern, das abgedeckte Themengebiet auszudehnen und die Botschaften zu vertiefen.
- Die Untersuchung der Presse ist unverzichtbar, wenn man herausfinden möchte, wie sich die Partnerschaft Prävention/Presse verbessern liesse.

HIV/Aids-Prävention : Bilanz eines Jahrzehntes und Perspektiven

Bilanz

Welche Bilanz kann nach über 10 Jahren Präventionsarbeit in der Schweiz gezogen werden ?

Bezieht man sich zunächst auf die drei Interventionsebenen der Strategie, so kann behauptet werden, dass es dieser gelungen ist, die Prävention zu verankern, wenn auch nicht gleichmässig in allen Ebenen.

- Die für die Allgemeinbevölkerung bestimmte Intervention: die STOP-AIDS-Kampagne bildete den Leitfaden der Strategie. Sie erfüllt auch weiterhin eine Erinnerungsfunktion für die wichtigsten Botschaften der Prävention und wird von der Bevölkerung nach wie vor als nützlich angesehen.
- Die an bestimmte Zielgruppen gerichtete Prävention hat sich ebenfalls entfaltet, dies oftmals über spezielle Projekte, die vom Bund (Migranten, Frauen usw.) oder von NGO's (Homosexuelle, Sex Worker usw.) und Kantonen (Abgabe von Injektionsmaterial an Drogenkonsumenten, Sexualunterricht) lanciert wurden.
- Die dritte strategische Ebene – diejenige der Intervention mit Tiefenwirkung im Rahmen der individuellen Beratung – hat sich ebenfalls entwickelt, wenn auch etwas langsamer. 1995 hatte man beispielsweise gesehen, dass die Ärzte mit der Integrierung der Aids-Prävention in ihre Beratung angefangen hatten. Andererseits wurde auch hervorgehoben, dass die Qualität dieser Interventionen nicht optimal sei, so zum Beispiel beim Counselling^a (von schwangeren Frauen, von jenen Personen, die einen Test verlangen, von HIV-Positiven usw.). Diese von Fachpersonen im Rahmen ihrer laufenden Tätigkeit (Krankenpflege, Sozialarbeit, Unterricht usw.) freiwillig übernommene Rolle als Multiplikator

^a Siehe die Studien über die Sexualität von Menschen mit HIV und über die institutionelle Diskriminierung gegenüber Menschen mit HIV.

von Präventionsbotschaften hängt stark von der Ausbildung ab, die sie erhalten sowie davon, welchen Stellenwert sie ihrer eigenen Rolle im Kampf gegen die Aids-Epidemie beimessen.

Betrachtet man nun die **Errungenschaften der Präventionsstrategie**, so kann man Folgendes feststellen:

- Seit Beginn des Jahrzehntes nehmen die Neuinfektionsfälle gleichmässig ab; ihre Verteilung auf die verschiedenen Bevölkerungsgruppen ändert sich laufend.
- In sämtlichen untersuchten Bevölkerungsgruppen werden präventive Verhaltensweisen praktiziert, wobei das Schutzniveau jeweils hoch ist. Insbesondere lassen sich bei den Hauptbevölkerungsgruppen keine grösseren Präventionsdefizite beobachten. Überdies verwischen sich bei der Prävention allmählich die meisten sozialen Unterschiede.
- Jedoch ist bezüglich des Präventionsverhaltens ein gewisses Höchstmass erreicht, besonders bei den über 35-Jährigen in der Allgemeinbevölkerung und bei der homosexuellen Bevölkerung, wobei diese Beobachtung nur schwer interpretierbar ist: Handelt es sich ganz einfach um eine Zwischenphase oder zeigt sich hier ein passiver Widerstand, der eine Rückwärtsbewegung in ein Umfeld ankündigt, in dem die Krankheit Aids ihren Prioritätscharakter verliert ?
- Diese bedeutenden Veränderungen, im Sinne eines immer besseren Schutzes im Laufe der Jahre, haben zunächst keine grösseren Änderungen bei der sexuellen Aktivität nach sich gezogen. Erst seit kurzen beobachtet man den Trend zu einem späteren Eintritt in das aktive Sexualleben, zu einer Verminderung der Anzahl an Sexualpartnern (bei den Jugendlichen) sowie zu einer gewissen Verlangsamung beim Eingehen neuer sexueller Beziehungen.
- Mehr und mehr ist auch eine individuelle Handhabung der Prävention zu beobachten, eine individuelle Anpassung der Prävention an den Beziehungskontext sowie an die Eigenarten und die persönlichen Vorlieben einer Person.
- Im Bereich des Drogenkonsums hat der erleichterte Zugang zu sterilem Injektionsmaterial eine starke Verminderung des Risikos einer Übertragung des HI-Virus ermöglicht, ohne dabei zu einer Zunahme der Injektionspraktiken zu führen, auch nicht in den Gefängnissen.

- Es lässt sich nur eine geringe institutionelle Diskriminierung im Zusammenhang mit Aids feststellen, obgleich gewisse stigmatisierende Einstellungen immer noch anzutreffen sind. Die Probleme mit den Versicherungen, in der Arbeitswelt, im medizinischen Bereich, bei der Vertraulichkeit sowie in Sachen Informations- und Beratungsqualität (HIV-Test) sind weiterhin von Bedeutung, selbst wenn diese auch bei anderen Krankheitsarten vorkommen.

Zielsetzungen und Perspektiven für die Prävention

Gewisse Aspekte der allgemeinen Situation sind gleich geblieben wie zu Beginn der Aids-Epidemie, wogegen andere sich verändert haben.

Was sich (noch) nicht verändert hat

Zunächst einmal bleibt HIV/Aids ein zentrales volksgesundheitliches Problem. Das gilt es in Erinnerung zu rufen, sowohl bei der Bevölkerung als auch bei den Entscheidungsträgern. Trotz des langsamen Rückgangs bei den neuen Fällen kommt es immer noch zu neuen Infektionen (ungefähr 650 im Jahre 1998). Die Zahl der Menschen, die mit HIV leben, nimmt gegenwärtig wohl sogar noch zu – aufgrund der Verringerung der durch Aids verursachten Todesfälle.

Das HI-Virus wird auch noch langfristig einen beträchtlichen materiellen und immateriellen Aufwand mit sich bringen. Hier muss zusätzlich das Risiko erwähnt werden, bei einer zu einem späten Zeitpunkt der Epidemie erfolgten Infektion stigmatisiert zu werden, d.h. zu einem Zeitpunkt, « wo von jedem erwartet wird, dass er die Risiken kennt und sich dagegen schützt ».

Schliesslich sei daran erinnert, dass die Einführung von antiretroviralen Kombinationstherapien am Stellenwert der Prävention nichts geändert hat. **Diese bleibt das einzige Mittel, um die Aids-Epidemie wirkungsvoll zu bekämpfen.** Die Frage der langfristigen Aufrechterhaltung der Präventionsaktivitäten bleibt mehr denn je auf der Tagesordnung.

Was sich gegenwärtig verändert

In der Epidemielandschaft verändern sich jedoch auch gewisse Dinge. Fünf Aspekte dieser Veränderungen – die anlässlich des letzten Aids-Weltkongresses diskutiert worden sind – verdienen eine nähere Betrachtung:

- die wachsende Komplexität und die Verschiedenartigkeit der individuellen Handhabung der Prävention;
- die Folgen der Einführung von hochaktiven antiretroviralen Therapien;
- die Veränderung des gesellschaftlichen Gesichts von Aids;
- das komplexe Phänomen der « Normalisierung »;
- die Fortführung der Prävention.

Individuelle Handhabung der Prävention : Komplexität und Verschiedenartigkeit

Einer der Erfolge der Prävention liegt in der Tatsache, dass die meisten Menschen die Prävention als notwendig erachten, einschliesslich für sie selbst.

Indessen macht sich eine Tendenz bemerkbar, die Präventionsbotschaft in Verbindung mit der eigenen Situation auf persönliche Art zu interpretieren bzw. anzupassen, und zwar mit mehr oder weniger Erfolg. Das « nur mit Präservativ » weicht allmählich anderen Praktiken: wechselhafter Schutz je nach Partner; Test des Paares mit anschließender Einstellung des Präservativgebrauchs^b usw. Diese Praktiken können sich je nach Lebenslauf oder je nachdem, wie sich die Beziehungen entwickeln, im Laufe der Zeit verändern. Sie sind möglicherweise entweder nicht gänzlich angemessen (Verzicht auf das Präservativ in Paarbeziehungen ohne vorherige Durchführung eines Tests, sondern aufgrund einer einfachen Abschätzung der in der Vergangenheit eingegangenen Risiken) oder auch ganz klar unangemessen (z.B. wiederholte Tests ohne Schutz). Im ersten Fall handelt es sich zugegebenermassen um eine Art der Risikobeschränkung.

^b 1997 hatte mehr als ein Drittel der Bevölkerung zwischen 17 und 45 Jahren bereits einen HIV-Test gemacht; zählt man die Blutspenden mit, so traf dies auf mehr als die Hälfte der Bevölkerung zu.

Angesichts dieser Situation muss die Prävention ihre Botschaften optimieren und differenzieren^c. Diesbezüglich gewinnt die Qualität des individuellen Counsellings eine besondere Bedeutung. Es geht hier darum, jedem Menschen bei der Wahl der sichersten und jeweils situationsgerechtesten Prävention behilflich zu sein. Dies bildet die Voraussetzung für eine akzeptierte und dauerhafte Prävention.

Die vorstehenden Ausführungen implizieren als erstes, dass die Informationen aufgefrischt und an die heutige Realität angepasst werden. Wichtig ist auch, sich Gedanken über die Verbreitungswege zu machen. Gewisse sehr einfache Informationen (z. B. die Wichtigkeit des fortgesetzten Schutzes, die Förderung des Präservativgebrauchs) können durch Kampagnen verbreitet werden. Andere Informationen sind spezifischer; sie richten sich an bestimmte Bevölkerungsgruppen und erfordern gezieltere Mittel (z. B. Fragen zur Kommunikation innerhalb der Paare und zum Test bei Homosexuellen oder die Frage der Vorbeugung der Aids-Übertragung auf sexuellem Weg bei Drogenkonsumenten). Wiederum andere – noch komplexere – Informationen hängen mit der individuellen Beratung zusammen (z. B. was einem Paar geraten werden soll, das den Gebrauch von Präservativen einstellen möchte, welches Verhütungsmittel für die ersten Jahre des aktiven Sexuallebens vorzuschlagen sind, welche Informationen serodiskordanten Paaren gegeben werden soll usw.). Eine wesentliche Rolle spielen auch die Komplementarität der verschiedenen Informationskanäle und deren adäquater Nutzung (d. h. nach Massgabe dessen, was diese beisteuern können).

Es empfiehlt sich überdies, die Zweckmässigkeit der Informationsauffrischung bei der gesamten Bevölkerung zu untersuchen, zum Beispiel mittels einer Broschüre « an alle Haushalte »^d, welche die bereits vorhandenen und die neu erworbenen Kenntnisse untersucht und die möglichen Gefahren einer gewissen Banalisierung der Aids-Epidemie thematisiert.

Als verkannte Auswirkung der Präventionserfolge tauchen neuerdings Probleme im Zusammenhang mit dem regen Gebrauch von Präservativen auf. Selbst wenn die Versagerquoten immer noch tief liegen, so erleben doch mehr und mehr Personen « Pannen » beim Gebrauch dieses Schutzmittels (Reissen u. ä.)^e und müssen damit fertig werden. Es gilt zu verhindern, dass diese Zwischenfälle jene entmutigen, denen sie widerfahren, und dass die Betroffenen dazu verleitet werden, auf das Präservativ zu verzichten, dessen Wirksamkeit ausser Zweifel steht. Es gilt somit, Antworten auf diese in mehreren Bereichen auftretenden konkreten Probleme zu finden :

- Qualität der Präservative, Vielfalt der zur Auswahl stehenden Sorten, Gebrauchsanweisung ;
- Notfall-Kontrazeption ;
- Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) in Situationen mit hohem Aids-Ansteckungsrisiko.

Allgemeiner ausgedrückt empfiehlt es sich, die Qualität des Counselling zu verbessern.

Folgen der Einführung von hochaktiven antiretroviralen Therapien

Die neuen antiretroviralen Therapien haben die Wahrnehmung der Krankheit verändert und es könnte sein, dass sie auch die Einsicht bezüglich der Notwendigkeit der Prävention verändern^f.

So haben diejenigen Personen, die von den neuen Therapien gehört haben, das unbestimmte Gefühl, dass sich die Leute nun weniger schützen. Handelt es sich jedoch um sie selber, so gibt lediglich ein kleiner Prozentsatz dieser Personen an, sich weniger als zuvor zu schützen. Dies wird durch die Entwicklung des Schutzverhaltens bestätigt, bei dem in den meisten Fällen innerhalb der untersuchten Bevölkerungsgruppen die höchsten Werte seit dem Beginn der Aids-Epidemie gemessen wurden. Trotzdem muss man

^c Zum Beispiel indem sie geschlechtsspezifische Ansätze stärker beachtet.

^d Wie im Jahre 1986 vor der Lancierung der Präventionsstrategie.

^e 1997 hatte eine von drei Personen innerhalb der letzten 6 Monate Präservative benutzt. Der Prozentsatz der gerissenen Präservative betrug 0,3 %, der Prozentsatz der abgerutschten Präservative lag bei 0,6 %.

^f Allerdings sind – im Jahre 1998 – die in die neuen Therapien gesetzten Hoffnungen mehr und mehr gedämpft geworden, dies aufgrund der Schwierigkeiten, durch die Schwere dieser Behandlungen und das Auftreten schlimmer Nebenwirkungen aufgetaucht waren.

sich fragen, ob eine solche Wahrnehmung eines Nachlassens der Prävention nicht der Vorbote eines tatsächlichen Rückschrittes ist, der bis anhin nicht hat beobachtet werden können.

Es könnte auch sein, dass die antiretroviralen Kombinationstherapien (und die PEP) mit der Zeit den Stellenwert des Tests verändern. Würden die Vorteile einer frühzeitigen Therapie für ein langfristiges Überleben klar feststehen, so könnte sich eine Früherkennung des HI-Virus vermehrt empfehlen – selbstverständlich ohne dass dies jemandem aufgezwungen wird.

Schliesslich stellt die Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) ein – wenn auch bescheidenes – zusätzliches Mittel im Kampf gegen die Infektion dar, insbesondere für die Partner von HIV-positiven Personen oder für das Pflegepersonal.

Gibt es bezüglich HIV/Aids soziale Ungleichheiten ?

An der ungleichmässigen Verteilung der Epidemie in der Welt zeigt sich, dass Aids allmählich zu einer Krankheit der Armen wird. In den Entwicklungsländern sind es vor allem die Ärmsten innerhalb der Bevölkerung oder die gesellschaftlich verletzlichsten Menschen, die hiervon betroffen sind, wobei sich die Kluft zusehends vergrössert. Dies ist auch bei anderen Infektionskrankheiten ein wohl bekanntes Phänomen.

Auch in der Schweiz findet man diese soziale Abstufung, und zwar in Fällen von unerwünschten Schwangerschaften, von denen insbesondere junge Mädchen am Rande der Gesellschaft oder ausländische Frauen betroffen sind. Die Abstufung existiert auch bei der Konsumierung von Alkohol und Tabak, die in benachteiligten gesellschaftlichen Schichten stärker ist.

Indessen kann momentan in der Schweiz nicht von einem Bestehen echter sozialer Ungleichheiten gegenüber Aids gesprochen werden. Im Gegenteil: Sicher gibt es gewisse – kleinere – Unterschiede beim Schutzniveau innerhalb der verschiedenen sozialen Gruppen, die sich

aber jedoch tendenziell eher verringern⁹. Diese Homogenisierung des Präventionsverhaltens könnte sehr wohl eine der bemerkenswertesten Errungenschaften der Präventionsstrategie sein.

Indem letztere eine Form von Solidarität zum Ausdruck bringt, arbeitet sie gegen die Tendenz, die in zahlreichen Bereichen der Prävention herrscht. Diese Situation steht zweifellos im Zusammenhang mit:

- der starken Medienpräsenz von HIV/Aids ;
- dem Durchdringen der Präventionsbotschaften in allen Bevölkerungsschichten (gleicher Zugang und umfassende Abdeckung) ;
- der Komplementarität der Präventionsebenen und der Übereinstimmung der Botschaften, die übermittelt werden ;
- der Mobilisierung der Gemeinschaft und dem gesellschaftlichen Konsens, der hinsichtlich der Bedeutung der Prävention entstanden ist.

Es gilt also, diese Entwicklung zu überwachen, indem alle adäquaten gesellschaftlichen Informationen gesammelt werden (zum Beispiel innerhalb des Überwachungssystems, aber auch in sämtlichen Bevölkerungsstudien). Es muss auch künftig nachgeforscht werden, ob es Bevölkerungsgruppen gibt, die weiterhin im besonderen Masse einem HIV-Ansteckungsrisiko ausgesetzt sind oder (was noch schlimmer wäre) bei denen sich die Situation im Vergleich zu anderen Gruppen verschlechtert hat. In diesen Situationen kann es sein, dass der Zugang zu Informationen und Präventionsmitteln – der jedem Menschen garantiert sein muss – nicht ausreicht. Man sollte sich somit mit dem Problem des sozialen Umfelds und mit den besonderen persönlichen Verhältnissen als Ursache der Verletzlichkeit auseinandersetzen. Es ist wichtig, mehr über die Situationen in Erfahrung zu bringen, in denen eine soziale Gruppe verwundbar ist (z. B. Gastarbeiter ohne ihre Familie), ebenso über die Situationen individueller Verwundbarkeit (Lebenssituationen, wie die Suche nach einem neuen Partner, eine Depression, die Angst, als HIV-positive Person stigmatisiert zu werden, usw.) und diese auf geeigneter Stufe zu erörtern.

⁹ Dies schliesst natürlich nicht aus, dass einzelne Untergruppen der Bevölkerung, die wir mit unseren Studien nicht erreichen oder die durch die Studie nicht individualisiert werden, sich bezüglich der Prävention in einer schwierigen Lage befinden.

Sich mit den Bedingungen auseinanderzusetzen, die eine Gruppe oder eine Person verwundbar machen, ist jedoch ein langatmiges Unterfangen, das zum Konzept der Gesundheitsförderung gehört. Ein solches Unterfangen übersteigt die Mittel der blossen Aids-Prävention. Es setzt ein Engagement auf einer anderen Ebene und mit anderen Partnern voraus und stellt eine zusätzliche Aufgabe für die Prävention dar, die nicht an die Stelle einer der bereits unternommenen Aktionen treten kann.

Normalisierung : positive oder negative Aspekte ?¹

Der Ausdruck «Normalisierung» wird häufig verwendet, um die Entwicklung der Epidemie zu beschreiben. Er kann aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden. Wird er im Sinne von «Banalisierung» verstanden (Normalität, Gewohnheit, quantitative Veränderung), so kann er zweierlei bewirken: Desinteresse oder Integration. Wird der Begriff in Bezug auf bereits etablierte Regeln und Normen gebraucht, so kann er zwei weitere Konsequenzen haben: Rückkehr zu einer früheren Norm oder Anerkennung und Ausbreitung einer neuen Norm (qualitative Veränderung).

Normalisierung im Sinne von «Banalisierung».

Aids wird banal, macht weniger Angst, man gewöhnt sich daran. Diese **nachlassende Wachsamkeit (Desinteresse)** könnte negative Auswirkungen auf die Prävention haben, zumal dann diese in den Augen der Bevölkerung (der Schutz erschien weniger notwendig) und der Politiker (es wäre weniger notwendig, die Prävention zu finanzieren) als weniger wichtig erscheinen könnte. Dieser Aspekt muss sehr ernst genommen werden, da er die Glaubwürdigkeit der Prävention und den Fortbestand der entsprechenden Programme bedroht und zu einer Gleichgültigkeit gegenüber dem Leiden der von HIV/Aids betroffenen Personen führen kann.

Aber die Normalisierung im Sinne einer Banalisierung könnte auch eine positivere Auswirkung nach sich ziehen: **die Integration.** HIV/Aids gehört zu denjenigen Krankheiten und Problemen, gegen die man sich auf lange Sicht schützen muss. Die Aids-

Prävention muss in die laufenden Präventionsaktivitäten und in die Ausbildung der betreffenden Fachleute integriert werden. Das geschieht mittels der Integration der Aids-Prävention in Kurse für sexuelle oder gesundheitsbezogene Erziehung. Diese Entwicklung findet schrittweise auch in der Ausbildung von Fachleuten für das Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen statt. Die Integration kann auch eine **Verbindung von Präventionsinhalten** bedeuten, zum Beispiel durch einen ganzheitlichen Zugang zum Problem der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, der die Prävention von Aids, von den sexuell übertragbaren Krankheiten (STD) und von unerwünschten Schwangerschaften verbindet, oder indem bei Drogenkonsumenten die Prävention von Aids und Hepatitis C kombiniert werden (mittels Botschaften, welche die Übertragung von Viren über das Blut und über Sexualkontakte zum Inhalt haben), oder durch eine Verknüpfung der Aids-Prävention mit der STD-Prävention bei Homosexuellen.

Die Banalisierung von Aids hat noch weitere Auswirkungen, beispielsweise für die Vereinigungen. Einerseits lässt sich ein sinkendes persönliches Engagement «für die Sache» beobachten (negative Seite), gleichzeitig aber auch eine zunehmende Professionalisierung bei den Vereinigungen, ein Zeichen für Stabilität (positive Seite). Für die betroffenen Personen kann eine Banalisierung ebenfalls zwei Gesichter haben: weniger Ablehnung (die Krankheit macht weniger Angst) und eine Abnahme des Mitleides und der Solidarität seitens der Bevölkerung.

Wenn auch eine gewisse Banalisierung nicht notwendigerweise ein Anlass zur Beunruhigung ist, so ist es trotzdem wichtig, gegenüber den negativen Aspekten dieser Tendenz wachsam zu bleiben. Diese muss man überwinden können, namentlich mittels einer sinnvollen Zuteilung der Ressourcen, worüber später noch gesprochen werden soll.

Bezieht sich die Normalisierung auf die bestehenden Normen und Regeln,

so ist darin implizit enthalten, dass Aids eine aussergewöhnliche Situation darstellte, die nach aussergewöhnlichen Massnahmen rief. Der Kampf gegen Aids hat sich von Anfang an von sogenannten klassischen Methoden der Bekämpfung von sexuell übertragbaren Krankheiten abgewandt

(systematische Früherkennung, Contact Tracing etc.), deren technische und ethische Grenzen sich bereits gezeigt hatten. Es wurde auch auf Anhieb erkannt, dass Aids nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein gesellschaftliches Problem darstellt. Der Kampf gegen Aids sollte somit nicht allein die Angelegenheit von (medizinischen) Spezialisten sein; eine weitgehende Beteiligung der betroffenen Gemeinschaften war notwendig. **Das hier gesteckte Ziel der Normalisierung ist die Rückkehr zu einer früheren Norm oder die Annahme einer neuen Norm.**

Der negative Aspekt der Normalisierung würde einen Rückschritt bedeuten, der sich zum Beispiel in einer Zuhilfenahme eines klassischen und überholten Schemas im Kampf gegen übertragbare Krankheiten äussern könnte. Dieses Risiko besteht. Es lässt sich eine gewisse «Remedizinalisierung» von Aids feststellen, und es sind Praktiken systematischer Früherkennung ohne wirkliche Zustimmung bekannt, so zum Beispiel bei schwangeren Frauen. Ein positiver Aspekt der Normalisierung wäre, dass das, was für Aids zur Norm geworden ist, so bleibt und dass die aus dieser Erfahrung gezogenen Lehren auf andere Bereiche übertragen werden (Annahme und Ausbreitung einer neuen Norm), beispielsweise ein Verallgemeinern der Vorsprünge im Pflegebereich (wie etwa die aktive Beteiligung von betroffenen Personen, die verstärkte Auseinandersetzung mit der Betreuung von Sterbenden, die Begleitung von Kranken durch freiwillige Helfer usw.).

Die Schlacht ist noch nicht gewonnen. Daher ist es notwendig, den bei der Präventionsarbeit und bei der Auseinandersetzung mit Aids gesammelten Erfahrungsreichtum aufmerksam zu untersuchen: Man muss unter den entwickelten Methoden und Vorgehensweisen die besten herausuchen und dann die Ressourcen auf diese konzentrieren.

Daraus lässt sich schliessen, dass eine gewisse «Normalisierung» unvermeidbar ist und an sich weder gut noch schlecht ist. Die Normalisierung kann einen unterschiedlichen Verlauf nehmen, je nach Entscheidung der Fachleute, der Vereinigungen, der Politiker und der Bevölkerung.

Sicherung der Weiterführung der Prävention und der Dauerhaftigkeit der Programme

Niemand zweifelt an der Notwendigkeit, die Präventionsbemühungen weiterzuführen, aber bezüglich der Vorgehensweise und dem notwendigen Finanzbedarf gehen die Meinungen auseinander. Hier gilt es zwei – miteinander verbundene – Klippen zu umschiffen:

- ein übergrosses Vertrauen, die Prävention automatisch und auf Dauer in die Sitten der Bevölkerung und in die Praxis der betreffenden Fachleute und Vereinigungen integrieren zu können;
- ein zu rascher Abbau des – beachtlichen – Human- und Sachkapitals, dem die ersten Erfolge im Kampf gegen HIV/Aids zu verdanken ist.

Die Erfahrungen aus den seit über zehn Jahren durchgeführten Kampagnen und Programmen liefern hierzu verschiedene Denkanstösse.

Was die Bevölkerung in ihrer Gesamtheit betrifft, so ist es klar, dass die Kampagnen beim Wissenserwerb nicht mehr wirklich eine Rolle spielen. Sie erfüllen eher eine **Erinnerungsfunktion**^h. Die Kampagnen sollten noch während mehreren Jahren fortgesetzt werden, allenfalls in einem weniger intensiven Rhythmus, um eben gerade diese Erinnerungsfunktion zu garantieren. Desgleichen bleiben die Kontakte mit den Medien wichtig: die Journalisten sorgen für die Verbreitung der Ereignisse im Zusammenhang mit HIV/Aids.

Der Erwerb – und die Beibehaltung – von Verhaltensweisen durch die Generationen, die ins aktive Sexualleben eintreten, muss sichergestellt werden. Hier wird das Phänomen der Integration von entscheidender Bedeutung sein. Logischerweise ist anzunehmen, dass eine Integration über die Ausbildung von Sachkundigen (SexualberaterInnen, Lehrkräfte, Fachleute aus dem sozialen oder medizinischen Bereich usw.) und über das Übernehmen der Prävention als neue Dimension der Routine ihrer Arbeit durch eben diese Personen erfolgt (erfolgen wird). Im Moment ist aber noch nichts gesichert: Weder bein-

^h Mit diesem Erinnerungseffekt funktioniert übrigens die gesamte Werbung: Man hört nicht mit der Anpreisung eines «gut laufenden» Produktes auf.

haltet die Grundausbildung der betreffenden Fachleute einen Teil, der der Aids-Prävention und den daraus fließenden Aufgaben gewidmet ist, noch werden die erworbenen Kenntnisse effektiv in die Praxis umgesetzt, noch sind diese Fachpersonen dazu bereit, diese unverzichtbare, aber nicht immer leicht zu bewältigende Aufgabe auf Dauer zu erfüllen. Es ist somit sehr wichtig, **allfällige Mängel in den Ausbildungen zu beseitigen und ein Überwachungssystem einzurichten, das Gewähr für die effektive Umsetzung dieser Massnahmen und für die Qualität dieser Leistungen bietet.**

Diese sehr «generalisierte» Prävention bedarf noch einer **gezielten Verstärkung bei den besonders exponierten Bevölkerungsgruppen** (Drogenkonsumenten, Homosexuelle, Prostituierte usw.) **oder bei nicht unbedingt besonders exponierten Bevölkerungsgruppen, bei denen aber der Zugang zur Prävention schwieriger sein könnte** (Migranten). Die Erfahrung zeigt, dass diejenigen Programme, die über das Vorprojekt-Stadium hinaus gelangt sind und deren Nutzen anerkannt wurde, gewisse gemeinsame Eigenschaften aufweisen: Sie verfügen über ein – im allgemeinen nationales – Zentrum, welches der Bewegung Ausdruck verleiht, sie aufrechterhält und legitimiert (über nationale Aktionen, entsprechendes Material usw.), welches koordiniert und berät und mit anderen festen regionalen Strukturen verbunden ist. Diese stellen die lokale Verankerung sicher und passen ihre Aktivitäten selbständig den besonderen Verhältnissen an. Die Komplementarität der beiden Ebenen ermöglicht es, den Bedürfnissen möglichst gerecht zu werden, sie garantiert zudem die Wahrnehmung der Verantwortung durch beide Seiten und sorgt für mehr Kreativität. Für die Dauerhaftigkeit dieser Programme wird **gegenseitige Absprache und Zusammenarbeit** erforderlich sein.

Mittelfristig gilt es, diese Programme dort aufrechtzuerhalten, wo sie notwendig sind, wobei der Intensitätsgrad variieren kann (z.B. stärker in den grossen urbanen Zentren). Der Bund, die Kantone, die Vereinigungen (insbesondere die AHS) werden sich darauf konzentrieren müssen, die Bedürfnisse zu ermitteln, für eine angemessene Reichweite der Programme zu sorgen und die Verantwortlichkeiten festzulegen, insbesondere bei der langfristigen Finanzierung. Ebenso

wird eine Aufteilung der Aufgaben erfolgen müssen, dies unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die grossen Zentren oftmals die Bedürfnisse der sie umgebenden Regionen abdecken.

Allgemeine Schlussfolgerungen

- Die Prävention bleibt offenkundig sichtbar, präsent und legitim.
- Die Aids-Präventionsstrategie hat dauerhafte Resultate erzielt. Bisher lässt sich keinerlei Abnahme des Schutzverhaltens beobachten – dies trotz einer gewissen Verschiebung des Verhältnisses zur Krankheit dank der auf dem Gebiet der Behandlung erzielten Erfolge. Die Neuinfektionen nehmen weiterhin ab. Man ist jedoch noch weit davon entfernt, die Epidemie unter Kontrolle zu haben, die sich im Übrigen in anderen Gebieten der Welt weiter ausbreitet.
- Trotz der Unterschiede bei der Organisation von Aktivitäten auf kantonaler Ebene lassen sich bezüglich Präventionsverhalten keine bedeutenden regionalen Unterschiede feststellen, welches auch immer die betroffene Bevölkerungsgruppe ist (Allgemeinbevölkerung, Drogenkonsumenten, Jugendliche, Homosexuelle). Gewisse Ungleichheiten (zwischen Stadt und Land, zwischen den Bildungsgraden usw.) verblassen allmählich. Es findet eine echte Homogenisierung der Praktiken statt.
- Die Legitimität der Tätigkeit des Bundes im Bereich HIV/Aids wird nicht in Frage gestellt. Es besteht seitens der Kantone und der Vereinigungen sogar eine Nachfrage nach Informationen, nach Koordination und nach Mitfinanzierung. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen (Information, Material, Ausbildung usw.) werden genutzt.
- Die Notwendigkeit einer Weiterführung der Prävention ist allgemein anerkannt. Die Debatte und die Besorgnis betreffen eher die Art und Weise der Durchführung, ohne dabei die Errungenschaften zu gefährden. Die Kontinuität der Finanzierung und die Integration der Aids-Prävention in andere verwandte oder routinemässige Aktivitäten stehen im Zentrum dieser Fragestellungen.

Empfehlungen

- Man ändert nicht eine erfolgreiche Politik, sondern korrigiert ihre Unvollkommenheiten und passt sie der Lageentwicklung an. Nun gilt es, das Kap der «Normalisierung» zu umschiffen, d. h. den Fortbestand der Prävention zu sichern.
- Mittelfristig kann der Bund eine Verlagerung in Richtung Integration von Aids in die Bemühungen um eine breiter angelegte Prävention ins Auge fassen. Dabei muss er aber der Bevölkerung garantieren:
 - dass der Bund die Situation überwacht, sie unter Kontrolle hält und gemeinsam mit seinen nationalen und internationalen Partnern, die er bei deren Intervention unterstützt, die notwendigen Anpassungen vorschlägt;ⁱ
 - dass der Bund nicht auf ein nationales HIV/Aids-Programm verzichtet, solange er nicht sicher ist, dass sämtliche notwendigen spezifischen Aktivitäten zur Routine geworden sind, und zwar auf den passenden Ebenen, für sämtliche betroffene Bevölkerungsgruppen und mit einer gleichmässigen Abdeckung, um keine Ungleichheiten zu erzeugen (Fortsetzung der Prävention bei der Allgemeinbevölkerung und bei bestimmten Gruppen).
- Die Solidarität muss auch weiterhin ein wichtiger Bestandteil der Prävention bleiben. Mehreren Formen von Solidarität sind zu berücksichtigen:
 - Solidarität mit den Menschen mit HIV/Aids, wie bisher;
 - Solidarität mit den Kranken generell, damit die noch bestehenden Diskriminierungen und die fragwürdigen Praktiken in der Arbeitswelt, bei den Versicherungen oder bei der Qualität der Pflege (Vertraulichkeit und informierte Zustimmung) verschwinden;
 - Solidarität mit denjenigen Ländern, die keine Ressourcen haben, um ihrer Bevölkerung Prävention und Behandlung zu garantieren.

ⁱ Leadership und Verantwortung, die durch das Epidemiegesetz auferlegt werden.

Anhang 1 zu Kapitel 1

Bereits erschienene Berichte

Hausser D, Lehmann Ph, Gutzwiller F, Burnand B, Rickenbach M. *Evaluation de l'impact de la brochure tous ménages d'information sur le SIDA distribuée par l'OFSP*. Oktober 1986. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986. (Cah Rech Doc IUMSP, Nr. 7).

Hausser D, Lehmann Ph, Dubois-Arber F, Gutzwiller F. *Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse*. Décembre 1987. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987. (Cah Rech Doc IUMSP, Nr. 23).

Dubois-Arber F, Lehmann Ph, Hausser D, Gutzwiller F. *Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse. Deuxième rapport de synthèse*. Décembre 1988. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989. (Cah Rech Doc IUMSP, Nr. 39).

Hausser D, Zimmermann E, Dubois-Arber F, Paccaud F. *Evaluation der Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz. Dritter zusammenfassender Bericht, 1989-1990*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990. (Cah Rech Doc IUMSP, Nr. 52).

Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Gruet F, Paccaud F. *Evaluation der Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Vierter zusammenfassender Bericht, 1991-1992*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, Nr. 82).

Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Moreau-Gruet F, Haour-Knipe M, Spencer B, Paccaud F. *Evaluation der Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Fünfter zusammenfassender Bericht, 1993-1995*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, Nr. 120).

Anhang 2 zu Kapitel 1

Übersicht über die von 1987 bis 1998 durchgeführten Studien nach Art der Studie und nach Phase des Evaluationsprogramms

Periodisches Monitoring oder wiederholte Studien unter Anwendung der gleichen Methode oder gleichen Indikatoren (Trendmessungen)					
1987	1988	1989-1990	1991-1992	1993-1995	1996-1998
Verhalten Allgemeinbevölkerung 17-30 Jahre	Verhalten Allgemeinbevölkerung 17-30 Jahre	Verhalten Allgemeinbevölkerung 17-45 Jahre	Verhalten Allgemeinbevölkerung 17-45 Jahre	Verhalten Allgemeinbevölkerung 17-45 Jahre	Verhalten Allgemeinbevölkerung 17-45 Jahre
Präservativmarkt	Präservativmarkt	Präservativmarkt	Präservativmarkt	Präservativmarkt	Präservativmarkt
Medien	Medien	Medien		Tätigkeit niederschwelliger Drogenzentren	Tätigkeit niederschwelliger Drogenzentren
MSM (Verhalten)		MSM (Verhalten)	MSM (Verhalten)	MSM (Verhalten)	MSM (Verhalten)
				Drogenkonsumenten (Verhaltensweisen)	Drogenkonsumenten (Verhaltensweisen)
BerufsschülerInnen	Sexualunterricht	BerufsschülerInnen	Sexualunterricht		
		Eltern (Präventionsarbeit) *	Eltern (Präventionsarbeit) *		
		Ausländ. Studenten	Ausländ. Studenten		
		Ärzterschaft (quantitativ)		Ärzterschaft (quantitativ)	
		Solidarität *		Solidarität *	
			HIV-Test*	HIV-Test *	HIV-Test *
		Image d. Präservativs *	Image d. Präservativs *	Image d. Präservativs *	
		« Sextouristen » *			« Sextouristen »
				Präservativversager *	Präservativversager *
		Aids-Prävention in der Arztpraxis: aus Sicht der PatientInnen *	Aids-Prävention in der Arztpraxis: aus Sicht der PatientInnen *		
Studienreihen zum gleichen Thema, aber mit unterschiedlichen Ansätzen					
1987	1988	1989-1990	1991-1992	1993-1995	1996-1998
STOP-AIDS-Kampagne	STOP-AIDS-Kampagne	STOP-AIDS-Kampagne	STOP-AIDS-Kampagne	STOP-AIDS-Kampagne	STOP-AIDS-Kampagne
	Schulprogramme	Schulprogramme	Schulprogramme		
Drogenkonsumenten		Drogenkonsumenten	Drogenkonsumenten		
	Präventionsprog. für Drogenkonsumenten	Präventionsprog. für Drogenkonsumenten	Präventionsprog. für Drogenkonsumenten	Präventionsprog. für Drogenkonsumenten	Präventionsprog. für Drogenkonsumenten
Kantonale Strategien	Kantonale Strategien				Kantonale Strategien **
	Migrationsbevölkerung	Migrationsbevölkerung	Migrationsbevölkerung	Migrationsbevölkerung	
		Prävention im Strafvollzug **			Prävention im Strafvollzug
	Ausbildung Spitex-Personal und Freiwillige			Ausbildung Spitex-Personal und Freiwillige	
	Spitalpersonal (Einstellungen)			Spitalpersonal (Berufsrisiko)	
Nicht wiederholte Einzelstudien					
1987	1988	1989-1990	1991-1992	1993-1995	1996-1998
« Aufreisser »	Junge Randständige	Eltern	Medizinstudenten	Ausländische Prostituierte	Frauenprogramm
PatientInnen von Sentinella-Ärzten	Erziehungs- und Sozialfachleute		Freier-Kampagne		Programm MSM
Informelle Leader	Rekruten		Elternkampagnen	Jugendliche: geschlechtsspez. Unterschiede	Sexualität der Menschen mit HIV/Aids
	Bild der Sexualität		Heterosex. Erwachsene		MediatorInnen
« Sextouristen » **	Ärzterschaft (qualitativ)		Freier		Projekt PAMiR **
	HIV-Teststellen				Institutionelle Diskriminierung
	Feedback				HIV/Aids im Spiegel der Presse **

* Bestandteil der Umfrage über die Verhaltensweisen der 17-45-Jährigen.

** Ausserhalb der Globalevaluation durchgeführte Studien, direkt vom BAG in Auftrag gegeben.

Anhang 3 zu Kapitel 1

Methodische Merkmale der verschiedenen Studien

Studie	Reichweite *	Kollektiv	n	Instrument
Allgemeinbevölkerung 17-45 Jahre	Schweiz	Zufalls- stichprobe	2800	Telefoninterview mit Basisteil (Einstellungen und Verhaltensweisen, Test, Solidarität) und Sonderteilen Risikomanagement Sextourismus Neue Therapien
Präservativabsatz	Schweiz	Markt		Verkaufsstatistiken der Grossverteiler
Homo-/Bisexuellen-Survey	Schweiz	Freiwillige	1097	Über Presse und Homosexuellen-Gruppen verteilter Fragebogen mit folgenden Teilen Risikomanagement Neue Therapien Interview Solidarität/Diskriminierung
Studie Homosexuelle Paare ^a	DS, RO	Freiwillige	32	Interviews
			48	Projektionstest FAST (indiv. und als Paar)
Drogenkonsumenten, Studie der NSE-Klientel	Schweiz	Freiwillige	2970	Teilweise selbst auszufüllender Fragebogen
Aktionsprogramm Frauen I	Schweiz	BAG Programmleiter	12	Interviews Analyse der Unterlagen
Aktionsprogramm Frauen II	Schweiz	Programmleiter und Partner, Entscheidungssträger	20	Interviews Analyse der Unterlagen
MSM I	Schweiz	Programmleiter und « Outreach workers »	25	Interviews Analyse der Unterlagen
MSM II	Schweiz	Programmleiter und Partner, ORWs	40	Interviews Analyse der Unterlagen
Risikominderungsprogramme für Drogenkonsumenten	Schweiz	Bestehende Programme	ca. 20	Monatliche Erhebung der Aktivitäten und der Spritzenabgabe
Spritzenverkauf in Apotheken	Schweiz	Freiwillige	** 61-73%	Geschätzter Absatz in den letzten 3 Monaten des Jahres
Aids-Prävention im Strafvollzug	Schweiz u. Ausland	Unterlagen		Untersuchung der vorhandenen Daten
MediatorInnen	Schweiz	Bestehende Programme	31	Interviews Literaturschau
Programme PAMiR	DS	Reisefachleute	25	Interviews
			114	Fragebögen
Sexualität der Menschen mit HIV/Aids	DS, RO	Literatur		Literaturschau
		Aids-Fachleute	19	Interviews
		Menschen mit HIV/Aids	25	Interviews
Diskriminierung	Kantone VD, GE	Informanten	>200	Interviews und Analyse der Unterlagen
		Menschen mit HIV/Aids	31	Interviews
Kantonale Strategien	Schweiz	5 Kantone/regionale Einheiten		Vernehmlassungsverfahren Seminare
Pressestudie	Schweiz	Auswahl von Artikeln im Zeitraum 1.1.87-31.10.96	1168	Inhaltsanalyse

* RO : Romandie, DS : Deutschschweiz.

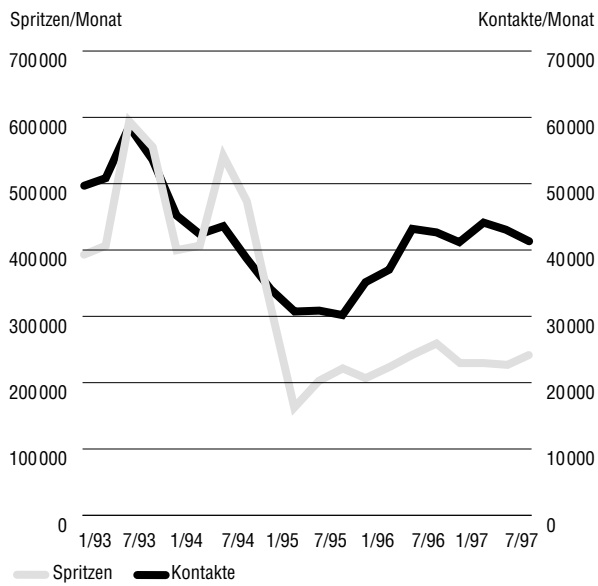
** Beteiligungsquote.

^a Ausserhalb des Evaluationsprogramms erstellte Studie, finanziert durch die Kommission zur Kontrolle der Aids-Forschung.

^b Ausserhalb des Evaluationsprogramms erstellte Studie, finanziert durch das BAG.

Anhang 1 zu Kapitel 3

Entwicklung der Anzahl Kontakte
und der Spritzenabgabe in den NSE
in der Schweiz 1993-1997*



* Anzahl Einrichtungen: 1993: N=28; 1994: N=23; 1995: N=23;
1996: N=24; 1997: N=25.

Anhang 2 zu Kapitel 3

Beurteilung der Zweckmässigkeit eines Injektionsraums

Ein Injektionsraum hat gewisse Vorteile, wirft aber für die Arbeitsteams und die Drogenklientel auch Fragen auf.

Meinung der Leitung und des Mitarbeiterstabs:	
Vorteile	Fragliche Aspekte
Akzeptanz des Konsums im Innern des Injektionsraums	Konsum steht im Widerspruch mit der Aussenwelt (Gesellschaft, Gesetze)
Verbesserung der Injektionsbedingungen: Hygiene, steriles Material, Ruhe, weniger Stress, humanerer Rahmen	Injektionsbedingungen ausserhalb der Öffnungszeiten der Anlaufstelle
Ärztliche Überwachung der Injektion (Sicherheit, Reanimationsmöglichkeiten)	Wartezeit infolge des Grossandrangs
Einsammeln des gebrauchten Materials	Nutzung zum Testen der Stoffqualität oder der Dosis Verleitet dazu, Filter zu sammeln
An die beobachteten Risiken angepasste präventive/lehrreiche Botschaften direkt an die Zielgruppe zum Zeitpunkt der Injektion	Präventive/lehrreiche Botschaften bei den Konsumenten bereits bekannt, Weigerung, Ratschläge von einem Nicht-Konsumenten anzunehmen, Schwierigkeit, das Verhalten zu ändern
Entspannungsraum, Cafeteria	Konzentration rund um dem Injektionsraum
Konsumenten fallen in der Stadt weniger auf	Konzentration in einem Quartier, einer Strasse
Meinung der Klientel:	
Vorteile	Fragliche Aspekte
Sicherheit der Injektion: gute Hygiene, Ruhe (ohne polizeiliche Einmischung) Überwachung, Möglichkeit der Reanimation	(keine negativen Punkte)
Gewissheit, Drogen zu finden: weniger Stress, weniger Probleme mit der Polizei	Leichtigkeit des Zugangs kann die Konsumhäufigkeit beeinflussen
In einigen Fällen: Regulierung des Konsums	In anderen Fällen: Deregulierung des Konsums
Verringerung des Konsums	Steigerung des Konsums
Drogenkleinhandel unter den Anwesenden im Raum	Drogenhandel der Drogenkonsumenten stellt die Einrichtung politisch in Frage

Anhang zu Kapitel 4

Gefängnisaufenthalte der Klientel von niederschweligen Stellen in der Schweiz: 1993 bis 1996

	1993 N = 1119	1994 N = 907	1996 N = 764
Haftstrafen im Laufe des Lebens			
% sass im Laufe des Lebens bereits im Gefängnis	68 % N = 716	60 % N = 458	68 % N = 640
Durchschnittliche Haftdauer in Monaten	12	14	
% verbrachte weniger als einen Monat im Gefängnis	27 %	22 %	
In den letzten zwei Jahren (1995-1996)			
% hatte in den letzten zwei Jahren einen Gefängnisaufenthalt (95-96)			36 % N = 333
Durchschnittliche Haftdauer in Monaten			4
% verbrachte weniger als einen Monat im Gefängnis			30 %

Drogenkonsum und Tausch von Injektionsmaterial, Klientel der niederschweligen Stellen in der Schweiz: 1994, 1996

	1994 N = 458	1996 N = 333		
Frage im Jahr 1994: Während des letzten Gefängnisaufenthalts ...				
Frage im Jahr 1996: In den vergangenen zwei Jahren (1995-1996), im Gefängnis ...				
% haben sich Drogen gespritzt	26 %	27 %		
Einmal	4 %	5 %		
Mehrmals	22 %	23 %		
Spritzentausch im Gefängnis				
bei den i.v. Drogenkonsumenten, die bereits im Gefängnis sassien	1994 N=415	1996 N=299	8 %	6 %
Spritzentausch im Gefängnis				
bei den i.v. Drogenkonsumenten, die sich im Gefängnis Drogen gespritzt haben	1994 N=109	1996 N=83	28 %	20 %
Einmaliger Spritzentausch im Gefängnis (ein einziges Mal)				
bei den i.v. Drogenkonsumenten, die sich im Gefängnis einmal Drogen gespritzt haben	1994 N=17	1996 N=14	18 %	14 %
Spritzentausch im Gefängnis				
bei den i.v. Drogenkonsumenten, die sich im Gefängnis mehrmals Drogen gespritzt haben	1994 N=92	1996 N=69	30 %	22 %
Einmaliger Spritzentausch im Gefängnis (ein einziges Mal)				
bei den i.v. Drogenkonsumenten, die sich im Gefängnis mehrmals Drogen gespritzt haben	1994 N=92	1996 N=69	6 %	9 %
Mehrmaliger Spritzentausch im Gefängnis				
bei den i.v. Drogenkonsumenten, die sich im Gefängnis mehrmals Drogen gespritzt haben	1994 N=92	1996 N=69	24 %	13 %

Anhang zu Kapitel 5

Aktivitäten des Aktionsprogramms «Gesundheit von Frauen – Schwerpunkt HIV/Aids-Prävention» 1/4

	Code	Output	Sprache	Verteilkanäle Anzahl gedruckter Exemplare Zahl der erreichten Personen	Reichweite	Finanzierungsbeitrag durch das Programm	Externe Finanzierung	
Material	M-1	Broschüre: 6 Fragen		Trams in Zürich, medizinische Zeitschriften, Arztpraxen, paramedizinische Einrichtungen, AIDS Info Docu	Landesweit	5800.–	10 000.– (EDMZ)	
				1. Auflage				2. Auflage
			Deutsch	50 000				50 000
			Französisch	30 000				30 000
	Italienisch	10 000	10 000	(1. Auflage nach 10 Monaten vergriffen)				
	M-2	Broschüre: «OK Ragazze» «Ho les filles»		Schulen, Eltern, «Peers» und BeraterInnen für Sexualerziehung sowie Familienplanung, Gynäkologen, KinderärztInnen, Aidsgruppen, Apotheken	Landesweit	50 000.–		
			Italienisch	10 000	+ 6 000			
			Französisch	15 000				
	M-3	Projekt «Necessaire» Phase I		Gynäkologen, Apotheken, Beratungspersonen	Landesweit	70 000.–	80 000.– (FSPS)	
			Deutsch	150 000				
		Projekt «Necessaire» Phase II	Französisch			182 000.–	Mehrere Quellen ^a	
	M-4	Produktion eines Films	Deutsch	Schulen	Landesweit	10 000.–	Total: 47 000.– (Schule und Gesundheitsprojekte BAG)	
	M-5	Broschüre für lesbische und bisexuelle Frauen		(Beginn 7.98) Lesbenorganisationen, Veranstaltungen, Klubs, Beraterinnen	Landesweit	38 100.–	Restliche Finanzierung in Höhe von etwa 30 000.– noch offen	
			Deutsch	8000				
			Französisch	4000				
			Italienisch	2000 (falls Sponsoren gefunden werden)				
	M-6	Radioprogramme		jeweils am Samstagmorgen, Mittwochsabend (für junge Leute) und Nachmittag	Tessin	Löhne des Personals		
			Italienisch	15 Programme				
	M-7	Inventar der Ressourcen in Verbindung mit Fragen zur sexuellen Gesundheit von Frauen			Landesweit	Löhne des Personals		
	M-8	Gesundheitsbroschüre für Lehrlinge	Deutsch	Schulen 25 000		Löhne des Personals		
	M-9	Präventionsbroschüre, «Prävo» (Edel)	Deutsch	Schulen 40 000		Löhne des Personals		
	M-10	Konsens: Kontrazeption und HIV/Aids-Prävention	Deutsch Französisch Italienisch	Fachzeitschriften (in Vorbereitung), Gynäkologen FMH (40), Tagungen: Swiss Assn. Child psychology (9.97, 30), Family Planning (10.97, 40), Social Aspects of AIDS in Europe (1.98, 100)	Landesweit	Löhne des Personals	Teilfinanzierung des Personals auf Auftrag des SNF, Beratungen der Experten offeriert	

^a Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung (80 000), Horten-Stiftung (30 000), AHS (25 000), PTT (30 000), Kanton Solothurn (7 000), Kanton Aargau (10 000).

**Aktivitäten des Aktionsprogramms
«Gesundheit von Frauen – Schwerpunkt
HIV/Aids-Prävention» 2/4**

Projekte	Code	Output	Sprache	Verteilkanäle Anzahl gedruckter Exemplare Zahl der erreichten Personen	Reichweite	Finanzierungs- beitrag durch das Programm	Externe Finanzierung
	P-1	« FrauenOASE » Geschützter Raum für Frauen aus dem Drogenmilieu	Deutsch	114 (1995 und 1996)	Basel-Stadt	30 000.–	Total : 145 800.– (BAG)
	P-2	« Entrelaçar » – Pilotprojekt für portu- giesische Frauen • interne Evaluation	Portugie- sisch	850	Waadt	20 000.– 2000.–	Vorfinanzierung durch das Migran- tenprojekt des BAG, Rest mit lokalen Finanz- mitteln gedeckt
	P-3	Mädchen « Close to risk »	Französisch	500 Frauen und junge Mädchen	Romandie	22 000.–	
	P-4	St. Gallen « Frauen und Aids » (für Frauen in ländlicher Umgebung) Evaluation	Deutsch	Infobulletin des Frauenzentrums, schriftliche Präventionsinformationen, Artikel in der Lokalpresse, indirekt: 3000 Informationen, Sitzungen und Kurse Direkt: 220	Kanton St. Gallen	48 000.– 24 000.– 16 800.–	10 000.– Kanton St. Gallen
	P-5	Mediatorinnen, Drogen- konsumentinnen	Italienisch	Kurse für 4 Frauen erteilt von 2 professionellen Mediatorinnen Ebenfalls Ausbildung von MediatorInnen durch SozialarbeiterInnen	Bellinzona	7500.–	
	P-6	Jugendzentren « Junge Mädchen und Gesundheit »	Deutsch	50	Basel-Stadt	3600.–	500.– (lokale Finanzierung)
	P-7	Jugendzentren, Thea- ter und Diskussion	Deutsch	18 Aufführungen mit anschliessenden Diskussionen, 130 junge Mädchen	Deutschschweiz	10 700.–	7 300.– (lokale Finanzierung)
	P-8	Jugendzentren, Weiterbildung von Betreuungspersonen	Deutsch	20 Sitzungen (11 für Frauen, 9 für Männer) 170 (45 Männer)	Basel-Land	12 000.–	13 000.– (lokale Finanzierung)
	P-9	Diskussionen mit den Eltern	Italienisch	Ungefähr 20	Umgebung von Lugano	800.–	
	P-11	Kontakt mit jungen Au-Pair-Mädchen	Italienisch	23 junge Au-Pair-Mädchen in 2 Sitzungen	Lugano, Ascona	2400.–	
	P-12	Gesundheitskurs für türkische Frauen	Türkisch	29	Winterthur	4300.–	1200.–
Weiter- bildung	WB-1	Information und Ver- netzung von Personen, die in den Bereichen Aids und sexuelle Gesundheit tätig sind	Französisch	74 in 3 Sitzungen Die an diesen Sitzungen ausgebildeten Fachleute geben nun ihre Kenntnisse an ihre Klientel und ihre SchülerInnen weiter	Romandie	13 600.–	2250.– (lokale Finanzierung)
	WB-2	Kurs für MediatorInnen • Entwicklung • Blockkurs	Deutsch	ca. 60 in 4 Kursen	Deutschschweiz	13 000.– 32 000.–	ca. 24 000.– noch aufzutreiben
	WB-3	Ausbildung von Media- torinnen, Drogen- konsumentinnen	Deutsch	4 ausgebildete Mediatorinnen 50 Drogenkonsumentinnen	St. Gallen Stadt	8000.–	

Aktivitäten des Aktionsprogramms « Gesundheit von Frauen – Schwerpunkt HIV/Aids-Prävention » 3/4

Code	Output	Sprache	Verteilkanäle Anzahl gedruckter Exemplare Zahl der erreichten Personen	Reichweite	Finanzierungsbeitrag durch das Programm	Externe Finanzierung
WB-4	Ausbildung von Mediatorinnen, Fachleuten im Gesundheitswesen:	Italienisch		Tessin	2100.–	
a	Freiwillige, Frauenzentren		37 (2 Zentren)		Ein Teil des Betrags	
b	KrankenpflegeschülerInnen		48		Ein Teil des Betrags	
c	Beraterinnen, Liga La Leche		20		Ein Teil des Betrags	
d	Freiwillige, Spitalpersonal		15		Ein Teil des Betrags	
e	Haushaltshilfen		8		Löhne des Personals	
f	Freiwillige, Verein		12		Ein Teil des Betrags	
WB-5	Feedbacksitzungen für Fachleute für sexueller Gesundheit, SVFS, Phase I	Französisch Deutsch	30 0	Landesweit	61 900.–	
	SVFS, Phase II				80 000.–	
WB-6	Workshops, SozialarbeiterInnen und JugendbetreuerInnen	Deutsch	52	Kanton Zürich	12 200.–	10 800.– (lokale Finanzierung)
WB-7	Expertentreffen: Kontrazeption und HIV-Prävention für junge Frauen		20-25	Landesweit	Löhne des Personals	
WB-8	Meeting zur geschlechtsspezifischen Forschung		42	Landesweit	1700.–	Einschreibgebühr bezahlt durch die teilnehmenden Personen
Forschung F-1	Gesundheit und junge Erwachsene von 20 Jahren, Sekundäranalyse			Landesweit	30 000.–	
F-2	Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Ausbreitung des HIV, Sekundäranalyse			Landesweit	20 000.–	
F-3	Jugendliche, Kontrazeption und Präservative, Sekundäranalyse und Literaturschau			Landesweit	22 500.–	
F-4	Evaluation der Bedürfnisse und der Machbarkeit: Projekt «Necessaire»			ZG AG FR GE	30 000.–	

**Aktivitäten des Aktionsprogramms
«Gesundheit von Frauen – Schwerpunkt
HIV/Aids-Prävention» 4/4**

Öffent- lichkeits- arbeit	Code	Output	Sprache	Verteilkanäle Anzahl gedruckter Exemplare Zahl der erreichten Personen	Reichweite	Finanzierungs- beitrag durch das Programm	Externe Finanzierung
	F-5	Evaluation der Bedürf- nisse und der vorhan- denen Informationen: Broschüre für Lesben und Bisexuelle			Romandie und Deutschschweiz	9000.–	
	F-6	Evaluation der Bedürf- nisse und der Mach- barkeit: Verfügbare Informationen über die sexuelle Gesundheit				Löhne des Personals	
	PR-1	Pressekonzferenz (8.11.1995) & Information	Deutsch Französisch Italienisch	280 Einladungen mit Pressedossier 8 anwesende Journalisten 50 veröffentlichte Artikel	Landesweit	8000.–	
	PR-2	Infobroschüre zum Programm		Versand an Fachleute (Adressen entsprechend der Liste M7)	Landesweit	12100.–	
			Deutsch	2000			
			Französisch	1200			
			Italienisch	750			
	PR-3	Gesundheitsfachleute Workshop «Frauen und Gesundheit: von der Idee zur Aktion»	Deutsch	1830 Einladungen + Anzeigen im BAG-Bulletin 36 (1 Journalist)	Deutschschweiz	14700.–	
	PR-4	Infoveranstaltungen für Frauen, Allgemein- bevölkerung	Italienisch	70	Bellinzona	Löhne des Personals	
	PR-5	Information über das Programm via Medien				16000.–	
	PR-6	Infostand, «Tag der offenen Türe» eines Spitals	Deutsch	20000 BesucherInnen, gut besuchter Stand	Basel-Stadt	100.–	
	PR-7	Publikationen in Fachzeitschriften			International	Löhne des Personals	
	PR-8a	Berichte: nationale Tagungen			Landesweit	Löhne des Personals	
	PR-8b	Berichte: inter- nationale Tagungen			International	Löhne des Personals	
	PR-9	Infostand, Tagung des Pflegepersonals		1200 TeilnehmerInnen (mehrheitlich Krankenschwestern)	Landesweit	500.–	
			Deutsch	700			
			Französisch	400			
			Italienisch	100			
	PR-10	PR-Konzept			Landesweit	6000.–	
	PR-11	Begleitbroschüre zum Programm	Deutsch	3500	Landesweit	Löhne des Personals	
			Französisch	1500			
			Italienisch	350			

Anhang 1 zu Kapitel 8

Hauptsächliche Schweizer Projekte mit « MediatorInnen »

	Verantwortliche Organisation	Zielpublikum
Projekte, die sich an eine Bevölkerungsgruppe als Ganzes richten		
Männer, die Sex mit Männern haben (MSM): Aids-Prävention	Aids-Hilfe Schweiz (AHS)	Männer, die Sex mit Männern haben (gesamtschweizerisch)
Migrantenprojekt: Aids-Prävention, später Aids- und Suchtprävention	Bundesamt für Gesundheit (BAG)	Gemeinschaften in der Schweiz: Spanische Portugiesische Türkische Italienische Albanische
Projekt «Pärke»: Aids-Prävention	Migrantenprojekt und Groupe Sida Genève	Spanischsprachige Frauen aus Lateinamerika in Genf
Entrelaçar: sexuelle Gesundheit sowie Gesundheitsförderung	Migrantenprojekt, Frauenprogramm, Kanton Waadt	Portugiesische Frauen, Kanton Waadt
Appartenances	Vereinigung	Ausbildung der MediatorInnen, kulturelle Interpretation
An eine ganz spezielle Gruppe gerichtetes Projekt		
Projekt MEDIA: Aids-Prävention, weniger risikoreiche Injektion	Aids-Hilfe St. Gallen, später privater Verein	Im Prinzip auf alle Zielgruppen anwendbares Konzept, das interessierten Betreuungspersonen und Vereinigungen vorgeschlagen wird. Die « MediatorInnen » nehmen mit den Zielpersonen Kontakt auf, indem sie ihnen ein « Geschenk » anbieten (eine Schachtel mit nützlichen Präventionsutensilien, Infomaterial, Toilettenartikeln usw.) und mit ihnen einen Fragebogen ausfüllen, mit dem das Präventionswissen der Person erfasst wird, so dass die Präventionsbotschaft anschliessend angepasst werden kann.
Pilotprojekte in St. Gallen:	IGL Verein Lebensfreude	Ehemalige Drogenkonsumenten
	PROVE, verantwortlich für das Programm in St. Gallen	Teilnehmende am Heroinabgabeprogramm
	ISPM Basel, Stiftung « Hilfe für Drogenabhängige »	Frauen in Methadontherapie
Gefängnisprojekt Saxerriet	Strafanstalt Saxerriet	Gefängnisinsassen, St. Gallen
Gefängnisprojekt Bostadel	AIDS-Hilfe Zug und Migrantenprojekt	Gefängnisinsassen, Zug
Weitere Projekte bei Drogenkonsumenten		
Overdose	Drop-In, Biel	Drogenkonsumenten (Erste-Hilfe-Kurs)
Donne a confronto	Antenna Icaro, Bellinzona	Drogenkonsumierende Frauen

	Verantwortliche Organisation	Zielpublikum
Projekte mit Sex Workern		
Barfüsserfrauen in den Kantonen: Genf, Tessin, Waadt, Basel, St. Gallen, Bern, Zürich, Graubünden, Aargau, Solothurn, Luzern, sowie in Winterthur	Aids-Hilfe Schweiz (AHS)	Ausländische weibliche Sex Worker. Die Frauen werden eingeladen, eine Info-Kassette anzuhören (nicht immer), sie erhalten Präservative und nützliche Informationen zu ihrer Situation (Beratungs-, Hilfsstellen usw.). Beim ersten Kontakt beantworten sie manchmal einen Frageboten.
Boulevards	ASPASIE, Groupe Sida Genève	Aufnahmestation und Informationsbus für Sex Worker und Drogenkonsumentinnen
Male sex workers (MSW) Zürich, Basel, Bern, Genf	Aids-Hilfe Schweiz (AHS)	Männliche Sex Worker
Multiplikatorenprojekte^a		
Frauenprogramm: Ausbildung von Mediatorinnen, Tessin	Frauenprogramm	Fortbildungskurs für SozialarbeiterInnen in Frauenhäusern, Haushaltshilfen, Pflegepersonal, Beraterinnen der Liga La Leche, freiwillige HelferInnen im Gesundheitswesen
Einfach schwierig	Aids-Hilfe Schweiz (AHS), Zürich AIDS-Infostelle Winterthur	Fortbildungskurs für ErzieherInnen, Spezialisten: Jugendarbeit
PAMIR	Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bern	Fortbildung für Reiseleiter und andere Angestellte in der Reisebranche

^a Projekte, die Personen, die beruflich mit potentiell gefährdeten Personen zu tun haben, informieren oder sensibilisieren.

Anhang 2 zu Kapitel 8

Typologie der « Mediatorenprojekte »

Ziel der Intervention	Gesamte Bevölkerung		Marginalisierte oder schwer erreichbare Gruppe		
Typ	A	B1	B1	B1	B2
Verbindung des « Mediators » mit dem Milieu	<i>Stammt aus der Zielgruppe</i>	<i>Stammt aus der Zielgruppe</i>	<i>Stammt aus der Zielgruppe</i>	<i>Stammt aus der Zielgruppe</i>	<i>Stammt nicht aus der Zielgruppe</i>
Natur des Projekts	Stark strukturiert Ausgerichtet auf die Ziele Top-down Langfristig Beteiligung der Gemeinschaft erwartet	Stark strukturiert Ausgerichtet auf die Ziele Top-down Langfristig Keine Beteiligung der Gemeinschaft erwartet	Stark strukturiert Ausgerichtet auf die Ziele Top-down Langfristig Keine Beteiligung der Gemeinschaft erwartet	Schwach strukturiert Ausgerichtet auf die Mittel (Marketing) Top-down Kurzfristig Angebot des Mittels/Anfrage seitens Präventionsfachleuten oder Vereinigungen	Stark strukturiert Ausgerichtet auf die Ziele Top-down Langfristig Beteiligung der Gemeinschaft erwartet
Funktion des « Mediators »	Alle Arten von Funktionen : von der Koordination der regionalen Aktivitäten (bezahlter Bereitschaftsdienst) bis zu verschiedenen Formen von Freiwilligenarbeit (Verteilung von Material, Präsenz an einem Stand, Kurse usw.)	Wissensvermittlung an Gleiche	Die Intervention bei Gleichgestellten legitimieren/die Verbindung schaffen zwischen dem lokalen Programmverantwortlichen und der Zielbevölkerung	Wissensvermittlung an Gleiche, indem man mit einem « Präventionsset » auf sie zugeht	Auf eine spezielle Bevölkerungsgruppe zugehen, der man zwar nicht angehört, mit der man aber etwas gemeinsam hat
Position vor Ort	Allein oder begleitet je nach seiner Funktion	Allein (kann von Zeit zu Zeit von einem Supervisor begleitet werden)	Nicht allein	Allein (kann von Zeit zu Zeit von einem Supervisor begleitet werden)	Allein (kann von Zeit zu Zeit von einem Supervisor begleitet werden)
Projekte, die zu dieser Kategorie gehören	<ul style="list-style-type: none"> • Migranten • Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) 	<ul style="list-style-type: none"> • Barfüsserfrauen in der Deutschschweiz • Gefängnisprojekt in St. Gallen • Männliche Sex Worker (MSW) 	<ul style="list-style-type: none"> • Barfüsserfrauen Lausanne (macht die Koordinatorin mit den Sex Workern bekannt) • Boulevard GE (bewegt sich im Umkreis des Busses, legitimiert diese Aktion bei den anderen Sex Workern) 	<ul style="list-style-type: none"> • MEDIA 	<ul style="list-style-type: none"> • Barfüsserfrauen Tessin, Genf (Gemeinsamkeit Sprache/Kultur) • Männliche Sex Worker (MSW) • Gemeinsamkeit: Zugehörigkeit zur Gruppe MSM als Zielgruppe und ihren Klienten
Sonderfälle	Ausbildung von Fachleuten , damit diese Multiplikatoren der Präventionsbotschaften bei ihrer Kundschaft werden <ul style="list-style-type: none"> • PAMIR (Touristen) • Fachleute aus dem Sozialwesen (Frauen) 		<ul style="list-style-type: none"> • « Fleur de pavé » Lausanne, von den Sex Workern und den Sozialarbeiterinnen gemeinsam geführt Bus. Die « Mediatorin » steigt nicht aus dem Bus, legitimiert aber die Aktion bei den Sex Workern 		Ausbildung von Personen aus den Zielgruppen , damit diese als Vorbilder für ihresgleichen fungieren <ul style="list-style-type: none"> • Biel, Drop-in für Drogensüchtige: Was zu tun ist, wenn jemand eine Überdosis genommen hat.

Anhang zu Kapitel 9

Personen (in %), die in den letzten 6 Monaten Präservative benutzt und dabei die Erfahrung gemacht haben, dass das Präservativ gerissen oder abgerutscht ist

	Gerissen			Abgerutscht			Kein Problem
	0	1	2 oder +	0	1	2 oder +	
1994 n = 794	94 ± 2	4 ± 1	2 ± 1	90 ± 2	5 ± 1	5 ± 1	86 ± 2
1997 n = 799	90 ± 2	7 ± 2	4 ± 1	88 ± 2	7 ± 2	5 ± 2	82 ± 3

Anhang zu Kapitel 10

Verteilung (%) der gesamten Partnerzahl im Laufe des Lebens bei den 17-20-Jährigen. Umfragen bei der Allgemeinbevölkerung

Gesamtzahl der PartnerInnen	Jan. 87 n=344	Okt. 87 n=353	Okt. 88 n=353	Okt. 89 n=428	Okt. 90 n=422	Okt. 91 n=484	Okt. 92 n=492	Okt. 94 n=328	Okt. 97 n=331
0 Partner/in	34±5	32±5	32±5	32±4	32±4	30±4	35±4	34±5	35±5
1 Partner/in	20±4	22±4	23±4	30±4	26±4	25±4	24±4	27±5	24±5
2 PartnerInnen	10±3	11±3	13±3	10±3	10±3	14±3	11±3	14±4	16±4
3 oder mehr PartnerInnen	33±5	26±5	31±5	26±4	25±4	27±4	29±4	25±5	24±5
Keine Antwort	3	9	1	2	7	4	1	0	0

Indikatoren (%) für ein potentielles HIV-Infektionsrisiko sowie für das Schutzverhalten der 17-20-Jährigen. Umfragen bei der Allgemeinbevölkerung

	Jan. 87 n=344	Okt. 87 n=353	Okt. 88 n=353	Okt. 89 n=428	Okt. 90 n=422	Okt. 91 n=484	Okt. 92 n=492	Okt. 94 n=328	Okt. 97 n=331
Neue feste Beziehung*			27±5	22±4	28±4	21±4	22±4	22±5	17±4
Davon solche, die zumindest zu Beginn Präservative benutzt haben			42±10	47±10	58±9	60±10	75±8	59±11	69±12
1 oder + Gelegenheitskontakte**	17±4	15±4	17±4	14±3	9±3	16±3	15±3	12±4	9±3
Dabei haben Präservative benutzt									
Immer	16±9	20±11	51±13	53±13	73±14	58±11	69±11	69±15	85±13
Manchmal	41±13	57±13	43±13	23±11	16±12	18±9	20±9	19±12	11±11
Nie	44±13	23±11	7±6	25±11	11±10	24±10	11±7	23±13	4±17
Sexuell Aktive	65±5	65±5	71±5	67±5	65±5	69±4	64±4	66±5	65±5
Davon solche, die beim letzten Sexualkontakt Präservative benutzten						47±5	51±6	56±7	61±7
Haben bereits einen HIV-Test gemacht							11±3	12±4	15±4

* Während des Jahres.

** In den letzten 6 Monaten.

Anhang zu Kapitel 12

Sprizentausch und HIV-Test – angegeben oder gemessen – bei verschiedenen Gruppen von Drogenkonsumenten: 1989-1997

Ort	Jahr	N	Durchschnitts- alter	% Tausch 6 Monate	% getestet	HIV +
Niederschwellige Einrichtungen (NSE)						
Zürich ¹	1989	106	27.4	13	82	24
Genf ²	1992	99	25*	44	89	17
Schweiz ³ (Gesamtstichprobe)	1993	1119	26.6	17	88	10
Schweiz ⁴ (Gesamtstichprobe)	1994	907	27.8	9	91	8
Schweiz ⁵ (Gesamtstichprobe)	1996	944	29.0	11	93	11
Ambulante Behandlung						
Schweiz ⁶ SAMBAD-Statistik	1989	449	25		79	15
Schweiz SAMBAD-Statistik	1996	690	26-27*	6	84	13
Schweiz ⁸ SAMBAD-Statistik	1997	412			89	10
Schweiz Programm «PROVE» (Heroin)	93-96	1035	30.8			16
Stationäre Behandlung						
Zürich ⁷	1990	205	23-25*			21
Zürich ⁸ (ambulant und stationär)	1991	340	26.1	4		
Zürich ⁹	1993	293	23-25*			< 10
Schweiz FOS-Statistik	1997	629	25.5			5
Versteckte Population						
Schweiz ¹⁰	1994	165	28*	11	85	13

* Mittelwert Alter (Frau-Mann).

1

Einführung

- 1 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B. *Long term global evaluation of a national AIDS prevention strategy: the case of Switzerland* (erscheint demnächst).

2

STOP-AIDS-Kampagne

- 1 *Bericht zur Evaluation der 1997er STOP-AIDS-Kampagne*. Zürich: RGS Motiv- und Marktanalyse GmbH; 1997.

3

Verminderung der HIV/Aids-bezogenen Risiken im Drogenbereich

- 1 Uchtenhagen A. *Harm reduction: The case of Switzerland*. Eur Addict Res 1995; 1: 86-91.
- 2 *Arbeit und Wohnen für Menschen im Umfeld illegaler Drogen: Das neue Handbuch zum Aufbau von Wohn- und Arbeitsprojekten und Tagesstrukturen*. Zürich: Schweizerisches Arbeiterhilfswerk (SAH); 1997.
- 3 Benninghoff F, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. *Monitoring des activités des structures à bas seuil d'accès pour les consommateurs de drogues en Suisse: remise de matériel d'injection stérile, résultats pour 1993 et quelques résultats cantonaux*. Soz. Praeventivmed, 1996; 41(Suppl 1): 5-14.
- 4 IPSO Sozialforschung. *Studie zur Spritzenabgabe durch Apotheken*. Dübendorf: IPSO; 1995.
- 5 Chollet-Bornand A, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. *Enquête nationale des pharmacies 1997*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (erscheint demnächst).
- 6 Dobler-Mikola A, Schaaf S. *Spritzenautomaten: Zusammenstellung der Eckwerte*. Zürich: Institut für Suchtforschung; 1996.
- 7 Benninghoff F. *Monitoring des structures à bas seuil d'accès mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse 1993-1997*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998.

- 8 Update: *Syringe Exchange Programms United States 1997*. mmwr 1998; 47 (31): 625-55.
- 9 Noël L, Parent R, Tremblay J, Coutier R. *Monitorage des clientèles des services des programmes de prévention du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection au Québec*. Québec: Centre de santé publique de Québec; 1998.
- 10 Fahrenkrug H, Rehm J, Müller R, Klingemann H, Linder R. *Illegale Drogen in der Schweiz 1990-1993*. Zürich: Seismo; 1995.
- 11 Lurie P, Gorsky R, Jones TS, Shomphe L. *An economic analysis of needle exchange and pharmacy-based programs to increase sterile syringe availability for injection drug users*. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 1998; 18 (Supp 1): S126-32.
- 12 Rémis R, Leclerc P, Vandal A. *La situation du sida et de l'infection au VIH au Québec, 1996*. Montréal: Direction de la santé publique de Montréal-Centre pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 1998.
- 13 Geense R. *Evaluation of the federal measures to reduce the problems related to drug use. To have or to have not: that's the question*. A qualitative study on four low threshold needle exchange services for drug users in Switzerland. Lausanne: University of Social and Preventive Medicine 1997 (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.11).

4

HIV/Aids-Prävention im Strafvollzug

- 1 Hausser D. *Prévention de la transmission du VIH dans les prisons suisses. Analyse secondaire sur la base de la littérature disponible*. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et préventive (Raisons de Santé, erscheint demnächst).
- 2 Bundesamt für Gesundheit. *HIV-Prävention in der Schweiz: Ziele, Strategien, Massnahmen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit, Eidg. Kommission für Aidsfragen; 1993.

5

«Gesundheit von Frauen – Schwerpunkt HIV/Aids-Prävention» Aktionsprogramm 1994-1998

- 1 Bundesamt für Gesundheit. *HIV-Prävention in der Schweiz: Ziele, Strategien, Massnahmen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit; Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen; 1993: 117-30.
- 2 Schmid M, Twisselmann, W, Conzelmann, C, Zemp E. *Die Gesundheit von Frauen – HIV-Prävention: Informationen zum Aktionsprogramm des Bundesamt für Gesundheit 1994 bis 1997*. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 1994.
- 3 Haour-Knipe M, Ernst M-L, Spencer B. *Rapid evaluation of an AIDS prevention programme for women*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996 (unveröffentlichtes Dokument).
- 4 Ernst M-L, Haour-Knipe M, Spencer B. *Gesundheit von Frauen – Schwerpunkt HIV-Prävention Aktionsprogramm 1994-1997: Evaluationsbericht – Evaluation Report*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de Santé, 22).
- 5 Schmid M, Twisselman W, Jacquat BJ, Ledergerber B, Battegay M, Egger M. *Geschlechtsunterschiede im Krankheitsverlauf: Analyse der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie*. Schweiz Med Wochenschr 1996; 126: 2234-36.

6

Das Programm MSM

- 1 Landert C. *Das Projekt «Men having sex with men (MSM)» der Aids-Hilfe Schweiz: Evaluation Phase I*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1998 (nicht veröffentlicht).
- 2 Thomas R, Dubois-Arber F. *Le projet HSH de l'Aide suisse contre le sida: évaluation phase II*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1999 (in Vorbereitung).

7

Das Projekt PAMiR : Aids-Prävention im Reisebereich

- 1 Page J, Gehring TM. *Auswertung PAMiR. Auswertung einer Schulung zur Ausbildung von Berufsleuten in der Reisebranche als MediatorInnen in der HIV-Prävention: Schlussbericht*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich; 1998.

8

Arbeit mit «Mediatoren» im Rahmen der Aids-Prävention

- 1 Haour-Knipe M, Meystre-Agustoni G, Kessler D, Dubois-Arber F. *«Médiateurs» et prévention du VIH/sida*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999 (Raisons de Santé, erscheint demnächst).

9

Allgemeinbevölkerung

- 1 Dubois-Arber F, Jeannin A, Konings E, Paccaud F. *Increased condom use without other major changes in sexual behavior among the general population in Switzerland*. Am J Public Health 1997; 87:558-66.
- 2 Messiah A, Dart T, Spencer B, Warszawski J, and the French National Survey on Sexual Behavior Group (ACSF). *Condom breakage and slippage during heterosexual intercourse: A French national survey*. Am J Public Health 1997; 87(3): 421-4.

10

Jugendliche und junge Erwachsene

- 1 *Enquête téléphonique périodique pour l'évaluation de la prévention du sida auprès de la population générale en Suisse (EPS)*. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive/UEPP/Link; 1997 (nicht veröffentlicht).
- 2 Narring F, Michaud P-A, Wydler H, Davatz F, Villaret M. *Sexualité des adolescents et sida: processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1997 (Raisons de santé, 4).
- 3 Comité français d'éducation pour la santé. *Baromètre santé jeunes 97/98*. Paris/Varves: CFES; 1998.

11

Männer, die Sex mit Männern haben

- 1 Dubois-Arber F. *Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport de l'étude: les homosexuels*. Novembre 1987. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1988 (Cah Rech Doc IUMSP, no. 23.6).
- 2 Masur JB, Dubois-Arber F. *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les homosexuels. Etude 1990*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1991 (Cah Rech Doc IUMSP, no. 52.8).
- 3 Dubois-Arber F, Masur JB, Hausser D, Zimmermann E, Paccaud F. *Evaluation of AIDS prevention among homosexual and bisexual men in Switzerland*. Soc Sci Med 1993;37 (12): 1539-44.
- 4 Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F. *La prévention du sida chez les homosexuels en Suisse: adaptation au risque de sida selon le type de partenaire*. Soz Praeventivmed 1996;41:1-10.
- 5 Bochow M, Chiarotti F, Davies P, Dubois-Arber F, Dür W, Fouchard J, Gruet F, McManus T, Markert S, Sandfort T, Sasse H, Schiltz MA, Tielman R, Wasserfallen F. *Sexual behaviour of gay and bisexual men in eight European countries*. EC-Concerted Action on AIDS/HIV Prevention Strategies, Working Group on Homo-Bisexual Men. AIDS Care 1994; 5:533-49.

- 6 Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F. *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: phase 6, 1993-1995. Les hommes aimant d'autres hommes. Etude 1994*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, no. 120.5).
- 7 Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F, Jeannin A. *Monitoring HIV/AIDS related behavioral change among men having sex with other men in Switzerland: 1987-1997* (erscheint demnächst).
- 8 Moreau-Gruet F, Cochand P, Vannotti M, Dubois-Arber F. *L'adaptation au risque VIH/sida chez les couples homosexuels: version abrégée*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998 (Raisons de santé, 13).
- 9 Bochow M, Lange M. *Homosexuelle Männer und AIDS*. Berlin: INTERSOFIA Gesellschaft für interdisziplinäre Sozialforschung und Anwendung; 1997.

12

Drogenkonsumenten

- 1 Dubois-Arber F, Konings E, Koffi-Blanchard M, Gervasoni JP, Hausser D. *Evaluating HIV prevention of low threshold needle exchange programmes in Switzerland*. In: Friedrich D, Heckmann W, eds. *Aids in Europe: the behavioural aspect*. Report of the Conference AIDS in Europe –The Behavioural Aspect, Berlin 26-29.9.1994. Berlin: Sigma, 1995:183-190.
- 2 Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. *Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil d'accès pour toxicomanes mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse*. Rev Epidemiol Santé Publique 1998; 46:205-17.
- 3 Malatesta D, Joye D. *Toxicomanie et prévention du sida en milieu urbain: enquête auprès des usagers du bus itinérant de prévention du sida*. Lausanne: IREC/EPFL; 1993 (Rapport de recherche no 110).
- 4 Benninghoff F. *Statistique des centres à bas-seuil*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998 (persönliche Mitteilung).
- 5 Sozialamt der Stadt Zürich. *Die Drogenszene in Zürich*. Zürich: Sozialamt der Stadt Zürich, 1991 (Forschung und Dokumentation Nr. 2).

- 6 Tecklenburg U, Spinatsch M, Chilvers C. *Statistik der ambulanten Alkohol- und Drogenberatungsstellen in der Schweiz*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme (ISPA); 1991.
- 7 *Statistique SAMBAD* (Statistik der ambulanten Alkohol- und Drogenberatungsstellen in der Schweiz); (persönliche Mitteilung).
- 8 Kaufman B, Dobler-Mikola A. *Eine Beschreibung der Pool-Klientel des Forschungsverbunds therapeutischer Einrichtungen im Jahr 1991*. Zürich: Sozialpsychiatrischer Dienst Zürich; 1992 (Serie V, Nr. 6).
- 9 Schüpbach Wiedemann E, Eichenberger A. *Der Forschungsverbund therapeutischer Gemeinschaften im Jahre 1993*. Zürich: Sozialpsychiatrischer Dienst Zürich; 1994 (Serie V, Nr. 9).
- 10 Grichting E, Dobler-Mikola A, Reichlin M. *Liga zur Evaluation der stationären Drogentherapie im Jahr 1997*. Tätigkeitsbericht (gekürzte Fassung). Globale Jahresstatistik. FOS. Forschungsbericht des Instituts für Suchtforschung Nr. 61. Zürich, 1998.
- 11 Uchtenhagen A, Gutzwiller G, Dobler-Mikola A. *Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln*. Zusammenfassender Bericht. Institut für Suchtforschung/Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Zürich, 1997.
- 12 Hunter GM, Donoghoe MC, Stimson GV, Rhodes T, Chalmers CP. *Changes in the injecting behaviour of injecting drug users in London 1990-1993*, AIDS 1995; 9: 943-501.
- 13 MacDonald M, Wodak AD, Ali R, Crofts N, Cunningham PH, Dolan HA, Kelaheer M, Loxley WM, Beek I, Kaldor JM. *HIV prevalence and risk behaviour in needle exchange attenders: a national study*. Med J Aust 1997; 166: 237-240.
- 14 Strathdee SA, Patrick DM, Currie SL, Cornelisse PGA, Rekart ML, Montaner JSG, Schechter MT, O'Shaughnessy MVO. *Needle exchange is not enough: lesson from the Vancouver injecting use study*. AIDS 1997; 11: F59-F65.

13

Epidemiologie von HIV/Aids in der Schweiz

- 1 Bundesamt für Gesundheit. Bern: *BAG Bulletin* 1999; 80(8).
- 2 Gebhardt M. *Aids und HIV in der Schweiz: Epidemiologische Situation Ende 1997*. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 1998. (Abbildung 7.2.2, Seite 28).

14

Diskriminierung, Stigmatisierung

- 1 Dubois-Arber F, Haour-Knipe M. *Identifizierung des institutionellen Diskriminationen in der Schweiz gegenüber Menschen, die mit HIV/Aids leben*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998 (Raisons de santé, 18).

15

Neue Therapien gegen Aids: Erste Folgen für die Prävention in der Bevölkerung

- 1 Hubert M, Huynen P, Jeannin A, Gremy I, Spencer B, Toppich J, Stigum H, and the European NEM Group. *Public awareness of the new treatments and changes in the perception of HIV risk: comparison of four European countries in 1997-1998*. Late breaker oral presentation at the 12th World AIDS Conference: bridging the gap; 1998 Jun 28-Jul 3; Geneva, Switzerland.
- 2 Adam P, Moreau-Gruet F, Hamers F, Delmas MC, Brunet JB, Dubois-Arber F. *HIV/AIDS preventive attitudes and behaviour of French and Swiss gay men in the era of new treatments: A comparison of two national surveys*. Oral presentation at the 12th World AIDS Conference: bridging the gap; 1998 Jun 28-Jul 3; Geneva, Switzerland.

16

Die Sexualität der Menschen mit HIV/Aids

- 1 Meystre-Agustoni G, Thomas R, Häusermann M, Chollet-Bornand A, Dubois-Arber F, Spencer B. *La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida*. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive; 1998 (Raisons de santé, 17).
- 2 Chollet-Bornand A, Spencer B, Dubois-Arber F. *Vécu de la sexualité des personnes vivant avec le VIH: revue de la littérature*. Rev Med Suisse Romande 1997; 117:715-20.

17

Zusammenarbeit der politischen Partner bei der Aids-Prävention

- 1 Vitali R, Cattacin S, in Zusammenarbeit mit Martin Abele und Charles Landert. *La prévention du sida dans les cantons suisses: une analyse organisationnelle*. Muri: Société suisse pour la politique de la santé; 1997. (Cahiers d'études de la SSPPS, no. 55).
- 2 Cattacin S, Landert C. *Monitoring AIDS: le monitoring des réponses organisationnelles cantonales visant la prévention VIH/sida. Working paper 2/98*. RESOP. Laboratoire de recherches sociales et politiques appliquées. Genf, 1998.

18

Das Thema HIV/Aids in der Schweizer Presse

- 1 Schanne M. *10 Jahre HIV/Aids-Prävention im Rahmen journalistischer Berichterstattung*. Zürich: Arbeitsgruppe für Kommunikationsforschung & -beratung (AGK); 1997.

19

HIV/Aids-Prävention :

Bilanz eines Jahrzehntes und Perspektiven

- 1 Rosenbrock R, Schaeffer D, Dubois-Arber F, Moers M, Pinell P, Setbon M. *Die Normalisierung von Aids in Westeuropa: Der Politik-Zyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung 1999 (Veröffentlichungsreihe des Arbeitsgruppe Public Health, P99-201).

Anhang

- 1 Sozialamt der Stadt Zürich. *Die Drogenszene in Zürich*. Zürich: Sozialamt der Stadt Zürich; 1991 (Forschung und Dokumentation Nr. 2).
- 2 Malatesta D, Joye D. *Toxicomanie et prévention du sida en milieu urbain: enquête auprès des usagers du bus itinérant de prévention du sida*. Lausanne: IREC/EPFL, 1993 (Forschungsbericht Nr. 110).
- 3 Gervasoni JP, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie*. Deuxième rapport de synthèse 1990-1996. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998 (Cah Rech Doc IUMSP, no 111).
- 4 Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. *Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil d'accès pour toxicomanes mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse*. Rev Epidem Sante Publique 1998; 46: 205-17.
- 5 Benninghoff F. *Statistique des centres à bas-seuil*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998 (persönliche Mitteilung).
- 6 Tecklenburg U, Spinatsch M, Chilvers C. *Statistik der ambulanten Alkohol- und Drogenberatungsstellen in der Schweiz*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), 1991.

Bibliografische Referenzen

- ⁷ Kaufman B, Dobler-Mikola A. *Eine Beschreibung der Pool-Klientel des Forschungsverbunds therapeutischer Einrichtungen im Jahr 1991*. Zürich: Sozialpsychiatrischer Dienst Zürich; 1992 (Serie V, Nr. 6).
- ⁸ Sozialamt der Stadt Zürich. *Behandlungen von Drogenabhängigen in der Stadt Zürich. Ersterhebung des Indikators «erste Behandlungsanfragen» 1991*. Zürich: Sozialamt der Stadt Zürich; 1992.
- ⁹ Schüpbach Wiedemann E, Eichenberger A. *Der Forschungsverbund therapeutischer Gemeinschaften im Jahre 1993*. Zürich: Sozialpsychiatrischer Dienst Zürich; 1994 (Serie V, Nr. 9).
- ¹⁰ Kübler D, Hausser D. *Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical. Etude exploratoire auprès d'une population cachée*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996 (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.7).

Verzeichnis der Tabellen

	Im Anhang	
Tabelle 3a Anzahl abgegebener Spritzen pro Jahr in den NSE's verschiedener Ländern	16	Bereits erschienene Berichte 97
Tabelle 5a Kategorien von Outputs	22	Übersicht über die von 1987 bis 1998 durch- geführten Studien nach Art der Studie und nach Phase des Evaluationsprogramms 98
Tabelle 6a Regionale Verteilung der ORWs und ihr Arbeitspensum (April 1999)	28	Methodische Merkmale der verschiedenen Studien 99
Tabelle 8a Charakteristiken der Tätigkeit der MediatorInnen und der Programme, bei denen diese Art von MitarbeiterInnen eingesetzt wird	34	Beurteilung der Zweckmässigkeit eines Injektionsraums 101 Gefängnisaufenthalte der Klientel von nieder- schwelligeren Stellen in der Schweiz: 1993 bis 1996 102
Tabelle 8b Interventionsmodelle der MediatorInnen	35	Drogenkonsum und Tausch von Injektionsmaterial, Klientel der niederschwelligeren Stellen in der Schweiz: 1994, 1996 102
Tabelle 8c Prävention bei spezifischen Gruppen : Vorteile und Nachteile je nach MediatorTyp	36	Aktivitäten des Aktionsprogramms « Gesundheit von Frauen – Schwerpunkt HIV/Aids-Prävention » 103
Tabelle 9a Häufigkeit einiger Lebenssituationen, bei denen sich die Frage der Prävention stellt; Allgemeinbe- völkerung von 17 bis 45 Jahren, 1987-1997 (in %)	40	Hauptsächliche Schweizer Projekte mit « MediatorInnen » 107 Typologie der « Mediatorenprojekte » 109
Tabelle 11a Varianten des Umgangs mit dem HIV-Risiko innerhalb des Paares (in %)	59	Personen (in %), die in den letzten 6 Monaten Präservative benutzt und dabei die Erfahrung gemacht haben, dass das Präservativ gerissen oder abgerutscht ist 110
Tabelle 11b « Haben Sie mit Ihrem Partner über die Art des Umgangs mit dem HIV-Risiko mit allfälligen Partnern ausserhalb des Paares gesprochen ? » (in %)	60	Verteilung (%) der gesamten Partnerzahl im Laufe des Lebens bei den 17-20-Jährigen. Umfragen bei der Allgemeinbevölkerung 111
Tabelle 12a Risiken und Schutzverhalten, NSE-Klientel in der Schweiz 1993 bis 1996 (in %)	64	Indikatoren (%) für ein potentiellies HIV-Infektions- risiko sowie für das Schutzverhalten der 17-20-Jährigen. Umfragen bei der Allgemein- bevölkerung 111
Tabelle 14a Liste der 35 als diskriminierend eingestufteten Situa- tionen, die einer Überprüfung unterzogen wurden	72	Spritzentausch und HIV-Test – angegeben oder gemessen – bei verschiedenen Gruppen von Drogenkonsumenten: 1989-1997 112
Tabelle 14b Wahrnehmungen im Zusammenhang mit Diskriminie- rung, Stigmatisierung und Solidarität, Homo-Bisexuelle, 1992-1997 (Anteil positiver Antworten in %)	74	

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 3a Entwicklung der Menge abgegebener Spritzen in den NSE der Schweiz von 1993 bis 1997	13	Abbildung 11a Präventivverhalten bei der Fellatio und beim Analverkehr nach Partnertyp und Studienjahr (in %)	56
Abbildung 3b Durchschnittliche Zahl der monatlich abgegebenen/ verkauften Spritzen in Apotheken oder nieder- schwelligten Einrichtungen pro 100 Einwohner im Alter von 20 bis 39 Jahren, in den Schweizer Kantonen im Jahr 1996	14	Abbildung 13a Geschätzte Anzahl neu diagnostizierter HIV-Infektionen nach den wichtigsten Über- tragungswegen	68
Abbildung 3c Schätzung der Gesamtzahl der an Drogenkonsu- menten verkauften oder abgegebenen Spritzen von 1994-1996	15	Abbildung 15a Kenntnis der Besonderheiten der neuen Therapien bei den Personen, die davon gehört haben : in der Gesamtbevölkerung (n = 1055) und bei den Homosexuellen (n = 735)	76
Abbildung 9a Anteil der Befragten mit Gelegenheitskontakten in den letzten 6 Monaten und Präservativgebrauch mit diesen PartnerInnen	41	Abbildung 15b Folgen der neuen Therapien für die Prävention nach Einschätzung der Personen, die von diesen Therapien gehört haben. Anteile (%) der Personen, die sich in der Gesamtbevölkerung (n = 1055) und bei den Homosexuellen (n = 745) für sich selbst und für die Anderen mit den betreffenden Aussagen einverstanden erklären	77
Abbildung 9b Anteil Befragter mit neuer fester Beziehung während des Jahres und Präservativgebrauch mit der betreffenden Person	41	Im Anhang	
Abbildung 9c Präservativabsatz in der Schweiz (Schätzung : mehr als 80 % des Marktes)	42	Entwicklung der Anzahl Kontakte und der Spritzen- abgabe in den NSE in der Schweiz 1993-1997	100
Abbildung 9d Entwicklung des Schutzes in der Beziehung mit dem/r letzten neuen festen Partner/in. Allgemein- bevölkerung zwischen 17 und 45 Jahren (n = 448)	43		
Abbildung 9e Wer hat das Präservativ gekauft ?	46		
Abbildung 9f Wer hat den Gebrauch des Präservativs vorgeschlagen ?	46		
Abbildung 9g Wer hat das Präservativ angelegt ?	46		
Abbildung 10a Anteil der mit 17 Jahren sexuell aktiven Jugendlichen in der Schweiz, 1972-1997	51		