

Hospices / CHUV
Département universitaire de médecine
et de santé communautaires

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

EVALUATION DER HIV/AIDS- PRÄVENTIONSSTRATEGIE IN DER SCHWEIZ

Siebter Synthesebericht 1999-2003

*Françoise Dubois-Arber, André Jeannin,
Giovanna Meystre-Agustoni, Brenda Spencer,
Florence Moreau-Gruet, Hugues Balthasar,
Fabienne Benninghoff, Karen Klaue, Fred Paccaud*

- Finanzierung:** Diese Studie wurde vom Bundesamt für Gesundheit, Bern finanziert
Verträge: 99.001343, 02.000227, 02.000781, 02.000782
- Zum Zitieren:** Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Spencer B, Moreau-Gruet F, Balthasar H, Benninghoff F, Klaue K, Paccaud F. Evaluation der HIV/Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz: Siebter Synthesebericht 1999-2003. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2003 (Raisons de santé, 90b).
- Zusammenarbeit:** Forscher und Forscherinnen, die an dieser Evaluation mitgearbeitet haben:
Anne Dubois
Marie-Jo Glardon
Mary Haour-Knipe
Phi Huynh-Do
Daniel Kübler
Peter Neuenschwander
Yannis Papadopoulos
Margrit Schmid
Barbara So-Barazetti
Ralph Thomas
- Danksagung:** Die Evaluation wäre nicht zustande gekommen ohne die ausgezeichnete Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit in Bern, den Einsatz aller für die Studien verantwortlicher Forscher und Forscherinnen, sowie die geschätzte Mitarbeit von Myriam Maeder und Kirsten Sandberg-Christensen, Sekretärinnen der Abteilung 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.
- Adresse für Korrespondenz:** Institut universitaire de médecine sociale et préventive
Unité d'évaluation de programmes de prévention
Rue du Bugnon 17
1018 Lausanne
- Link: <http://www.hospvd.ch/iumsp/>
- Übersetzung:** Transit TXT, Freiburg

INHALT

1	Einführung	7
1.1	HIV/Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz	7
1.2	Fortlaufende Evaluation, Ansatz und Methode	8
2	Ergebnisse der Präventionsstrategie: Situation Ende 2002	11
2.1	Epidemiologie von HIV/Aids in der Schweiz	11
2.1.1	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	15
2.2	Allgemeinbevölkerung	17
2.2.1	Entwicklung des Umfelds	17
2.2.2	Kenntnisse der Präventionsmassnahmen und Einstellungen gegenüber Menschen mit HIV	18
2.2.3	Sexualverhalten und Schutz mit dem Präservativ	18
2.2.4	Schutzstrategien in der Partnerschaft	21
2.2.5	Probleme beim Gebrauch von Präservativen	23
2.2.6	HIV-Test	24
2.2.7	Der Einfluss der hochaktiven antiretroviralen Therapien (HAART) auf die Prävention	25
2.2.8	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	26
2.3	Jugendliche und junge Erwachsene	27
2.3.1	Eintritt ins Sexualleben	27
2.3.2	Sexualleben	28
2.3.3	Schutzstrategien	28
2.3.4	Präservativversager, die 'Pille danach', geplante Schwangerschaftsabbrüche	31
2.3.5	HIV-Test	32
2.3.6	Vulnerabilität	32
2.3.7	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	33
2.4	Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)	35
2.4.1	Konfrontation mit HIV/Aids	36
2.4.2	HIV-Test und HIV-Prävalenz	36
2.4.3	Sexualleben	36
2.4.4	Präventivverhalten und Risikoexposition	37
2.4.5	Kenntnisse und Meinungen über die antiretroviralen Therapien (HAART) und die Postexpositionsprophylaxe (PEP)	38
2.4.6	Stigmatisierung/Solidarität	40
2.4.7	Schutzstrategie in der Partnerschaft	40
2.4.8	Die jungen Homo-/Bisexuellen	42
2.4.9	Internationale Vergleiche	44
2.4.10	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	45
2.5	Die abhängigen Drogenkonsumierenden	48
2.5.1	Soziodemografische Merkmale der Drogenabhängigen	48
2.5.2	Entwicklung des Konsums	49
2.5.3	HIV-Exposition und Schutz	50
2.5.4	Prävalenz von HIV und von Hepatiden	51
2.5.5	Internationaler Vergleich	52
2.5.6	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	53
2.6	Sexworker in der Schweiz und in Europa	56
2.6.1	Schutz und Risikoexposition bei Sexarbeiterinnen	57
2.6.2	Schutz und Risikoexposition bei Transvestiten und Transsexuellen	58
2.6.3	Schutz und Risikoexposition bei männlichen Sexworkern	59
2.6.4	Schutz und Risikoexposition bei den Freiern	60
2.6.5	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	61

2.7	Menschen mit HIV/Aids	64
2.7.1	Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)	65
2.7.2	Drogenabhängige	67
2.7.3	Die Swiss HIV Cohort Study	68
2.7.4	Betrachtung der Gründe für den fehlenden Schutz	70
2.7.5	Internationale Vergleiche	70
2.7.6	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	71
2.8	Migranten	73
2.8.1	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	74
2.9	Überwachung der 2. Generation	75
2.9.1	Einführung	75
2.9.2	Aktuelle Situation des Monitorings der Prozess- und Resultatsindikatoren im Hinblick auf ein Überwachungssystem der zweiten Generation	75
2.9.3	Die Herausforderungen im Hinblick auf ein System der zweiten Generation	77
3	Die Umsetzung des nationalen HIV/Aids-Programms 1999-2003	80
3.1	Kurzer Überblick über die Umsetzung des nationalen HIV/Aids-Programms 1999-2003	81
3.2	STOP-AIDS-Kampagnen	85
3.2.1	Stellung der STOP-AIDS-Kampagne in der HIV/Aids-Präventionsstrategie	85
3.2.2	Organisation der STOP-AIDS-Kampagne	86
3.2.3	Die Kommunikationsstrategie	86
3.2.4	Ergebnisse	87
3.2.5	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	87
3.3	HIV/Aids-Prävention und Sexualunterricht an Schulen	88
3.3.1	Kantonale Politik und Praxis in Sachen HIV/Aidsprävention und Sexualunterricht an Schulen	89
3.3.2	Erfahrungen mit der HIV/Aids-Prävention und dem Sexualunterricht an Schulen	94
3.3.3	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	97
3.4	Bestimmte Zielgruppen	99
3.4.1	Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)	100
3.4.2	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	107
3.4.3	Sexarbeiterinnen	108
3.4.4	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	116
3.4.5	Sexarbeiter	117
3.4.6	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	120
3.4.7	Drogenkonsumierende	121
3.4.8	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	124
3.4.9	Gefährdete Jugendliche	124
3.4.10	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	128
3.4.11	Die Migranten	129
3.4.12	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	132
3.4.13	Menschen mit HIV	133
3.4.14	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	136
3.5	Rolle der frei praktizierenden Ärzte in der HIV/Aids-Prävention	139
3.5.1	Rolle der Ärzte in der HIV/Aids-Epidemie	141
3.5.2	Präventive Praktiken	142
3.5.3	Verhalten und Praktiken rund um den Test	145
3.5.4	Engagement der frei praktizierenden Ärzte in der Betreuung von HIV-positiven Patienten	147
3.5.5	Betreuung von HIV-positiven Patienten in der Arztpraxis	148
3.5.6	Die Postexpositionsprophylaxe (PEP) in der Arztpraxis	150
3.5.7	Unterschiede zwischen den Ärzten	151
3.5.8	Wünsche bezüglich der Weiterbildung	151
3.5.9	Internationale Vergleiche	152
3.5.10	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	153

4	Bilanz und Perspektiven	156
	4.1 Entwicklung der Epidemie	156
	4.2 Dynamik der Umsetzung des nationalen Programms	159
	4.2.1 Kontinuität als allgemeine Ausrichtung des Nationalen HIV/Aids-Programms	159
	4.2.2. Das Nationale Programm als Fortsetzung und Verankerung einer wichtigen öffentlichen Politik in einem Bundesstaat	160
	4.2.3. Der Kontext der Umsetzung des Nationalen Programms	161
	4.2.4. Bedeutung und Rolle des Konsenses	163
	4.2.5. Unstimmigkeiten in Bezug auf den Konsens	163
	4.2.6. Bedeutung und Funktion der nationalen Führungsrolle	166
	4.2.7. Die Dynamik in den Kantonen	166
	4.2.8. Wohlwollen und Präventionspotenziale	167
	4.2.9. Internationale Vergleiche	167
5	Allgemeine Schlussfolgerungen und Empfehlungen	170
6	Anhang	176
	6.1 Anhang zu Kapitel 1: Einführung	176
	6.1.1 Bereits erschienene Berichte	176
	6.1.2 Übersicht über die von 1987 bis 2002 durchgeführten Studien nach Art der Studie und nach Phase des Evaluationsprogramms	177
	6.1.3 Methodische Merkmale der verschiedenen Studien	178
	6.2 Anhang zu Kapitel 2.3: Jugendliche und junge Erwachsene	180
	6.3 Anhang zu Kapitel 2.5: Die abhängigen Drogenkonsumenten	181
	6.4 Anhang zu Kapitel 2.7 Menschen mit HIV/Aids	182
	6.5 Anhang zu Kapitel 2.9: Hin zu einem Überwachungssystem der zweiten Generation	183
	6.5.1 Die drei verschiedenen Niveaus der Epidemie nach der Klassifikation der UNAIDS/WHO	183
	6.5.2 Die Überwachungssysteme der zweiten Generation	183
	6.6 Anhang zu Kapitel 3.1: Kurzes Wiederholen der Situation in bezug auf die Umsetzung des nationalen HIV/Aids Programms 1999-2003	185
	6.7 Anhang zu Kapitel 3.4: Bestimmte Zielgruppen	189
	6.7.1 Jugendliche und Anziehung zu Personen des gleichen Geschlechts: Ein Präventionskreis	189
	6.7.2 Teilnahme der niederschweligen Anlaufstellen am Monitoring von 1993 bis 2002	190
	6.7.3 Zusammenfassung der wichtigsten Resultate der Studie Thomas R. et al. Die Bedürfnisse der Menschen mit HIV/Aids in der Schweiz: Kurzfassung. (http://www.hospvd.ch/iump/)	191

Hinweis: Der Originaltext ist in Französisch verfasst. Aus Gründen der Lesbarkeit haben die Verfasser darauf verzichtet, jeweils die männliche und die weibliche Form anzugeben, wie es zudem einer weit verbreiteten Praxis entspricht. Die deutsche Übersetzung entspricht sinngemäss dem Originaltext.

Abkürzungen

AHS	Aids-Hilfe Schweiz
APiS	Aids-Prävention im Sexgewerbe
BAG	Bundesamt für Gesundheit
DEZA	Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit
ENMP	<i>European network male prostitution</i>
EPSS	<i>Enquête téléphonique périodique auprès de la population générale pour l'évaluation de la Prévention du Sida en Suisse</i> (Periodische Telefonbefragung der Allgemeinbevölkerung für die Evaluation der Aids-Prävention in der Schweiz)
Europap/Tampep	<i>European intervention projects AIDS prevention for prostitutes/ Transnational AIDS-STD prevention among migrant prostitutes in Europe</i>
FASD	Schweizerische Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich
FELS	Freundinnen und Eltern von Lesben und Schwulen
FMH	Verbindung der schweizer Ärztinnen und Ärzte
FOS	Forschungsverbund stationäre Suchttherapie
GREAT	<i>Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies</i> (Westschweizer Vereinigung für Alkohol- und Suchtforschung)
GRSA	<i>Groupe de recherche sur la santé des adolescents (\$\$\$)</i>
GSN	<i>Groupe sida Neuchâtel</i> (Aids-Hilfe Neuchâtel)
HAART	Hochaktive antiretrovirale Therapien
HCV	Hepatitis C Virus
HeGeBe	Heroingestützte Behandlung
HIV	Human Immuno-deficiency Virus (menschliches Immunschwäche-Virus)
STI	Sexually Transmitted Infections (sexuell übertragbare Infektionen)
IUMSP	<i>Institut universitaire de médecine sociale et préventive</i> (Institut für sozial- und präventivmedizin)
IDU	<i>Injecting Drug Use</i>
K&A	Kontakt- und Anlaufstelle
LOS	Lesbische Organisation Schweiz
MaPaDro	Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
MSW	<i>Male sex worker</i> (männliche Sexarbeiter)
Natsal	<i>National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles</i> (britische Nationalumfrage)
NGO	Non-Governmental Organisation (Nichtregierungsorganisation)
ORW	<i>Outreach-worker</i> (Gassenarbeiter)
PEP	<i>Prophylaxie post-exposition</i> (Postexpositionsprophylaxe)
PLANes	<i>Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive</i> (schweizerische Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit)
PMG	Program Migration und Gesundheit
ProKoRe	Prostitution Kollektiv Reflektion
Profa	Fondation Profa Lausanne (Familienplanungsberatung)
PROVE	Projekt zur Verschreibung von Betäubungsmitteln
SAMBAD	Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich
NSE	Niederschwellige Einrichtungen
SHCS	<i>Swiss HIV Cohort Study</i>
SMASH	<i>Swiss Multicentric Adolescent Survey on Health</i> (Studie zu Gesundheit und Lebensstil Jugendlicher in der Schweiz)
UEPP	<i>Unité d'évaluation de programmes de prévention</i>
UNAIDS	<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i> (das gemeinsame HIV/AIDS-Programm der vereinigten Nationen)
WHO	<i>World Health Organisation</i> (Weltgesundheitsorganisation)

1 EINFÜHRUNG

1.1 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 vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) gesamtschweizerisch angewandte Primärpräventionsstrategie für HIV/Aids umfasst drei Aktionsebenen:

- Allgemeine Massnahmen zur Information und Motivation der gesamten Bevölkerung;
- zielgruppenspezifische Interventionen (Drogenkonsumierende, Homosexuelle usw.), wobei geeignete Kanäle und Botschaften genutzt werden;
- Interventionen mit Tiefen- und Langzeitwirkung, die auf individueller Interaktion beruhen (Beratung, Wissensvermittlung). Hierbei werden Personen eingesetzt, die aufgrund ihrer Rolle oder Situation als potenzielle Multiplikatoren von Präventionsbotschaften fungieren können (Ärzeschaft, Eltern, Lehrkräfte usw.).

Das in dieser Strategie¹ 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, die Menschen zu informieren, zu motivieren, den Wissenserwerb zu fördern und sie 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 und die Bekämpfung von Diskriminierungen Bestandteile der Präventionsarbeit bilden. 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 potenziellen 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 (*Injecting Drug Use* – IDU) anzufangen.

Bei der Veröffentlichung des nationalen HIV/Aids-Programms für die Jahre 1999-2003² wurde die HIV/Aids-Präventionsstrategie bekräftigt und an die aktuellen Bedürfnisse angepasst. Dieses Programm legt 14 nationale Ziele fest, die in 6 Bereiche aufgeteilt sind: Gesundheitsförderung (3 Ziele), Prävention (5 Ziele), Therapie und Diagnostik (1 Ziel), Beratung und Unterstützung (1 Ziel), Wissensentwicklung und Kompetenztransfer (3 Ziele), Qualität (1 Ziel). Zudem werden Richtlinien für die Verwirklichung der einzelnen Ziele und relevante Zielgruppen für die Umsetzung festgelegt.

Die Planung der Umsetzung des HIV/Aids-Programms 1999-2003 ist das Ergebnis einer Zusammenarbeit zwischen dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) sowie den nationalen (Aids-Hilfe Schweiz, Schweizerisches Rotes Kreuz usw.) und regionalen Akteuren (Kantone, regionale Aidshilfen usw.).

1.2 FORTLAUFENDE EVALUATION, ANSATZ UND METHODE

Seit 1986 evaluiert das Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP)^a in Lausanne im Auftrag des BAG die HIV/Aids-Präventionsstrategie der Schweiz. Der vorliegende Bericht ist eine Zusammenfassung der in den Jahren 1999-2003 durchgeführten Evaluationsarbeiten (achte 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.

Bei dieser Evaluation geht es darum, 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, geeignete Entscheidungshilfen anzubieten. Die Evaluation begleitet die Strategie und wird im Laufe der Zeit mit neuen Fragestellungen ergänzt^c.

Die **zentralen Fragen** der Gesamtevaluation lauten:

- **In Bezug auf die Ergebnisse der Prävention:** Ist eine Verbesserung der Kenntnisse und Verhaltensweisen in den Zielbereichen der Prävention zu beobachten (insbesondere bezüglich Sexualverhalten, Art des Drogenkonsums, Qualität der Beratung usw.)? Manifestieren sich Solidaritäts- bzw. Angstgefühle? Ändert sich die epidemiologische Situation? Hat die Prävention unerwartete oder unerwünschte Nebenwirkungen?
- **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 spezifische Gruppen usw.)? Entfaltet sich die Präventionsarbeit auf allen vorgesehenen Ebenen? Sind die übrigen Akteure der Prävention, die Partner des BAG (Kantone, Vereinigungen, Berufsorganisationen, Multiplikatoren usw.) engagiert und effizient? Gibt es Elemente, mit denen das Weiterbestehen und die Qualität der Prävention sichergestellt werden kann?
- **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 dem Fortgang der unternommenen Präventionsmassnahmen?

Das Evaluationsprogramm ist definiert als eine Reihe von zunächst jährlich aufeinander folgenden, 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 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

^a Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne.

^b Vgl. Anhang 6.1.1, Liste der bereits erschienenen Berichte.

^c Diese beziehen auch zweckdienliche Daten aus anderen – nationalen wie internationalen – Quellen mit ein.

gemeinsam bestimmt. Für jeden Bereich werden zusätzlich zu den oben beschriebenen allgemeinen 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 6.1.2). 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.

Für die Evaluationsphase 1999-2003 wurden **folgende Bereiche als prioritär definiert und ausgewählt:**

Evaluation, die sich mit dem Ablauf des nationalen HIV/Aids-Programms und besonders der Präventionsaktionen bzw. mit dem Einsatz von Multiplikatoren für die Botschaften befasst (Prozesse)

- Umsetzung des HIV/Aids-Programms 1999-2003, insbesondere mit:
 - Monitoring und Evaluation des Umsetzungsprozesses des nationalen Programms (1999-2001);
 - Analyse der Outputs und Untersuchung der Dauerhaftigkeit der auf nationaler und regionaler Ebene bestehenden Strukturen und Aktivitäten (2002).
- Untersuchung der neuen Partnerschaften zwischen den Akteuren der Aids-Bekämpfungsstrategie.
- Prävention und persönliche Beratung in der Arztpraxis (Untersuchung der Dauerhaftigkeit und der Verankerung einer Tätigkeit in der täglichen medizinischen Berufspraxis).
- Sexualunterricht und HIV/Aids-Prävention in der Schule in den Schweizer Kantonen.
- Analyse des vorhandenen Datenmaterials zum Monitoring der niederschweligen Einrichtungen für die Drogenkonsumierenden.
- Durchsicht^a der Präventionsprogramme und der Verhaltensdaten über die Sexworker.
- Durchsicht der bewährten Programme für die Jugendlichen im Allgemeinen und die jungen Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) im Besonderen.

Evaluation der Wirksamkeit der Prävention (Ergebnisse)

- Periodische Telefonbefragung der Allgemeinbevölkerung für die Evaluation der Aids-Prävention in der Schweiz (EPSS^b 2000).

^a Auf die europäischen Länder beschränkt.

^b *Enquête téléphonique périodique auprès de la population générale pour l'évaluation de la Prévention du Sida en Suisse.*

- Umfrage ‘*Les hommes aimant d'autres hommes*– 2000’ (Männer, die Männer lieben) über die Verhaltensweisen der Homo-/Bisexuellen.
- Analyse des vorhandenen Datenmaterials über Personen mit intravenösem Drogenkonsum, insbesondere aus der Studie der niederschweligen Einrichtungen.
- Präservativverkäufe.
- Reflexion über ein langfristiges Monitoringsystem für die Ergebnisindikatoren der Aids-Bekämpfungsstrategie in der Schweiz.

Evaluation des Umfelds der HIV/Aids-Prävention

- Abklärung der Bedürfnisse von Menschen mit HIV.

Eine Zusammenfassung der methodischen Merkmale der verschiedenen Studien, die in dieser Evaluationsphase – im Rahmen der Globalevaluation oder zusätzlich zu dieser – durchgeführt wurden, ist im Anhang 6.1.2 zu finden. 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 zu den betreffenden Fragestellungen, ergänzt mit 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 im Bibliographie am Ende jedes Kapitels angegeben.

Bibliographie

- 1 Bauer G, Cassis I, Gutzwiller F, Somaini B, Stutz Steiger T, Twisselmann W, et al. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Aidsfragen, editors. HIV-Prävention in der Schweiz: Ziele, Strategien, Massnahmen. Liebefeld: BAG; 1993.
- 2 Somaini B, Twisselmann W, Ferber T, Schlegel F. HIV und Aids: nationales Programm 1999-2003. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 1999.
- 3 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B. Long term global evaluation of a national AIDS prevention strategy: the case of Switzerland. *AIDS* 1999;13:2571-82.

2 ERGEBNISSE DER PRÄVENTIONSSTRATEGIE: SITUATION ENDE 2002

In diesem Teil des Berichts werden die Gesamtergebnisse der HIV/Aids-Präventionsstrategie dargestellt. Eingeführt wird dieser Teil mit einem Abschnitt über die Epidemiologie von HIV/Aids in der Schweiz, anschliessend folgen Kapitel über die Entwicklung der Kenntnisse, Einstellungen und Verhaltensweisen in Zusammenhang mit HIV/Aids bei verschiedenen Zielgruppen: Allgemeinbevölkerung, Jugendliche und junge Erwachsene, Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), Drogenabhängige, Sexworker, Migrant*innen, Menschen mit HIV/Aids. Dieser Bericht über die Ergebnisse schliesst mit einem Abschnitt, der sich mit der Reflexion über den Ausbau des Monitoringsystems befasst.

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

- Wie haben sich die Kenntnisse, Einstellungen und die Verhaltensweisen in den Bereichen, auf welche die Prävention abzielt, entwickelt (vor allem das Sexualverhalten, die Formen des Drogenkonsums, die Qualität der Beratung usw.)?
- Gibt es Bevölkerungsgruppen, welche die Prävention bisher nicht oder ungenügend erreicht hat (gleichberechtigter Zugang für alle)?
- Manifestieren sich Solidaritätsgefühle oder aber Anzeichen für Ängste, Stigmatisierungen oder für eine 'Übersättigung'?
- Ändert sich die epidemiologische Situation?
- Hat die Prävention unerwartete oder unerwünschte Nebenwirkungen?

2.1 EPIDEMIOLOGIE VON HIV/AIDS IN DER SCHWEIZ

Die epidemiologische Situation bezüglich HIV/Aids in der Schweiz wird vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) überwacht. Vier wichtige Informationsquellen erlauben es, die Entwicklung der epidemiologischen Situation zu beobachten^a:

- Die Labormeldungen positiver HIV-Tests, welche Angaben über das Geschlecht, das Alter und den Wohnkanton der infizierten Person enthalten;
- die Ergänzungsmeldungen, die für etwas mehr als zwei Drittel der Fälle verfügbar sind und zusätzliche Angaben wie der wahrscheinliche Ansteckungsweg oder das Krankheitsstadium beinhalten;
- die Meldungen von neuen diagnostizierten Aids-Fällen durch die behandelnden Ärzten, welche mit Hilfe verschiedener Verfahren ergänzt und überprüft werden;
- die Todesscheine.

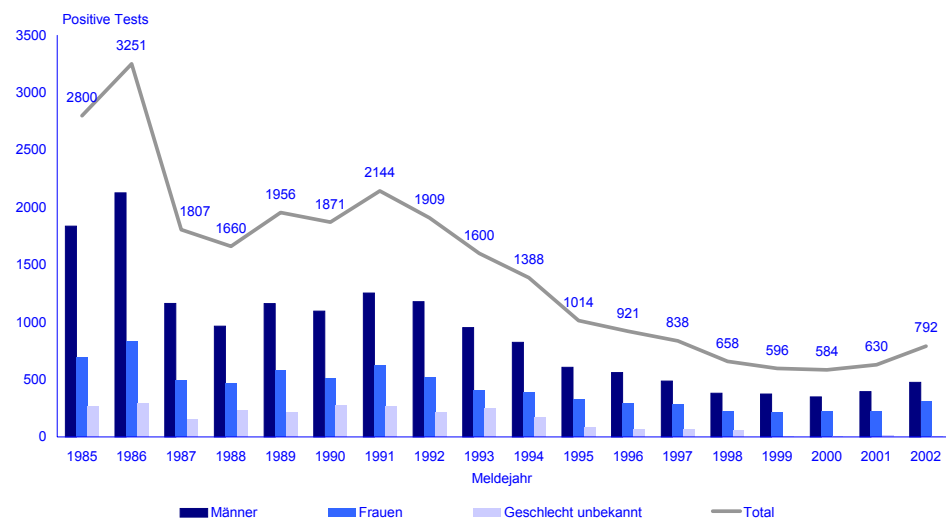
^a Die epidemiologischen Daten bezüglich HIV/Aids werden vom BAG regelmässig veröffentlicht und sind auf der folgenden Internetseite verfügbar: <http://www.bag.admin.ch/infekt/surv/aids/d/index.htm>. Auf europäischer Ebene erfolgt die Überwachung über das vom Institut de veille sanitaire koordinierte Netzwerk EuroHIV: <http://www.eurohiv.org/>.

Weitere Informationen, die von den anonymen Teststellen, den dermatologischen Polikliniken und dem Blutspendedienst des Schweizerischen Roten Kreuzes übermittelt werden, erlauben es, bei den verschiedenen Klientengruppen der Anteil HIV-positiver Tests im Verhältnis zur Gesamtzahl durchgeführter Tests zu ermitteln^a.

Betrachtet man die Entwicklung der Situation seit Beginn der Datenerhebungen, so stellt man fest, dass die Zahl der neuen Aids-Fälle und der aidsbedingten Todesfälle bis Mitte der neunziger Jahre angestiegen ist und danach abgenommen hat. Im Jahr 2002 wurden weniger als 200 neue Aids-Fälle verzeichnet und seit 2000 haben sich die Todesfälle auf etwa 100 bis 120 pro Jahr eingependelt. Für diesen Rückgang sind hauptsächlich die hochaktiven antiretroviralen Therapien (HAART) verantwortlich.

Bei den Meldungen positiver HIV-Tests sieht die Situation anders aus (Abbildung 2.1). Nach dem Höchststand im Jahr 1991 verzeichneten diese bis Ende der 1990er Jahre eine konstante Abnahme, die jedoch gegen Ende dieser Periode etwas nachliess. Seither weist der Trend nach oben: Zwischen 2000 und 2001 betrug die Zunahme 8% und zwischen 2001 und 2002 25%. Diese Zunahme ist im ganzen Land feststellbar, wenn auch die Agglomerationen stärker betroffen sind als das übrige Gebiet. In den Jahren 2001 und 2002 wurde die stärksten Zuwachsraten im Kanton Bern und im Kanton Waadt registriert.

Abbildung 2.1 Anzahl positiver HIV-Tests nach Meldejahr und nach Geschlecht



Quelle: BAG

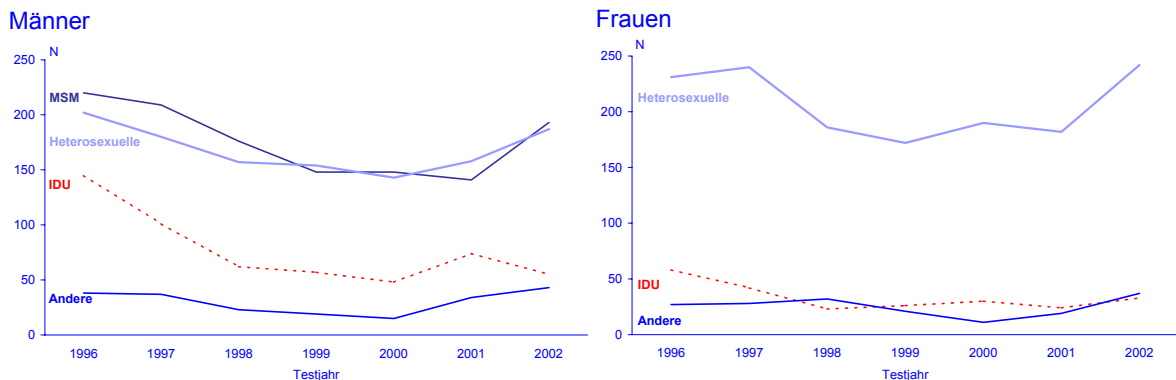
Die wichtigsten Merkmale der positiv getesteten Personengruppe lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Seit 2000 scheint sich der Frauenanteil, der bis dahin am Steigen war, bei rund 40% einzupendeln.
- Seit 1991 bilden die heterosexuellen Beziehungen den Hauptübertragungsweg. Die über homosexuelle Kontakte oder durch Drogeninjektionen infizierten Personen sind jedoch weiterhin verhältnismässig weit stärker betroffen als die auf heterosexuellem Weg infizierten

^a Bei den Labormeldungen ist der entsprechende Anteil nicht bekannt, da wir keine Informationen über die Gesamtzahl der durchgeführten Tests verfügen.

Menschen. Für die Fälle von heterosexueller Übertragung sind einige Angaben bezüglich dem Sexualpartner verfügbar, bei dem sich die betreffende Person mit dem Virus infiziert hat. Der Anteil der Personen, deren Sexualpartner sich bei Drogeninjektionen infiziert hat, ist seit 1988 am Abnehmen, hingegen steigt die Zahl der neuen HIV-Fälle, bei denen sich die betreffende Person über einen Partner aus einem Land, in dem die Epidemie weit verbreitet ist, infiziert hat^a.

Abbildung 2.2 Schätzung der Anzahl neu diagnostizierter HIV-Infektionen nach Ansteckungsweg und nach Geschlecht (Arztmeldungen, hochgerechnet auf das Labortotal)¹

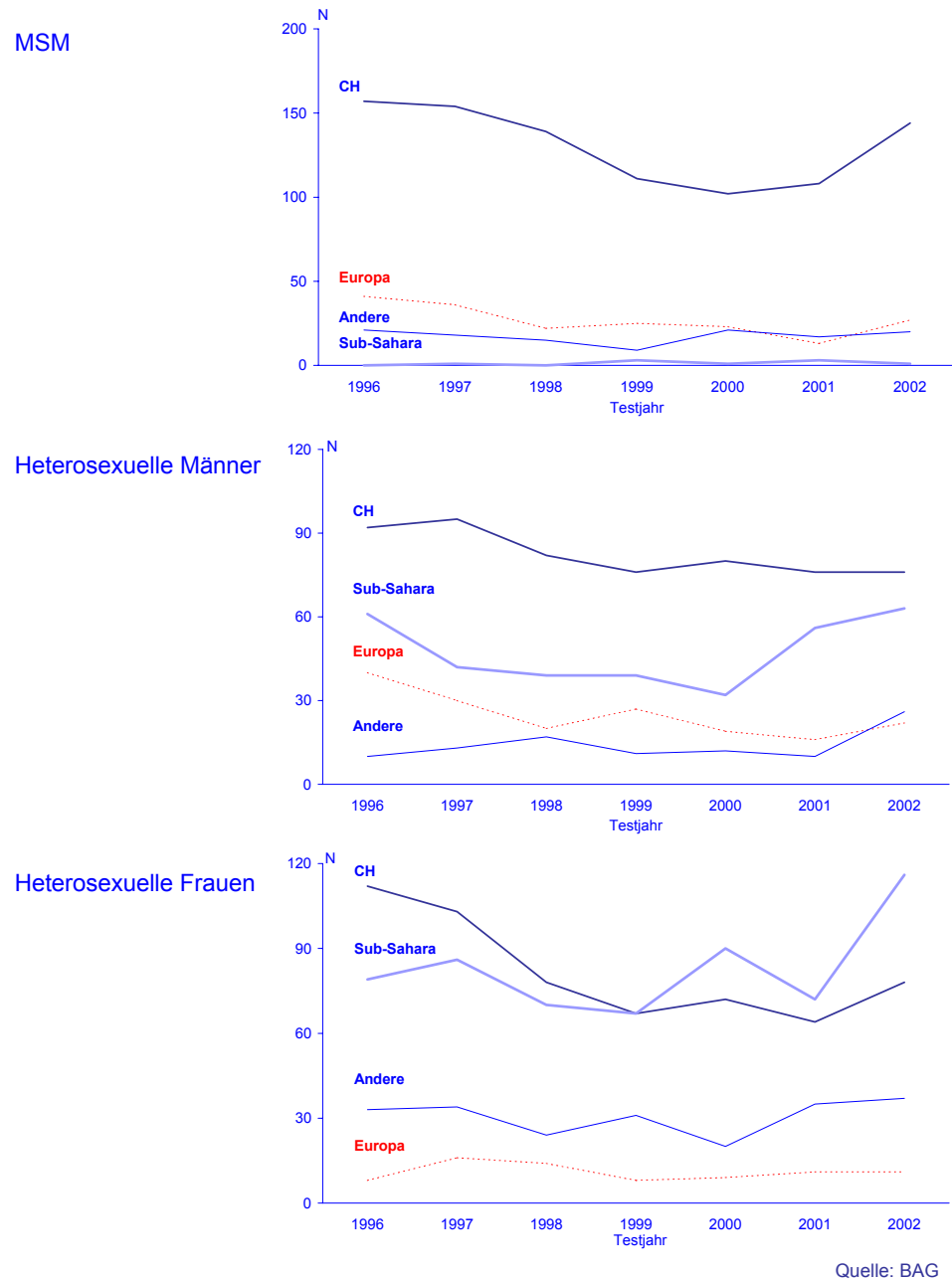


Quelle: BAG

- Die 2002 verzeichnete Zunahme bezieht sich auf die zwei sexuellen Ansteckungswege (Heterosexualität und Homo-/Bisexualität) (Abbildung 2.2).
- Seit 1999 ist es möglich, unter den gemeldeten positiven Tests der Anteil der Primoinfektionen zu ermitteln (akute Phase in den ersten Wochen nach der Ansteckung). Für das Jahr 2002 schätzt man, dass es sich in einem von sechs Fällen um eine Primoinfektion handelt. Diese Zahl ist gegenüber 2001 im Steigen begriffen.
- Bezüglich dem Herkunftsland der neuen Fälle zeigt sich je nach Ansteckungsweg ein unterschiedliches Bild. Die Zunahme der homosexuellen Übertragung (MSM) ist in erster Linie bei Personen schweizerischer Herkunft zu beobachten (Abbildung 2.3). Die bei den Fällen von heterosexueller Ansteckung festgestellte Erhöhung betrifft mehrheitlich Personen, die aus den afrikanischen Ländern der Sub-Sahara stammen (Länder, in denen die HIV/Aids-Prävalenz sehr hoch ist). Bei den Frauen ist dieser Trend besonders stark zu beobachten. Im Jahr 2002 betraf fast die Hälfte der auf die heterosexuelle Ansteckung zurückzuführenden Neuinfektionen Frauen dieser Herkunft.

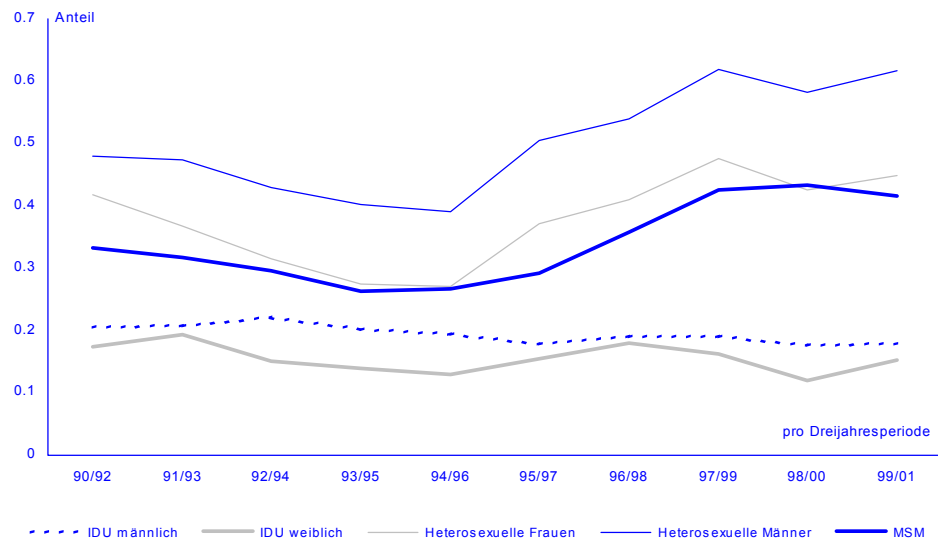
^a Diese Angaben stammen aus den Ergänzungsmeldungen der behandelnden Ärzte. Auf der Meldung sind noch weitere Kategorien von Sexualpartner aufgeführt: Partner mit bekanntem HIV-positiven Status, Gelegenheitspartner, Prostituierte (weiblicher Partner), bisexueller (männlicher) Partner. Die diesbezüglichen Tendenzen sind jedoch weniger deutlich auszumachen. Zudem erschwert das für die Erstellung dieser Statistik verwendete Gliederungssystem die Interpretation dieser Daten (die Ärzte können mehr als eine Kategorie ankreuzen, für die Datenanalyse wird jedoch nur eine davon berücksichtigt).

Abbildung 2.3 Schätzung der Anzahl neu diagnostizierter HIV-Infektionen bei Männern mit männlichen Geschlechtspartnern (MSM) und heterosexuell infizierten Personen nach Region der Nationalität (Arztmeldungen, auf das Labortotal hochgerechnet)¹



- Die zwischen dem positiven Test und der Diagnose von Aids verstrichene Zeit variiert je nach Ansteckungsweg beträchtlich. Bis Mitte der 1990er Jahre hat der fragliche Zeitraum bei allen Gruppen stetig zugenommen. Bei der Ansteckung durch den intravenösen Drogenkonsum (*Injecting Drug Use* - IDU) ist die Entwicklung weitergegangen, bei der Ansteckung durch Sexualkontakte hat sich der Trend hingegen umgekehrt. Der festgestellte Unterschied hängt nicht mit anderen Faktoren wie dem Geschlecht, dem Alter oder der Nationalität zusammen². In letzten Jahren haben über 60% der Männer und über 40% der Frauen, die sich bei heterosexuellen Kontakten angesteckt haben, ihre Aids-Diagnose zum Zeitpunkt des Tests erfahren; dies ist auch bei über 40% der durch homosexuelle Kontakte infizierten Männer der Fall (Abbildung 2.4).

Abbildung 2.4 Anteil der Menschen, die einen ersten positiven HIV-Test zum Zeitpunkt der Diagnose von Aids hatten, pro Dreijahresperiode, nach Ansteckungsweg, 1990-2001, Feuz & Gebhardt, 2002²



Quelle: BAG

Neben dem HIV gibt es noch andere Infektionskrankheiten, die sexuell übertragbar sind oder in Verbindung mit dem intravenösen Drogenkonsum auftreten können. Aus den Daten bezüglich ihrer Häufigkeit lassen sich zusätzliche Informationen über die Veränderungen der Verhaltensweisen entnehmen, die einen Einfluss auf die HIV/Aids-Epidemie haben könnten. Dabei ist festzuhalten, dass die Hepatitiden, die Chlamydien (*Chlamydia Trachomatis*, die bei der Frau auch zu Sterilität führen kann), die Gonokokken – vor allem die beiden letztgenannten – steigende Werte verzeichnen¹. Für diese Infektionen sind in der Schweiz jedoch leider keine Überwachungsdaten von vergleichbarer Qualität wie für das HIV³ verfügbar. Die europäischen Länder, die über ein leistungsfähiges Überwachungssystem für die Gonorrhöe und die Syphilis verfügen, haben eine erneute Ausbreitung dieser *Sexually Transmitted Infections* (STI) festgestellt; daher sind die Überwachung dieser Krankheiten im gesamten Europa sowie eine Kontrolle der Resistenz gegen antimikrobielle Mittel unerlässlich⁴. In der Schweiz ist vorläufig keine Änderung des Überwachungssystems für die STI geplant; die Situation hat sich im Übrigen seit 1999 eher noch verschlechtert, da der Syphilis-Erreger nicht mehr obligatorisch gemeldet werden muss.

2.1.1 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schlussfolgerungen

- Die therapeutischen Fortschritte (HAART) der vergangenen Jahre erlaubten es, die Folgen von HIV auf die Gesundheit der infizierten Menschen besser in den Griff zu bekommen: Die Aids-Fälle und die aidsbedingten Todesfälle haben abgenommen.
- HIV/Aids bleibt in der Schweiz eine 'konzentrierte' Epidemie^a.

Empfehlungen

^a Gemäss UNAIDS ist darunter eine Situation zu verstehen, in der die HIV-Prävalenz in mindestens einer Untergruppe regelmässig über 5% liegt und bei den schwangeren Frauen aus städtischen Regionen über 1% erreicht (vgl. 6.5.1 im Anhang).

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Die erneute Zunahme der Anzahl positiver HIV-Tests ist besorgniserregend, da sie auf eine Erhöhung der Ansteckungshäufigkeit schliessen lässt. Dies betrifft hauptsächlich die auf sexuellem Weg infizierten Personen (Heterosexuelle und MSM). Bei den Heterosexuellen steigt der Anteil der Infektionen, die bei den aus der Region südlich der Sahara stammenden Menschen verzeichnet werden, vor allem bei den Frauen. ■ Der Rückgang der Todesfälle und der neuen Aids-Fälle gekoppelt mit der steigenden Anzahl von Neuinfektionen hat zur Folge, dass die Zahl der Menschen mit HIV (mit oder ohne Aids) in der Schweiz ebenfalls eine Zunahme verzeichnet. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Die Präventionsarbeit sowie die Bemühungen zur Information der Bevölkerung über die jüngste Zunahme der Meldungen positiver Tests müssen weitergeführt werden. ⇒ Die Kenntnisse über die besonders betroffenen Bevölkerungsgruppen sollten vertieft und die Prävention sollte entsprechend ausgerichtet werden. Die Prävention muss besser an die Besonderheiten der verschiedenen Zielgruppen, insbesondere der Menschen aus den Ländern südlich der Sahara, angepasst werden.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Ein zu grosser Teil der auf sexuellem Weg infizierten Menschen, besonders der heterosexuellen Männer, erfahren erst bei der Aids-Diagnose von ihrer HIV-Infektion 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Es gilt Forschungsarbeit zu betreiben, um besser zu verstehen, weshalb der Test erst zu einem späten Zeitpunkt durchgeführt wird; die Information über den Test sollte verbessert und das Früherkennungssystem sollte entsprechend angepasst werden.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Andere STI als das HIV sind ebenfalls wieder im Kommen; hinsichtlich der Qualität der in der Schweiz verfügbaren Daten sind erhebliche Mängel festzustellen. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Man sollte eine Arbeitsgruppe einsetzen, die der Frage nachgeht, wie das Überwachungssystem für STI in der Schweiz ausgebaut werden kann. Die Zusammenarbeit auf europäischer Ebene sollte verstärkt werden.

Bibliographie

- 1 Abteilung Epidemiologie und Infektionskrankheiten. Epidemiologie von HIV in der Schweiz: Anstieg der positiven HIV-Tests im Jahr 2002. BAG Bulletin 2003;16:268-73.
- 2 Feuz M, Gebhardt, M. Time elapsing between the first positive HIV-test and AIDS diagnosis in Switzerland is decreasing [poster]. XIV International Conference on AIDS, Barcelona July 7-12 2002. Barcelona: International Aids Society (IAS); 2002. Available at: URL:<http://www.ias.se>
- 3 Klaue K, Spencer B, avec la collaboration de Balthasar H. Santé sexuelle et reproductive en Suisse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 85).
- 4 Nicoll A, Hamers FF. Are trends in HIV, gonorrhoea, and syphilis worsening in western Europe? BMJ 2002;324(7349):1324-7. Available at: URL: [PM:12039830](https://doi.org/10.1136/bmj.324.7349.1324).

2.2 ALLGEMEINBEVÖLKERUNG

In diesem Kapitel werden die jüngsten Resultate der Telefonumfragen (*Enquête téléphonique périodique auprès de la population générale pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse - EPSS*)^a präsentiert, die in der Schweiz seit 1987 im Rahmen der Evaluation der Aids-Präventionsstrategien periodisch bei der Wohnbevölkerung im Alter zwischen 17 und 45 Jahren durchgeführt werden^{1,2}. Zusätzlich zu den Daten über die Entwicklung des Sexualverhaltens und den Schutz vor HIV werden einige weitere Daten zum Umfeld vorgestellt (Kenntnis von Menschen mit HIV im Bekanntenkreis, Angst vor Aids). Ausserdem werden die Kenntnisse über HIV/Aids sowie einige besondere Themen wie die langfristigen Schutzstrategien in der Paarbeziehung, der HIV-Test und der Einfluss der Verfügbarkeit von hochaktiven antiretroviralen Therapien (HAART) auf die Prävention behandelt.

Diese Telefonumfragen bei der Wohnbevölkerung ermöglichen es, die Entwicklung der Gesamtsituation einzuschätzen. Einige Bevölkerungsgruppen wie anderssprachige Menschen, stark marginalisierte Menschen, sehr mobile oder sich illegal hier aufhaltende Menschen^b können auf diese Weise jedoch nur lückenhaft erfasst werden.

2.2.1 Entwicklung des Umfelds

Die Bevölkerung kommt mit dieser Infektionskrankheit immer mehr in Berührung, was sich im steigenden Anteil der Befragten ausdrückt, die jemanden kennen, der vom Virus betroffen ist^c (bei den 17-30-Jährigen stieg der Anteil von 13% im Jahr 1987 auf 22% im Jahr 2000 und bei den 31- bis 45-jährigen von 13% im Jahr 1989 auf 33% im Jahr 2000). Gleichwohl ist die Angst vor Aids im Grossen und Ganzen relativ unverändert geblieben. Im Jahr 2000 erklärten 29% der 17- bis 30-Jährigen (24% im Jahr 1987) und 15% der 31- bis 45-Jährigen (1989: 18%), dass die gelegentlich Angst hätten, sich mit Aids anzustecken. Diese Angst ist bei den Jüngeren tendenziell eher gestiegen, hat bei den Älteren hingegen eher abgenommen. In der Romandie (42% der 17- bis 30-Jährigen) und im Tessin (43%) ist sie markant stärker verbreitet als in der Deutschschweiz (24%).

Im Jahr 2000 haben 38% der befragten Personen von den hochaktiven antiretroviralen Therapien (Kombinations- oder HAART-Therapien) gehört. Dieser Anteil schwankt sehr stark je nach Sprachregion (71% in der französischen Schweiz, 24% in der Deutschschweiz, 30% im Tessin). Offenbar gleicht sich jede Sprachregion der Situation im Nachbarland^d an, was vermutlich auf den Einfluss der Medien aus den Nachbarländern zurückzuführen ist. Der Einfluss, den das Wissen um diese Therapie auf das Verhalten hat, wird weiter unten beschrieben.

^a Periodisch durchgeführte Telefonumfrage bei der Wohnbevölkerung der Schweiz zur Evaluation der HIV/Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz (EPSS). Bis 1988 beschränkte sich die Stichproben auf Menschen im Alter zwischen 17 und 30 Jahren aus der Deutschschweiz oder der Romandie (n=1200). Seit 1989 werden auch Menschen zwischen 31 und 45 Jahren aus diesen beiden Regionen befragt (n=2400) und seit 1991 wird in den Stichproben auch das Tessin berücksichtigt (n=2800). Die Umfragen wurde in den Jahren 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1994, 1997 und 2000 durchgeführt.

^b Um das Verhalten dieser Menschen erfassen zu können, sollten andere Befragungsstrategien angewandt werden (wie z.B. *Convenience*-Stichproben, *Mapping*, ethnografische Studien usw.).

^c HIV-positive, an Aids erkrankte oder verstorbene Menschen.

^d Im Jahr 1998 kannten in Frankreich 67%, 1997 in Deutschland 22% und 1998 in Italien 17% der Bevölkerung im Alter von 18 bis 49 Jahren die HAART-Therapien.

2.2.2 Kenntnisse der Präventionsmassnahmen und Einstellungen gegenüber Menschen mit HIV

Noch immer wird der Gebrauch von Präservativen spontan am häufigsten als Präventionsmassnahme (von 95% der 17- bis 45-Jährigen) genannt, gefolgt von Treue (25%), sexueller Enthaltbarkeit (21%) und dem Gebrauch sauberer Spritzen (11%). Es bestehen nur geringe regionale Abweichungen: Die Befragten im Tessin erwähnen die verschiedenen Präventionsmöglichkeiten für den Schutz bei Sexualkontakten seltener – mehr als 90% von ihnen nennen jedoch das Präservativ – und der Gebrauch sauberer Spritzen wird etwas häufiger erwähnt. Es sind auch Unterschiede je nach Schulbildung feststellbar: Hochschulabsolventen geben häufiger Schutzmassnahmen an, wobei der Gebrauch von Präservativen auch von mehr als 90% der Personen genannt wird, welche lediglich die obligatorischen Schulzeit absolviert haben.

Wenig geeignete Schutzstrategien (Vorsicht bei der Partnerwahl) oder komplett falsches Schutzverhalten (Vorsicht im Alltagsleben bei der gemeinsamen Benutzung von Geschirr oder den Toiletten) werden nur selten erwähnt (8% respektive 3%). Auch hier bestehen je nach sozialer Zugehörigkeit Unterschiede, die zugunsten der besser ausgebildeten Personen ausfallen, welche diese beiden Schutzarten seltener nennen.

Das Vertrauen in die Fähigkeit der Menschen mit HIV, andere vor einer Ansteckung^a zu schützen, ist hoch, jedoch leicht im Sinken begriffen (82% im Jahr 1990, 88% im Jahr 1997, 84% im Jahr 2000).

2.2.3 Sexualverhalten und Schutz mit dem Präservativ

Die HIV/Aids-Prävention scheint offenbar keine grössere Wirkung auf die sexuelle Aktivität gehabt zu haben. Der Mittelwert der Anzahl Sexualpartner im Laufe des Lebens ist in den verschiedenen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern gesamthaft gesehen stabil geblieben. Bei Männern zwischen 17 und 30 Jahren betrug er im Jahr 1987 4, 1997 lag er bei 3 und 2000 wieder bei 4. In der Altersgruppe der 31- bis 45-Jährigen lag er 1989 bei 6, in den Jahren 1997 und 2000 gleichbleibend bei 5. Dieser Mittelwert blieb bei den 17- bis 30-jährigen Frauen unverändert bei 2 und bei den 31- bis 45-jährigen bei 3. Im folgenden Abschnitt (Jugendliche und junge Erwachsene) wird sich zeigen, dass sich das Verhalten bei den jüngsten Befragten (zwischen 17 und 20 Jahren) anders entwickelt hat.

Komplexer ist die Situation bei den gewerbsmässigen Sexualkontakten (Prostitution): Im Jahr 2000 gaben 2% der 17- bis 30-jährigen Männer (2% im 1987) und 2% der 31- bis 45-jährigen (1% im 1989) an, sie hätten in den letzten 6 Monaten vor dieser Befragung für einen Sexualverkehr bezahlt, was auf ein stabiles Verhalten hindeutet. Rechnet man diese Kontakte mit der Prostitution auf die gesamten Sexualkontakte im Leben hoch, so beobachtet man zwischen 1989^b und 2000 eine Schwankung ohne bestimmten Trend zwischen 12% und 15% bei den 17- bis 30-Jährigen und zwischen 18% und 23% bei den 31- bis 45-Jährigen. Dabei sind keine nennenswerten Unterschiede nach Bildungsgrad oder nach Nationalität auszumachen.

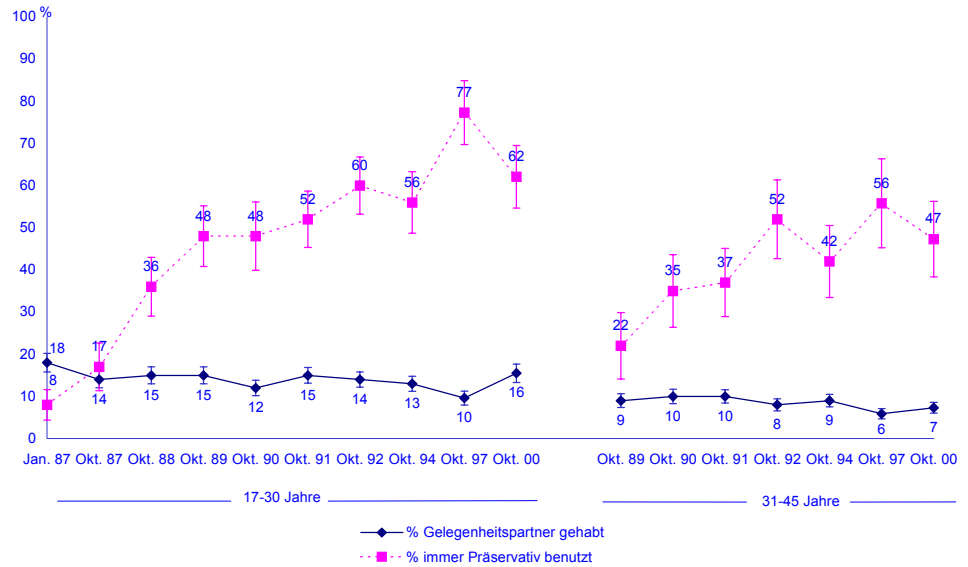
Der Anteil der Menschen, die irgendwann einmal in eine Situation geraten, wo sich die Frage der HIV-Prävention stellt, hat sich seit 1987 kaum verändert. So ist der Anteil der Befragten, die im Jahr 2000 erklärten, in den letzten 6 Monaten Gelegenheitspartner gehabt zu haben, stabil geblieben (16% bei den 17- bis 30-Jährigen, 7% bei den 31- bis 45-Jährigen), (Abbildung 2.5, fortlaufende Linie). Der Anteil derjenigen, die seit dem letzten Jahr einen neuen festen Partner hatten, hat bei den 17-

^a Antwort 'Ja' oder 'eher Ja' auf die Frage: 'Glauben Sie, dass HIV-Infizierte – wenn sie richtig informiert sind – fähig sind, sich bezüglich Aids risikofrei zu verhalten?'

^b Wegen des hohen Anteils von fehlenden Antworten auf diese Frage in den Jahren 1987 und 1988 können die vor 1989 eingegangenen Daten nicht interpretiert werden.

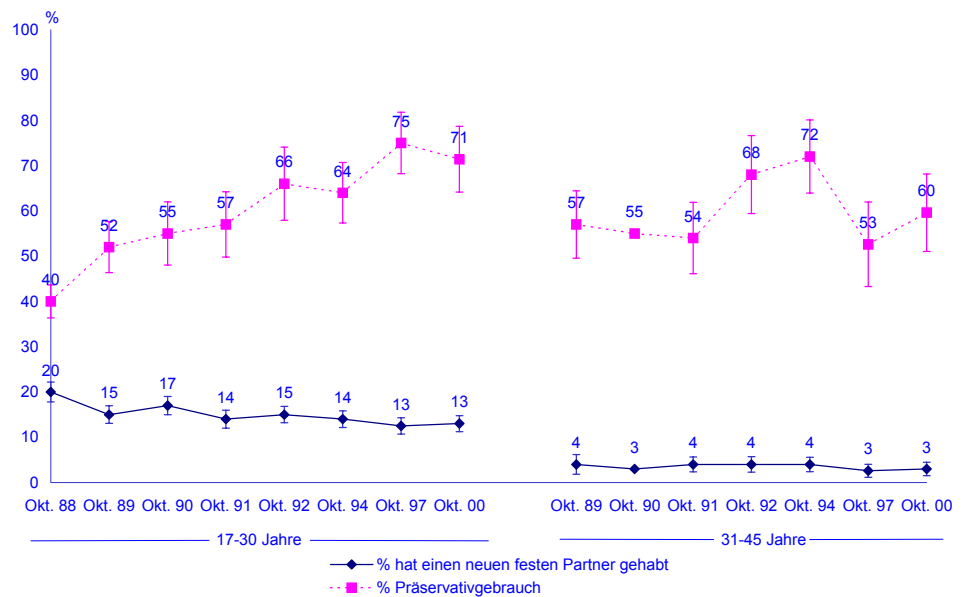
bis 30-Jährigen leicht abgenommen und ist bei den 31- bis 45-Jährigen unverändert geblieben (13% respektive 3%) (Abbildung 2.6, fortlaufende Linie).

Abbildung 2.5 Anteil der Befragten mit Gelegenheitskontakten in den letzten 6 Monaten vor der Umfrage und Präservativgebrauch mit diesen Partnern, nach Altersklasse (17-30 Jahre und 31-45 Jahre)



IUMSP/UEPP

Abbildung 2.6 Anteil Befragter mit neuer fester Beziehung während des Jahres vor der Umfrage und Präservativgebrauch mit der betreffenden Person, nach Altersklasse (17-30 Jahre und 31-45 Jahre)



IUMSP/UEPP

Das Schutzverhalten in Situationen, in denen ein potenzielles Ansteckungsrisiko besteht (Gelegenheitskontakte, neuer Partner) hat sich seit Beginn der HIV/Aids-Präventionskampagnen im Jahr 1987 erheblich verändert. So ist der konsequente Gebrauch von Präservativen bei Gelegenheitskontakten bei den 17- bis 30-jährigen von 8% im Jahr 1987 auf 62% im Jahr 2000 gestiegen und bei den 31- bis 45-Jährigen von 22% im Jahr 1989 auf 47% im Jahr 2000. Im Jahr 1988 haben 40% der 17- bis 30-Jährigen zumindest zu Beginn der Beziehung mit dem neuen festen Partner Präservative benutzt, im Jahr 2000 hat sich dieser Anteil auf 71% erhöht. Bei den 31- bis 45-Jährigen ist das Schutzverhalten hingegen eher stabil geblieben (57% im Jahr 1989 und 60% im Jahr 2000).

In beiden Situationen schützen sich junge Menschen tendenziell besser als ältere. Beim Schutzverhalten mit Gelegenheitspartnern sind kaum sprachregionale Unterschiede auszumachen. Beim festen Partner schützen sich hingegen Deutschschweizer verglichen mit Romands und Tessinern besser. Menschen, die lediglich die obligatorische Schulzeit absolviert haben, schützen sich bei Gelegenheitskontakten etwas besser als solche mit einer höheren Schulbildung, gerade umgekehrt verhält es sich beim Umgang mit festen Partnern. Deutliche Verhaltensunterschiede sind jedoch zwischen Frauen und Männern auszumachen: Generell behaupten mehr Männer von sich, sich zu schützen, als Frauen. Dagegen berufen sich jedoch mehr junge Frauen darauf, dass sie sich in ihrer festen Beziehung konsequenter schützen (Tabelle 2.1). Junge Ausländer^a schliesslich schützen sich bei Gelegenheitskontakten und mit festen Partnern etwas weniger konsequent als die jungen Schweizer.

Tabelle 2.1 Unterschiede zwischen Männern/Frauen beim Gebrauch von Präservativen nach Alter und nach Partnertyp (2000)

HIV-Exposition und Schutz		Gelegenheitspartner in den vergangenen 6 Monaten		Gebrauch von Präservativen		Fester Partner während des Jahres		Gebrauch von Präservativen
		n	%	% immer	% nie	n	%	% ja
17-30	Männer	119	21	65	12	97	17	67
	Frauen	46	9	55	12	38	8	81
31-45	Männer	82	10	55	24	29	4	68
	Frauen	37	4	29	49	21	3	48

* zumindest zu Beginn der Beziehung

IUMSP/UEPP

Die Entwicklung des Schutzverhaltens in der letzten Phase (Ende der 1990er Jahre) verläuft somit nicht gleichmässig; die wahrscheinlichste Interpretation ist die, dass das Schutzverhalten stabil bleibt oder leicht nachlässt. Die Ergebnisse einer im Jahr 2000 in der Deutschschweiz³ durchgeführte Befragung zum Sexualverhalten zeugen von einem hohen Schutzniveau und bewegen sich in ähnlichem Rahmen wie die Ergebnisse der EPSS-Umfrage im Jahr 2000. Einzig bei den über 45-Jährigen^b – einer in der EPSS-Umfrage nicht berücksichtigten Altersklasse – lag das Schutzniveau deutlich tiefer. Aber auch der Anteil der Menschen mit Gelegenheitskontakten war in dieser Altersgruppe geringer als in den jüngeren Altersklassen.

^a d.h. alle, die nicht die schweizerische Nationalität besitzen.

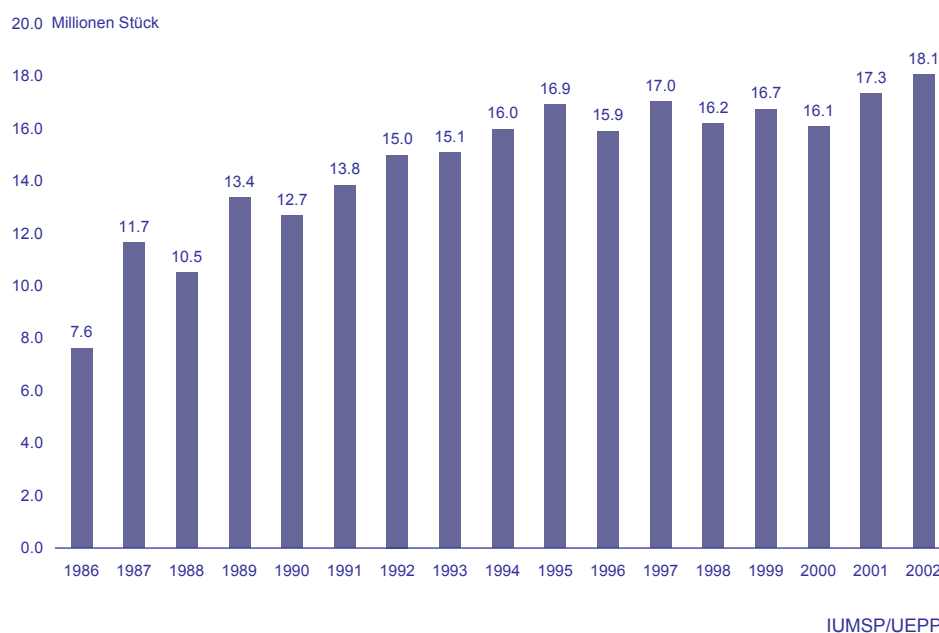
^b 46- bis 65-Jährige.

Über den gesamten Zeitraum von 1987 bis 2002 betrachtet, wird der gestiegene Präservativgebrauch auch durch die Statistik des Präservativabsatzes bestätigt, der von 7.6 Millionen Einheiten im Jahr 1986 auf 18.1 Millionen im Jahr 2002 zugenommen hat. Nach einigen Jahren Stabilität scheint sich nun wieder ein Trend nach oben abzuzeichnen, der nach der letzten Umfrage über die Verhaltensweisen (im Jahr 2000) eingesetzt hat (Abbildung 2.7).

Eine vergleichbare allgemeine Entwicklung⁴, mit den gleichen Fragen zur Interpretation der Daten, findet gegenwärtig auch in Frankreich⁵ und in Deutschland⁶ statt, wo der Einfluss der Präventionspolitik in der Allgemeinbevölkerung Gegenstand regelmässiger Befragungen ist (in Deutschland seit 1987 und in Frankreich⁷ seit 1992).

In Frankreich hat sich der Anteil Befragten, die angaben, sie hätten im Laufe des Jahres mindestens zwei Partner (Mehrfachbeziehungen) gehabt, über das letzte Jahrzehnt betrachtet stetig und deutlich verringert. Bei Männern haben Mehrfachbeziehungen anteilmässig von 22% im Jahr 1992 auf 10% im Jahr 2001 abgenommen (bei den Frauen haben sie von 9% auf 6% abgenommen). Eine solche Abnahme ist aus den Statistiken aus Deutschland nicht ersichtlich; hier sind die Werte insgesamt seit Beginn der Befragungen (1987) stabil geblieben.

Abbildung 2.7 Präservativabsatz in der Schweiz (Schätzung; Mehr als 80% des Marktes)



In beiden Ländern hat sich das Schutzverhalten mittels der Verwendung von Präservativen nicht weiter verstärkt; der Schutz bleibt stabil oder zeigt Anzeichen eines Nachlassens. Doch trotz dem Eindruck, das Schutzverhalten lasse nach, muss betont werden, dass das Präventionsniveau hoch bleibt und sich in allen drei Ländern auf ähnlichem Niveau bewegt.

2.2.4 Schutzstrategien in der Paarbeziehung

Bei der im Jahr 2000 durchgeführten EPSS-Telefonumfrage sind für 511 Personen Angaben darüber verfügbar, welche Schutzstrategie sie während der Beziehung mit ihrem letzten festen Partner^a angewandt haben (Abbildung 2.8).

^a Letzter neuer fester Partner während der vergangenen zwei Jahre.

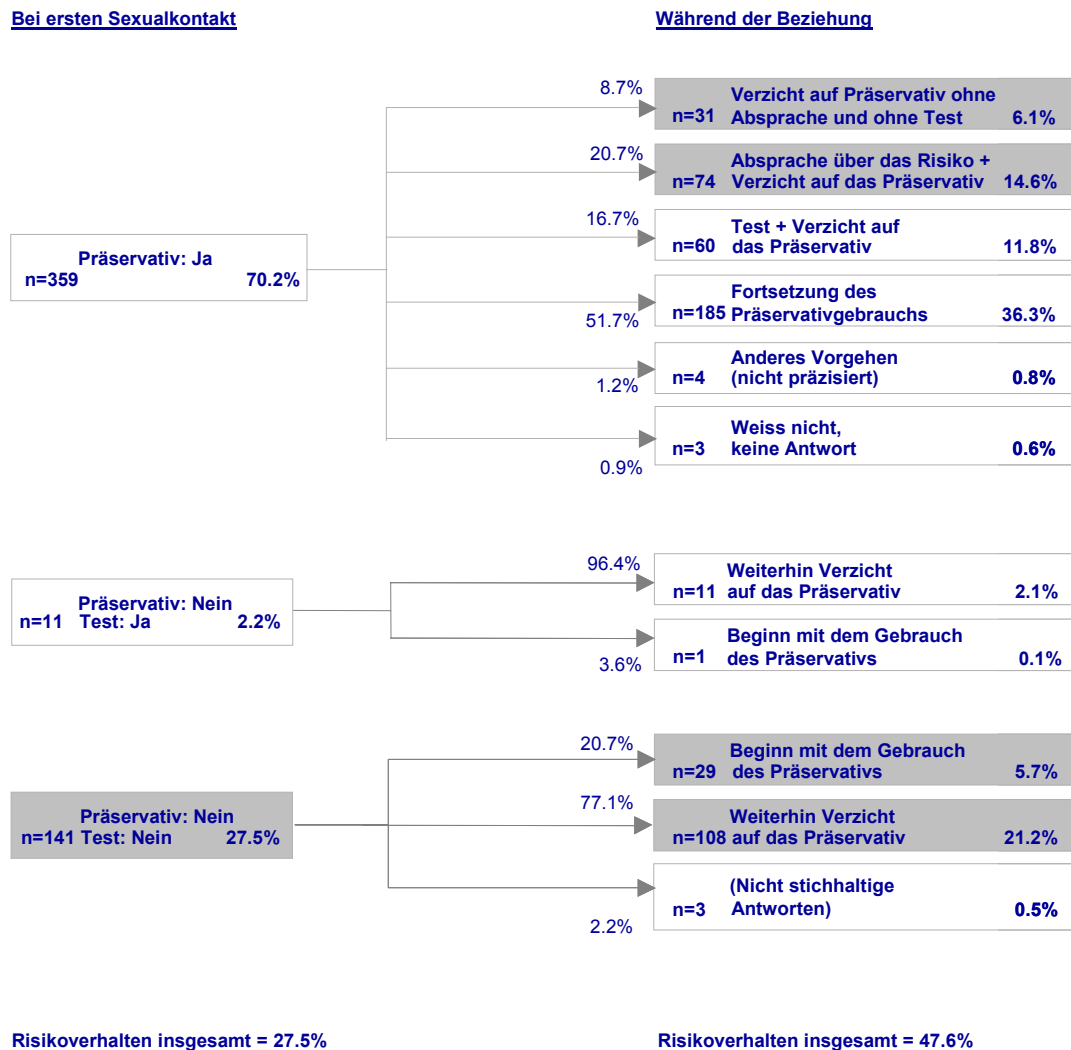
In der Mehrzahl der Fälle (67%) haben sich die Partner vor ihrem ersten Sexualkontakt länger als einen Monat gekannt, 7% der Partner haben sich hingegen am Tag ihres ersten Sexualkontakts kennengelernt. Bei zwei Dritteln der Fälle haben die Paare miteinander über vorgängige Sexualpartner gesprochen, gleich viele Paare haben über die Verhütung, die Hälfte über ein HIV-Risiko oder andere sexuell übertragbare Infektionen geredet. Drei Viertel der Paare haben vor dem ersten Sexualkontakt das Thema Präservative angesprochen. Für den ersten Kontakt haben sich etwas weniger als drei Viertel der Paare für den Präservativgebrauch entschieden (Abbildung 2.8). Ein Viertel hat sich nicht mit Präservativen geschützt, 2% von ihnen haben sich vorgängig einem Test unterzogen. So wird, gesamthaft betrachtet, bei 72% der ersten Sexualkontakte der Entscheid für eine 'sichere' Prävention gefällt.

52% der Befragten, die bei ihrem ersten Sexualkontakt ein Präservativ benutzten, haben danach entschieden, dies weiterhin zu tun, 17% haben einen HIV-Test gemacht und anschliessend auf den Gebrauch des Präservativs verzichtet, 21% haben mit ihrem Partner die bisher eingegangenen Risiken besprochen und danach kein Präservativ mehr verwendet und 9% haben mit dem Präservativgebrauch aufgehört, ohne über in der Vergangenheit eingegangene Risiken gesprochen oder sich einem Test unterzogen zu haben. Weitere 2% sind anders vorgegangen oder haben nicht geantwortet.

Rund drei Viertel derjenigen, die beim ersten Sexualkontakt kein Präservativ benutzten, haben auch weiterhin darauf verzichtet. Etwas weniger als ein Viertel von ihnen hat hingegen danach begonnen, sich mit Präservativen zu schützen.

Betrachtet man das Schutzverhalten von Paaren im Laufe der Beziehung, stellt man fest, dass die 'Sicherheit' ihrer Sexualkontakte (Abbildung 2.8, weisse Rechtecke in der rechten Spalte) mit zunehmender Dauer der Beziehung abnimmt. 54% der Paare bleiben nach ihrem ersten Sexualkontakt beim Safer Sex. Zwei Drittel der Paare, die zwar zu Beginn der Beziehung Präservative verwendeten, sich aber danach weniger gut schützten (Verzicht auf das Präservativ ohne vorgängigen Test), bemühten sich vorher, die in der Vergangenheit eingegangener Risiken abzuklären, bevor sie den Beschluss fassten, keine Präservative mehr zu verwenden. Dies zeugt sicherlich von einem (ungeschickten) Schutzverhalten.

Abbildung 2.8 Entwicklung des Schutzes in der Beziehung mit dem letzten neuen festen Partner. Allgemeinbevölkerung zwischen 17 und 45 Jahren (n = 511), 2000



IUMSP/UEPP

2.2.5 Probleme beim Gebrauch von Präservativen

Neunzig Prozent der Bevölkerung zwischen 17 und 45 Jahren hat im Laufe des Lebens schon einmal ein Präservativ benutzt (mit einem Generationengefälle: Bei den 17- bis 20-Jährigen waren es 95%, bei den 40- bis 45-Jährigen 81%). 28% der Anwender haben bei ihrem letzten Sexualkontakt ein Präservativ verwendet. Bei rund 60% der Sexualkontakte war es der Mann, der das Präservativ überzog, bei 15% war es die Frau und bei 20% haben sie es gemeinsam getan; die übrigen konnten sich nicht erinnern. Bei dieser Frage stimmen die Antworten der Frauen und Männer recht gut überein. Bei einem Prozent der Befragten ist das Präservativ während des letzten Sexualkontaktes gerissen (im Jahr 1997 bei 2%) und bei 3% ist es abgerutscht (2% im 1997).

2.2.6 HIV-Test

Ein beträchtlicher Teil der Bevölkerung hat sich mindestens einmal im Leben einem HIV-Test unterzogen^a. Zwischen 1992 und 2000 ist der Anteil der Getesteten in der Altersgruppe von 17-30 Jahren von 23% auf 38% und in der Altersgruppe von 31-45 Jahren von 23% auf 46% gestiegen. Dieser Aufwärtstrend legt sich jedoch wieder. Der Anteil der Personen, die sich im Laufe des jeweiligen Befragungsjahres zum ersten Mal einem Test unterzogen haben, lag 1992 bei den 17- bis 30-Jährigen bei 5% sowie 1994, 1997 und 2000 bei 3%, bei den 31- bis 45-Jährigen wurden für diese Jahre folgende Werte berechnet: 3%, 3%, 1% und 1%.

Der Anteil der in den letzten 12 Monaten getesteten Personen (erster Test oder Wiederholung des Tests) ist in der Schweiz, in Deutschland und in Frankreich in etwa gleich hoch (zwischen 8 und 10%).

Die meisten Tests^b wurden bei einem privat praktizierenden Arzt durchgeführt: Beim Hausarzt (46%), bei einem Gynäkologen (24%) oder einem anderen Spezialisten (5%). Anonym in einer Teststelle wurden 6% der Tests durchgeführt, 9% ambulant in einem Spital, 5% bei einer Spitaleinweisung, 3% in einem privaten Labor und 2% andernorts. Diese Verteilung hat sich seit 1994⁸ nicht merklich geändert. Jugendliche ziehen anonyme Tests vor (9% der 17- bis 20-Jährigen, 3% der 41- bis 45-Jährigen).

Insgesamt – d.h. einschliesslich der bei Blutspenden vorgenommenen Tests – haben bis 2000 63% der Wohnbevölkerung zwischen 17 und 45 Jahren mindestens einen HIV-Test gemacht.

Tabelle 2.2 Anteil (%) auf HIV getesteter Personen* in verschiedenen Gruppen der Bevölkerung von 17 bis 45 Jahren, 1992-2000

	1992	1994	1997	2000	n Durchschnitt
Gesamtbevölkerung	48	57	59	63	~ 2800
Personen mit mehreren Partnern**					
Männer	62	69	70	76	~ 390
Frauen	55	65	73	71	~ 390
17-30 Jahre	59	66	67	66	~ 410
31-45 Jahre	58	68	75	79	~ 380
i.v. Drogenkonsumenten	79	79	98	83	~ 25
Kontakte mit Prostituierten (im bisherigen Leben)***	66	69	77	80	~ 240
Homosexuelle Kontakte (im bisherigen Leben)***	64	75	69	74	~ 50
Keine dieser Merkmale					
Männer	51	60	60	62	~ 910
Frauen	33	44	46	51	~ 980
17-30 Jahre	39	50	48	46	~ 940
31-45 Jahre	44	53	58	64	~ 950

* einschliesslich der Tests bei Blutspenden

** oberstes Quartil für ihre Altersklasse und Geschlechtsgruppe

*** nur die Männer

IUMSP/UEPP

^a Bluttests anlässlich einer Blutspende sind hier nicht mitberücksichtigt.

^b Ort des letzten Tests.

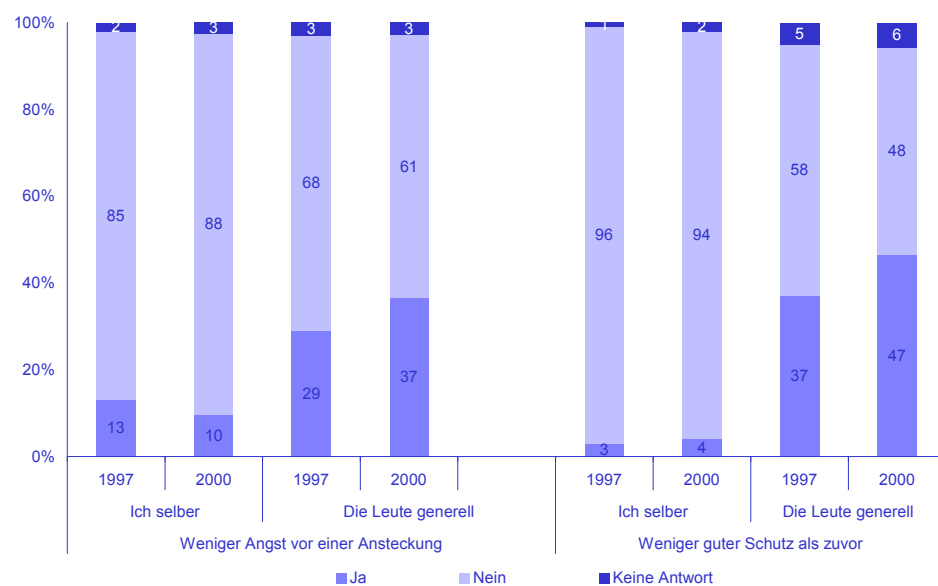
In der Schweiz wurde nicht gezielt Werbung für den Test gemacht, etwa mittels an die Gesamtbevölkerung gerichteten Kampagnen. Dennoch hat sich eine grosse Anzahl Menschen dafür interessiert, vermutlich weil ihr Lebensstil potenziell das Risiko einer HIV-Ansteckung birgt. So ist feststellbar, dass Menschen mit mehreren Partnern (vor allem die Männer und die Altersgruppe der 31- bis 45-Jährigen), Menschen, die im Laufe ihres Lebens homosexuelle Kontakte oder Sex mit Prostituierten hatten, sowie Menschen, die sich bereits einmal Drogen gespritzt hatten, sich häufiger einem Test unterzogen haben (Tabelle 2.2).

2.2.7 Der Einfluss der hochaktiven antiretroviralen Therapien (HAART) auf die Prävention

Seit der Einführung der hochaktiven antiretroviralen Therapien (HAART) im Jahr 1996 stellt sich die Frage, welchen Einfluss sie auf das Präventionsverhalten der Bevölkerung haben. Deshalb versuchte man in Erfahrung zu bringen, ob das Wissen um das Vorhandensein solcher Behandlungsmöglichkeiten die Vorstellungen, die sich daraus für die eigene Einstellung und das eigene Verhalten ergeben, beeinflusst hat oder ob bei den anderen eine solche Veränderung angenommen wird (Abbildung 2.9).

Zwischen 1997 und 2000 stellt man eine Abnahme des (geringen) Anteils der Personen fest, die der Meinung sind, das Vorhandensein dieser Therapien habe ihre Angst vor einer Ansteckung mit dem HI-Virus verringert. Andererseits vermuten auch mehr Menschen, dass die anderen nun weniger Angst haben. Diese beiden Annahmen gehen je länger je mehr auseinander. Der Unterschied zwischen dem, was man von sich selber glaubt, und dem, was man von anderen annimmt, hat sich vergrössert und nimmt, wenn man das Verhalten betrachtet, weiter zu: Im Jahr 2000 erklärten sich lediglich 4% der 17- bis 45-Jährigen mit der Behauptung einverstanden, sie würden sich nun wegen der Existenz der HAART weniger gut schützen als zuvor; im Gegensatz dazu schätzten 45% der Bevölkerung, dass 'die Leute generell' sich nun weniger gut schützen als bis anhin.

Abbildung 2.9 Vorstellungen der möglichen Folgen für 'sich selber' und für die 'Leute generell' des Wissens um das Vorhandensein der hochaktiven antiretroviralen Therapien 1997-2000 (n ~ 1100)



Das Vorhandensein dieser Diskrepanz zwischen dem, was man für sich selber angibt, und demjenigen, das man bei den anderen vermutet, könnte als Anzeichen für ein generelles Nachlassen des Schutzverhaltens interpretiert werden. Diese zwischen 1997 und 2000 entstandene Entwicklung bezüglich der Annahmen über das Eigen- und Fremdverhalten darf keinesfalls auf die leichte Schulter genommen werden und könnte sich als erstes Anzeichen für eine eventuell ungünstige Entwicklung entpuppen. Die Gesundheitsbehörden wurden daher über diese Entwicklung in Kenntnis gesetzt und in den Medien wurden folgerichtig wieder verstärkt Informationskampagnen geschaltet. Eine in Frankreich in den Jahren 2001-2002 durchgeführte Befragung führte übrigens zu ähnlichen Überlegungen. Auch dort wird nachdrücklich auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Prävention wieder verstärkt anzugehen⁵.

2.2.8 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Die wahrscheinlichste Auslegung der Entwicklung der Verhaltensweisen in der Allgemeinbevölkerung ist die einer Stabilisierung oder gar eines leichten Nachlassens des Schutzverhaltens. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Diese Situation sollte genauestens weiterbeobachtet werden, zumal gewisse Alarmsignale (internationale Situation, Entwicklung der neuen HIV-Fälle, Entwicklung der STI) zur Vorsicht mahnen.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Man muss aber auch in Erinnerung rufen, dass die Bevölkerung generell gut informiert ist und die erreichten Schutzniveaus zufriedenstellend sind – auch wenn Verbesserung wünschbar wären, vor allem bei den Erwachsenen im mittleren/reiferen Alter. Dies bildet einen guten ‘Schutzsockel’ gegen eine generelle Ausbreitung des HIV in der Allgemeinbevölkerung. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Die Präventionsaktivitäten, die auf eine umfassende Abdeckung angelegt sind (Medienkampagnen, Sexualunterricht/HIV-Prävention im Schulwesen), sollten daher weitergeführt werden, um das Erreichte zu erhalten oder weiter zu verstärken.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Bevölkerungsgruppen, bei denen man die höchste Anzahl HIV-Neuinfektionen beobachtet (Männer, die Sex mit Männern haben, Personen, die sich Drogen injizieren, Migranten aus der Sub-Sahara und ihre Partner) machen nur einen (sehr) geringen Teil der untersuchten Stichproben aus. Die Entwicklung des Schutzverhaltens in diesen Bevölkerungsgruppen lässt sich durch die Umfragen in der Allgemeinbevölkerung nicht beurteilen. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Bei diesen Bevölkerungsgruppen müssen gezielte Umfragen organisiert bzw. weitergeführt werden.

Bibliographie

- 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 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. Evaluation der AIDS-Präventionsstrategie in der Schweiz: Sechster zusammenfassender Bericht 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999.
- 3 Bruhin E, Werner M, Abel T, Müller F. Age and gender in the management of HIV-relevant sexual risks: theoretical background and first results of a population survey in the German speaking part of Switzerland. *Soz- Präventivmed* 2002;47:388-98.
- 4 Balthasar H, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F. Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida: rapport sur mandat de l'Instance d'évaluation de la politique de

- lutte contre le sida (France). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 83).
- 5 Rollet C, de la Bretèche L, Bousquet F, Robin C, Le Boulter S. Conseil national de l'évaluation/ Commisariat général du plan, editor. La politique de lutte contre le sida 1994-2000: rapport de l'instance d'évaluation présidée par Christian Rollet. Paris: La documentation française; 2003.
 - 6 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, editor. Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2000: Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor Aids, eine Wiederholungsstudie. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); 2001. Available at URL: http://www.bzga.de/bzga_stat/studien/material/aids2000.pdf.
 - 7 Grémy I, Beltzer N, Vongmany N, Chauveau J, Capuano F. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida en France: premiers résultats des évolutions 1992, 1994, 1998, 2001 au 15 octobre 2001 (Rapport intermédiaire). Paris: Observatoire régional de santé d'Ile-de-France (ORS Ile-de-France); 2001.
 - 8 Jeannin A, Dubois-Arber F, Paccaud F. HIV testing in Switzerland. AIDS 1994;8:1599-603.

2.3 JUGENDLICHE UND JUNGE ERWACHSENE

In diesem Kapitel werden vorwiegend die Ergebnisse der Periodischen Telefonumfrage der Allgemeinbevölkerung für die Evaluation der Aids-Prävention in der Schweiz (EPSS^a) für die Altersgruppe der 17- bis 20-Jährigen^b dokumentiert. Diese Ergebnisse werden ergänzt mit ersten Daten aus der nationalen SMASH^c-Studie, die im Jahr 2002 bei den 15- bis 20-Jährigen in der Schweiz durchgeführt wurde. Die Frage, inwieweit die Jugendliche Zugang zum Sexualunterricht und/oder zur Aids-Prävention in den Schulen haben, wird weiter hinten in einem separaten Kapitel erörtert (siehe Kapitel 3.3.2).

2.3.1 Eintritt ins Sexualleben

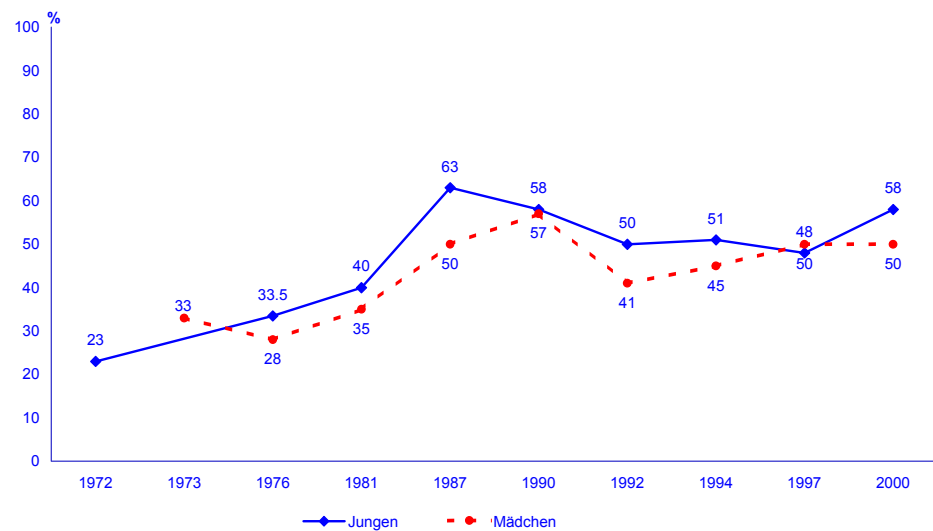
Der Anteil der in einem bestimmten Alter (hier 17 Jahre) sexuell aktiven jungen Menschen erhöht sich offenbar wieder und folgt damit dem sekulären Trend. Dies nach einem kurzen Unterbruch zu Beginn der 1990er Jahre, der wahrscheinlich auf die Mediatisierung von HIV/Aids und auf die Präventionskampagnen zurückzuführen ist. Über den gesamten Zeitraum betrachtet, treten Mädchen tendenziell etwas später als Knaben in das aktive Sexualleben ein (Abbildung 2.10).

^a *Enquête téléphonique périodique auprès de la population générale pour l'évaluation de la Prévention du Sida en Suisse.*

^b Für jede Telefonumfrage wurden rund 400 Jugendliche und junge Erwachsene befragt (siehe auch Kapitel 2.1).

^c SMASH: Swiss Multicentric Adolescent Survey on Health⁵. Diese Umfrage wurde in den Jahren 1992-93 und 2002 bei Jugendlichen zwischen 15 und 20 Jahren erhoben, die sich nach Abschluss der obligatorischen Schulzeit in einer weiterführenden Ausbildung befanden. Jede Befragung erfasste rund 8000 Teilnehmende.

Abbildung 2.10 Anteil der mit 17 Jahren sexuell aktiven Jugendlichen in der Schweiz, 1972-2000)^a



IUMSP/UEPP

2.3.2 Sexualeben

Zwischen 1987 und 1997 wurde bei den 17- bis 20-Jährigen ein Trend zu einer Abnahme der Partnerzahl beobachtet. Insbesondere der Anteil Jugendlicher, die 3 oder mehr Partner hatten, verminderte sich von 33% im Jahr 1987 auf 24% im 1997. Im Jahr 2000 stieg deren Anteil jedoch wieder auf 31%. Dennoch lag der Median der Sexualpartner zwischen 1987 und 2000 gleichbleibend bei 1.

Die gleiche Entwicklung hin zu einer erneuten Zunahme in jüngster Zeit ist bei den Befragten zu beobachten, die seit einem Jahr einen neuen Sexualpartner haben oder in den letzten sechs Monaten einen Gelegenheitspartner hatten (siehe Abbildung 2.11 und Abbildung 2.12).

Diese Daten werden durch die SMASH-Studie^b bestätigt, die einen Vergleich zwischen der Anzahl der bisherigen Partner der Mädchen und der Jungen in den Jahren 1992/93 und 2002 erlaubt (siehe dazu Abbildung 6.1 im Anhang zu diesem Kapitel^c).

Eine Interpretation ist schwierig, da es sich dabei vorerst um eine Tendenz handelt. Möglich scheint, dass diese Tendenz mit dem sekulären Trend des steigenden Anteils der in einem bestimmten Alter sexuell aktiven Jugendlichen korreliert (siehe auch Kapitel 2.3.1).

2.3.3 Schutzstrategien

Der Präservativgebrauch bleibt unverändert hoch: Im Jahr 2000 haben 69% der 17- bis 20-Jährigen in ihrer neuen festen Beziehung Präservative benutzt (Abbildung 2.11). 76%^d von ihnen haben bei einem oder mehreren Gelegenheitspartnern konsequent Präservative verwendet (Abbildung 2.12).

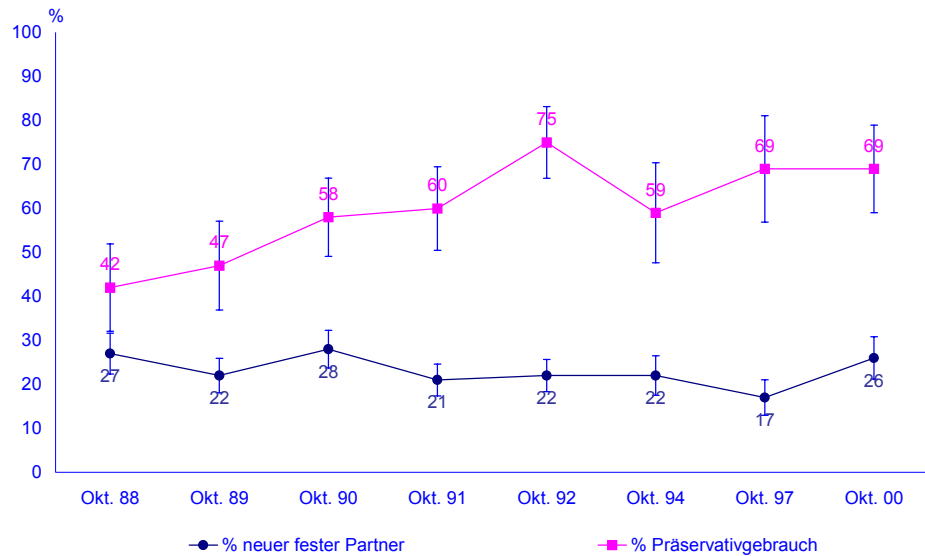
^a Die Daten entstammen verschiedenen Studien. Seit 1987 werden sie den EPSS-Umfragen (17- bis 20-Jährige) entnommen.

^b Wir danken Herrn Prof. P.-A. Michaud, der uns erste Daten (vor deren Publikation) zur Verfügung gestellt hat.

^c Die Altersgruppen-Einteilung ist in den beiden Studien zwar unterschiedlich, doch die Tendenz ist die gleiche.

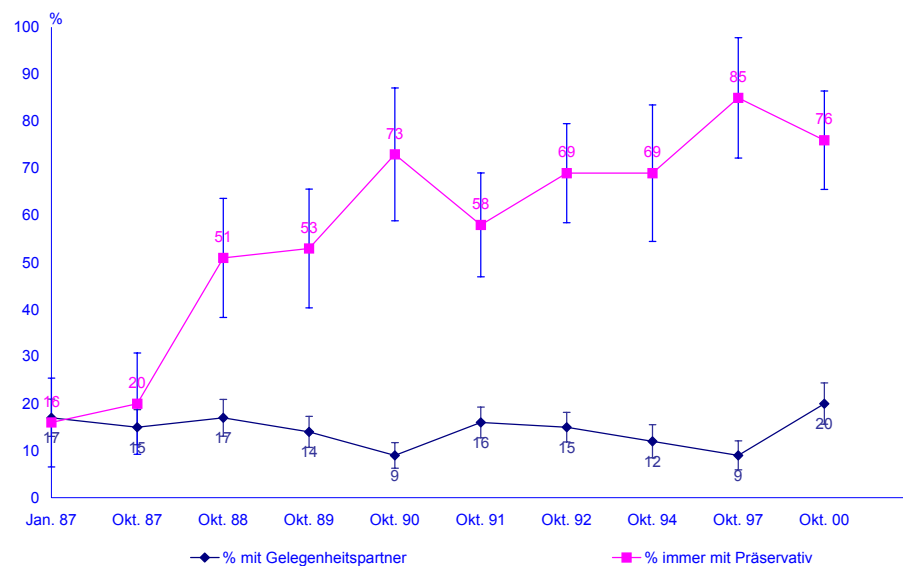
^d Leichter Rückgang im Vergleich zu 1997, das offenbar einen Extremwert (Ausreisser) darstellt.

Abbildung 2.11 Anteil der jungen Menschen (17-20 Jahre), die im Jahr der Befragung eine neue feste Beziehung eingegangen sind, und Präservativgebrauch mit diesem Partner (1988-2000)



IUMSP/UEPP

Abbildung 2.12 Anteil der jungen Menschen (17-20 Jahre), die in den vergangenen 6 Monaten einen oder mehrere Gelegenheitskontakte hatten und Präservativgebrauch mit den betreffenden Personen (1988-2000)

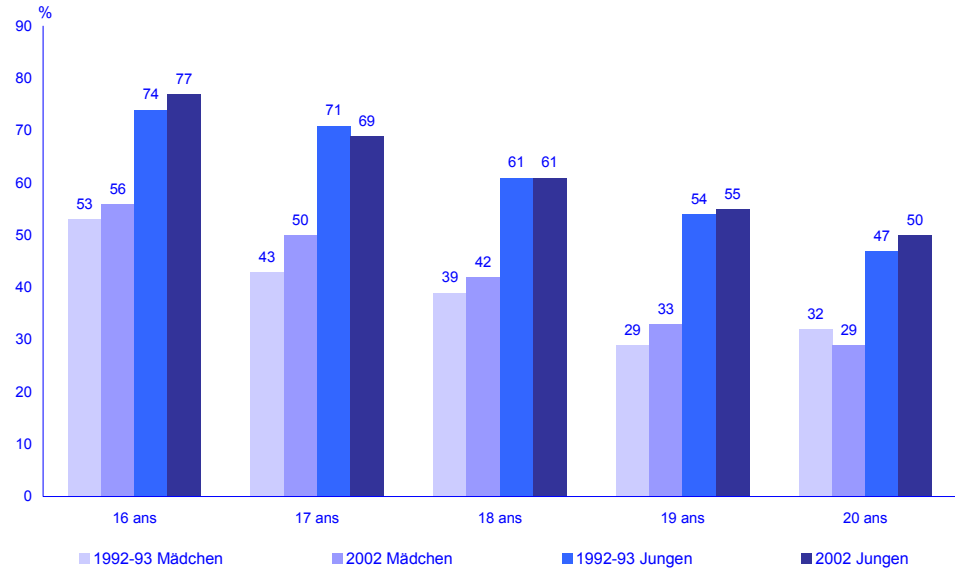


IUMSP/UEPP

Die SMASH-Studie bestätigt den stabilen Präservativgebrauch bei den jungen Leuten. Zwischen den beiden Umfragen 1992/93 und 2002 lassen sich, was den Gebrauch von Präservativen beim letzten Sexualkontakt anbelangt, kaum Unterschiede ausmachen, weder in Bezug auf das Alter noch auf das Geschlecht (Abbildung 2.13). Der Präservativgebrauch nimmt mit zunehmendem Alter ab und schwankt von 56% (16-jährige) bis 29% (20-jährige) bei den Mädchen und von 77% (16-jährige) bis 50% (20-jährige) bei den Jungen. Zwischen Lehrlingen und Gymnasiasten ist kein nennenswerter Unterschied auszumachen.

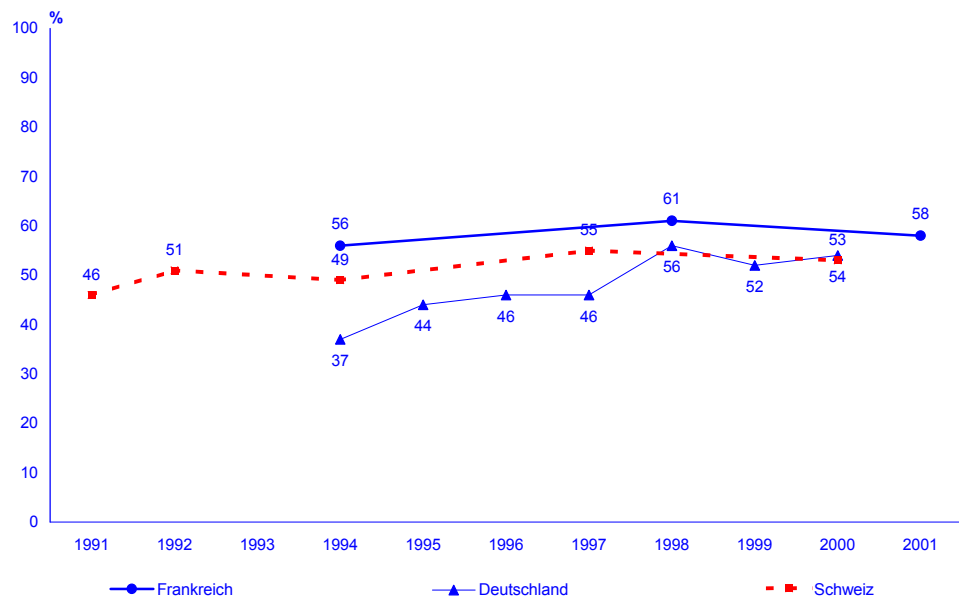
Diese Daten sind vergleichbar mit denjenigen, die im Jahr 2000 bei der EPSS-Umfrage gesammelt wurden; dort haben 59% der Jugendlichen zwischen 17 und 20 Jahren bei ihrem letzten Sexualkontakt ein Präservativ verwendet (61% im Jahr 1997).

Abbildung 2.13 Anteil der Mädchen und Jungen im Alter von 16 bis 20 Jahren, die beim letzten Sexualkontakt ein Präservativ verwendeten, Vergleich 1992/93-2002



Quelle: SMASH

Abbildung 2.14 Präservativgebrauch beim letzten Sexualkontakt in 3 europäischen Ländern* 1991-2001 (Männer, 18-24 Jahre, in %)



Für die Schweiz 17-25 Jahre

IUMSP/UEPP

Vergleichsdaten zum Präservativgebrauch von Jugendlichen beim letzten Sexualkontakt sind aus Frankreich und Deutschland vorhanden¹. Abbildung 2.14 zeigt die Entwicklung des Präservativgebrauchs beim letzten Sexualkontakt junger Männer zwischen 18 und 24 Jahren^a in diesen drei Ländern. Man stellt eine ähnliche Entwicklung fest: In den ersten Jahren wird eine Zunahme verzeichnet, dann folgt eine Stabilisierung oder sogar ein leichtes Nachlassen in den letzten Jahren.

2.3.4 Präservativversager, die 'Pille danach', geplante Schwangerschaftsabbrüche

Das Schutzniveau durch Präservative ist bei jungen Menschen hoch, deshalb ist es wichtig, sich über mögliche negative Auswirkungen, die aus dem Präservativgebrauch resultieren könnten, Gedanken zu machen. Wie häufig kommt es zu Unfällen, wie einem Riss im Präservativ oder ein Abrutschen des Präservativs? Was tun Jugendliche, wenn dies geschieht (Kenntnis und Inanspruchnahme der postkoitalen Verhütung/Notfall-Kontrazeption oder 'Pille danach')? Allgemeiner gesagt: Wenn die Verhütung durch den zunehmenden Gebrauch von Präservativen sowie eine steigende Anzahl Fälle, in denen dieser Schutz versagt oder vergessen wird, beeinträchtigt würde, so wäre eine Zunahme unerwünschter Schwangerschaften bei Jugendlichen zu verzeichnen^b.

Im Jahr 2000 haben lediglich 2% der Jugendlichen zwischen 17 und 20 Jahren, die bei ihrem letzten Sexualkontakt ein Präservativ verwendet hatten (59%), einen Fall erlebt, bei dem das Präservativ gerissen oder abgerutscht ist. 1997 waren dies noch 6%.

Zwischen – je nach Sprachregion – 57% und 86% der Jugendlichen von 17 bis 20 Jahren geben an, sie hätten in der Schule im Sexualunterricht oder in den Kursen zur HIV/Aids-Prävention von der 'Pille danach' gehört^c. Eine im Jahr 1997 durchgeführte Befragung ergab, dass – je nach Sprachregion – 12 bis 29% der Mädchen der Altersgruppe 15-20 Jahre diese schon einmal in Anspruch genommen hatten².

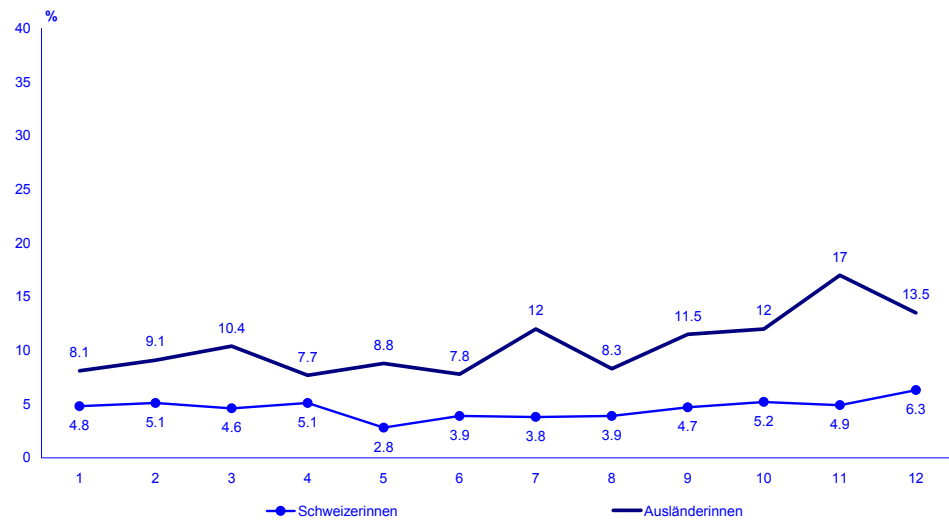
Es sind zwar keine gesamtschweizerischen Daten über die Anfragen für Schwangerschaftsabbrüche von Jugendlichen vorhanden, hingegen verfügt man über entsprechende Angaben für einige Kantone. Zwischen 1990 und 2001 ist im Kanton Waadt die Zahl der Anfragen für einen Schwangerschaftsabbruch bei jungen Menschen – eine der niedrigsten Raten in ganz Europa – stabil geblieben. Einzig bei jungen Menschen ausländischer Herkunft ist er leicht angestiegen (Abbildung 2.15). In Europa war die Schwangerschaftsabbruchrate in den Jahren 1985 bis 1997 stabil, je nach Land lag sie zwischen 5 und 25 Promille³.

^a Für die Schweiz 17-25 Jahre.

^b Es sei hier jedoch daran erinnert, dass die meisten Schwangerschaftsabbrüche eher auf den Nichtgebrauch von Verhütungsmitteln zurückzuführen sind denn auf deren Versagen. Dieser Indikator hat folglich nur einen indirekten Zusammenhang mit den Risiken des Präservativgebrauchs.

^c Siehe auch: 3.2 'HIV/Aids-Prävention und Sexualunterricht in der Schule'.

Abbildung 2.15 Anteil der Schwangerschaftsabbrüche auf 1000 Einwohnerinnen des Kantons Waadt im Alter von 14-19 Jahren, 1990-2001, nach Nationalität (Schweizerinnen/Ausländerinnen)^a



IUMSP/Groupe de recherche sur les adolescents (GRSA)

2.3.5 HIV-Test

Der Anteil junger Menschen zwischen 17 und 20 Jahren, die einen HIV-Test gemacht haben (ohne diejenigen, die dies anlässlich einer Blutspende taten), ist stabil geblieben: Im Jahr 2000 lag er bei 14% (11% im Jahr 1987, 15% im 1997)^b.

2.3.6 Vulnerabilität

Man kann Jugendliche, die eine – obligatorische – Schule besuchen und integriert sind als Bestandteil der Allgemeinbevölkerung^c betrachten. Bei diesen Jugendlichen handelt es sich nicht *per se* um eine vulnerable Gruppe. Jugendliche jedoch, die weder in ein Schul- noch Ausbildungssystem integriert sind (man nennt sie auch ‘gefährdete Jugendliche’^d) bilden eine besondere, als prioritär zu betrachtende Bevölkerungsgruppe, denn sie befinden sich in einer sehr labilen Situation. Es handelt sich hier also um ein wichtiges Vulnerabilitätskriterium.

Eine Gesamtübersicht der HIV/Aids-Präventionsprogramme für Jugendliche⁴ belegt, dass randständige und vulnerable Gruppen mit den herkömmlichen Präventionsmassnahmen nicht erreicht werden. Es ist jedoch schwierig, wenn nicht gar illusorisch, eine Liste von Vulnerabilitätsfaktoren erstellen zu wollen, denn eine adäquate Beschreibung dieser Bevölkerungsgruppe muss auch die persönlichen Lebenswege mitberücksichtigen (mit den dazugehörenden Zufallsfaktoren); das

^a Quelle: V. Addor. Interruptions volontaires de grossesse (IVG) dans le canton de Vaud. Données 2001 et tendances 1990-2001. IUMSP August 2002 (unveröffentlichtes Dokument).

^b Aufgrund des jungen Alters der Altersgruppe rechnet man nicht mit Mehrfachtests einzelner Personen (die Prävalenzdaten stimmen über einen Zeitraum von drei Jahren fast mit den Inzidenzdaten überein).

^c In diesem Sinne werden Interventionen wie der Sexual- oder Gesundheitsunterricht in der Schule – ähnlich wie die an die Gesamtbevölkerung gerichteten Medienkampagnen – als Aktivitäten erachtet, die potenziell eine vollständige Abdeckung gewährleisten und an alle gerichtet sind, unter der Bedingung, dass sie systematisch durchgeführt werden.

^d Ihr Weg in die soziale Ausgrenzung verläuft häufig sehr individuell. Sie bilden also keine stabile, homogene und klar identifizierbare Bevölkerungsgruppe.

Umfeld, in dem diese Lebenswege eingebettet sind, kann die Schwierigkeiten verstärken oder aber mildern.

Gefährdete Jugendliche kommen nicht immer in den Genuss einer Sexualerziehung, obwohl gerade sie häufig Situationen ausgesetzt sind, die mit riskanten Praktiken verbunden sein können. Der Austausch von gebrauchten Spritzen und ungeschützte Sexualkontakte in einem Umfeld, das geprägt ist von Gewalt, Armut und Arbeitslosigkeit, verdüstern die Zukunftsperspektiven dieser Bevölkerungsgruppe beträchtlich. Dabei hätte man die Betroffenen vorher ausfindig machen sollen, bevor sie nicht mehr erreichbar ist und jede Hilfe zu spät kommt.

Die Bestimmung von besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen kann immer auch ein Stigmatisierungsrisiko beinhalten; diese Gefahr kann jedoch durch einen bewussten Umgang und eine verstärkte Aufmerksamkeit eingedämmt werden. Sicher ist, dass jeder randständige Jugendliche, junge Migrant, junge Mensch auf der Suche nach der sexuellen Orientierung, Drogenabhängige, fremdplatzierte oder inhaftierte Jugendliche und jeder, der sich prostituiert, zu einer potenziell gefährdeten Gruppe gerechnet werden, ohne dass es sich im Einzelfall wirklich um eine gefährdete Person handelt. Die erwähnte Übersicht zeigt, dass für die randständigen und vulnerablen Gruppen, die mit den herkömmlichen Präventionsmethoden nicht erreicht werden, Gassenarbeit (*outreach programs*) und die Zusammenarbeit mit Menschen aus den Gemeinschaften sich als sinnvollste Strategien erweisen.

2.3.7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<ul style="list-style-type: none">■ Trotz der jüngsten Tendenz einer Erhöhung der sexuellen Aktivität (Anzahl Partner im bisherigen Leben) – welche noch der Bestätigung bedarf – schützen sich Jugendliche in der Schweiz nach wie vor gleich gut.■ Die Zahlen für den Präservativgebrauch sind hoch, vor allem zu Beginn des aktiven Sexuallebens.	<p>⇒ Auf jeden Fall sollte die Aufmerksamkeit nicht nachlassen. In anderen Ländern hat man festgestellt, dass die sexuell übertragbaren Infektionen in jüngster Zeit wieder zunehmen (USA, Vereinigtes Königreich).</p>
<ul style="list-style-type: none">■ Das Nachlassen des Präservativgebrauchs mit zunehmendem Alter deutet auf eine Anpassung des Schutzverhaltens hin (vor allem bei aufeinander folgenden exklusiven Paarbeziehungen, wie sie von jungen Menschen bevorzugt werden), die zum Beispiel einen vorgängigen Test beider Partner beinhalten und den Verzicht auf den Gebrauch des Präservativs zur Folge hat. Gleichzeitig vereinbaren die Partner eine andere Verhütungsmethode, andere Schutzmassnahmen usw.■ Da jedoch junge Menschen in der Regel eine Reihe von aufeinander folgenden festen Beziehungen eingehen, bevor sie einen Partner für einen (längeren) Lebensabschnitt finden, erleben sie mehrmals einen Partnerwechsel und sind somit jedes Mal erneut mit der Frage des Schutzes vor HIV/Aids konfrontiert.	<p>⇒ Es ist wichtig, junge Menschen auf diese Situationen vorzubereiten und ihnen dazu – nebst einen klaren, normativen Botschaft für die generelle Verwendung von Präservativen mit der Möglichkeit der Notfall-Kontrazeption im Falle eines Unfalls oder Vergessens – zusätzliche Informationen über die weiteren Möglichkeiten zu erteilen, die es gibt, um eine persönliche Wahl zu treffen. Gleichzeitig sollten sie aber auch darüber informiert werden, welche Einschränkungen damit verbunden sind und wo sie eine Fachberatung erhalten können. Es geht also darum, die Aussage und Formulierung dem jeweiligen Informationskanal anzupassen. In den Medienkampagnen kann die normative Grundbotschaft: 'Immer mit Präservativ!' kaum nuanciert werden. Im Sexualunterricht sollten hingegen die den Jugendlichen abzugebenden Informationen auch die Alternativen zur Regel 'immer mit Präservativ' einschliessen. Damit der Entscheid</p>

junger Paare für einen Verzicht auf das Präservativ, wie es derzeit bei jungen Paaren der Fall ist, in Kenntnis der Sache erfolgen kann. Ausserdem muss auch über Themen wie das gemeinsame Aushandeln, Machtverhältnisse usw. gesprochen werden, wobei diese Fragen genderspezifisch angegangen werden sollten. Schliesslich sollte eine persönliche Beratung (vor allem in Familienplanungsstellen) angeboten werden, um die Jugendliche und jungen Erwachsenen in ihrer/n Strategie/n zur Prävention von HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sowie unerwünschten Schwangerschaften zu unterstützen. Dabei geht es vor allem um folgende Zielsetzungen:

- Die Jugendlichen sind in erster Linie als Teil der Allgemeinbevölkerung anzusprechen, die mit den auf eine Gesamtabdeckung angelegten Aktivitäten erreichbar sind:
 - Präventionskampagnen für die breite Bevölkerung;
 - Verstärkung, Aufwertung, allgemeine Einführung und dauerhafte Verankerung der Sexualerziehung;
 - Vereinfachen des Zugangs zu Familienplanungsstellen oder anderen niederschweligen Beratungsstellen für alle Jugendlichen und für Jungen im Speziellen;
 - Gezielt besonders vulnerable Gruppen ansprechen wie: gefährdete Jugendliche, junge Migranten, Jugendliche auf der Suche nach ihrer sexuellen Orientierung, Drogenabhängige, fremdplatzierte Jugendliche und jugendliche Strafgefangene;
 - Verstärkung des Überwachungssystems im Schulwesen, um jene, die sich in Schwierigkeiten befinden, unterstützen und ihnen ausserhalb der Schule Hilfe anbieten zu können. Mobilisieren des Gemeinschaftsnetzwerks (Sozialarbeiter, Familien, weitere Menschen, die Zugang zu den Jugendlichen haben und ihnen eine informelle Sexualerziehung anbieten können) und der Peers.
-

Bibliographie

- 1 Balthasar H, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F. Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida: rapport sur mandat de l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida (France). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 83).

- 2 Narring F, Michaud PA, 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 Bajos N, Guillaume A. Reproductive health: Contraceptive practices and use of abortion among adolescents and young adults in Europe. Strasbourg: Council of Europe; 2003. (European Population Papers Series).
- 4 Klaue K. Populations particulières pour la prévention du sida: les jeunes. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- 5 Narring F, Michaud PA. Methodological issues in adolescent health surveys: The case of the Swiss multicenter adolescent survey on health. *Soz- Präventivmed* 1995;40:172-82.

2.4 MÄNNER, DIE SEX MIT MÄNNERN HABEN (MSM)

Die Evaluation der Ergebnisse der HIV/Aids-Präventionsstrategie bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), beruht auf einer Umfrage, die regelmässig bei dieser Bevölkerungsgruppe in der Deutsch- und Westschweiz wiederholt wird (MSM-Umfrage, durchgeführt vom IUMSP/UEPP).

Anhand von sechs Umfragen (1987¹, 1990-92²-94³-97, 2000⁴) lässt sich die Entwicklung des Präventivverhaltens der MSM in der Schweiz verfolgen. Für jede dieser Studien wurden über die Homosexuellenpresse und die Homosexuellenorganisationen Fragebögen verteilt. Je nach Jahr wurden zwischen 800 und 1200 Fragebogen zurückgeschickt.^a

Es ist unmöglich abzuschätzen, wie repräsentativ diese Art von selbstgewählter Auswahl ist, da die Telefonumfragen in der Allgemeinbevölkerung (EPSS-Umfrage) es nicht erlauben, ein detailliertes Profil der homosexuellen Bevölkerung zu skizzieren^b. Nichtsdestotrotz wird angenommen, dass die Antwortenden, sei es als Leser von Zeitschriften oder als Mitglieder von Schwulenorganisationen, zu jenem Segment der homosexuellen Bevölkerungsgruppe gehören, das sich vom Standpunkt der sexuellen Präferenz her am klarsten definiert und in Sachen Prävention besser informiert und stärker motivierter ist^c. Die Jungen sind in dieser Art von Umfragen schlecht repräsentiert. Es ist möglich, dass der indirekte Weg zur Beteiligung an der Umfrage zu einer Übergewichtung des Schutzes führt, ohne dabei die Gültigkeit der zeitlichen Tendenzen zu beeinflussen.

Die soziodemografischen Hauptmerkmale der untersuchten Personen haben sich zwischen 1987 und 2000 kaum verändert (Bildungsgrad, Wohnort, sexuelle Orientierung, Integration in der Gemeinschaft). Hingegen stieg das Durchschnittsalter der Antwortenden seit 1997 ziemlich markant an. Der Anteil der Antwortenden unter 30 hat sich zwischen 1994 und 2000^d nämlich fast halbiert. Die Analysen wurden daher so durchgeführt, dass die Daten nach Alter geschichtet wurden. Um die Präsentation der Resultate zu vereinfachen, werden die aggregierten Daten dargelegt und dabei auf eventuelle Unterschiede nach Alter hingewiesen.

^a 1998 wurde in Zürich eine andere Studie über die kommerzielle Schwulenszene (Bars, Saunas usw.). Siehe dazu Wang J et al 1999²⁴. 1999 wurde auch in der Westschweiz eine Umfrage unter den MSM unter 25 Jahren durchgeführt¹¹. Einige Ergebnisse dieser Umfrage werden in diesem Kapitel präsentiert (vgl. 2.4.8).

^b Unter anderem zu kleine Stichproben, ungenügend weit definierte Altersklassen, wahrscheinliche Meldeverzerrungen.

^c Die Schichtung der Analysen nach dem Bildungsgrad hat jedoch in der Stichprobe keine signifikanten Unterschiede zum Vorschein gebracht.

^d Eine ähnliche Tendenz wurde in Frankreich und Deutschland bei Umfragen mit gleicher Rekrutierungsart festgestellt.

2.4.1 Konfrontation mit HIV/Aids

Seit Beginn der Epidemie bildeten die MSM eine der von HIV/Aids am stärksten betroffenen Bevölkerungsgruppen. In der Tat sagt eine Mehrheit der Befragten aus, mindestens eine Person zu kennen, die mit HIV/Aids lebt oder an den Folgen der Krankheit gestorben ist. Dieser Anteil ist zwischen 1987 und 1997 stetig angewachsen (von 59% auf 78%). Im Jahr 2000 beträgt er 75%.

Seit 1990 stellt man grosse Unterschiede fest zwischen den über 30-Jährigen und denen, die ihr dreissigstes Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Im Jahr 2000 gaben 51% der unter 30-Jährigen an, niemanden zu kennen, der mit HIV/Aids lebt oder an den Folgen dieser Krankheit gestorben ist. Dieser Anteil beträgt bei den über 30-Jährigen lediglich 20%. Diese Unterschiede könnten sich nicht nur aus der mit dem Alter fortschreitenden Veränderung der Beziehungsnetze erklären, sondern auch durch einen Generationeneffekt, hat doch die Zahl der Neuinfektionen bei Homosexuellen in Laufe der 1990er Jahre stark abgenommen.

2.4.2 HIV-Test und HIV-Prävalenz

1987 hatten 57% der Antwortenden mindestens einmal in ihrem Leben einen HIV-Test gemacht. Der Anteil von getesteten MSM hat von Befragung zu Befragung zugenommen und im Jahr 2000 80% erreicht. Ein nicht zu vernachlässigender Anteil der MSM ist nicht über ihren aktuellen HIV-Status informiert. Im Jahr 2000 hatten sich 52% der Antwortenden in den zwölf Monaten vor der Umfrage einem Test unterzogen. Dieser Anteil ist kleiner als im Jahr 1994 (62%). Man stellt somit eine Zunahme des Anteils von Befragten fest, die keine Information neueren Datums über ihren HIV-Status haben.

Der Anteil der HIV-positiven Personen unter den Antwortenden hat zwischen 1987 (14%) und 2000 (11%) leicht abgenommen. Die HIV-Prävalenz ist bei den über 30-jährigen Antwortenden deutlich höher (2000: 12%) als bei den unter 30-jährigen (2000: 2%).

2.4.3 Sexualeben

Einige Merkmale des Sexualebens von MSM haben sich seit Beginn der 1990er Jahre nicht verändert. Die Partnerzahl ist nach wie vor hoch. 1987 gaben mindestens 50% der Antwortenden an, in den vergangenen zwölf Monaten bis zu fünf Partner gehabt zu haben. Seit 1997 liegt der Medianwert der Partnerzahl in der Grössenordnung zwischen 6 bis 10. Ein Drittel der Antwortenden hatte in den vergangenen zwölf Monaten mehr als zehn Partner. Allgemein geben die über 30-jährigen Befragten mehr Sexualpartner an als die unter 30-jährigen. Auch stellt man fest, dass die HIV-positiven Antwortenden sexuell aktiver sind als die HIV-negativen oder die ungetesteten.

Die Lebensweisen und sexuellen Praktiken haben sich hingegen im Laufe der Jahre und von Umfrage zu Umfrage erheblich verändert. Der Anteil der Antwortenden mit einem festen Partner in den 12 vergangenen Monaten vor der Umfrage ist von 46% im Jahr 1987 auf 72% im Jahr 2000 gestiegen. Bei rund 50% der festen Beziehungen handelt es sich jedoch um nicht exklusive Beziehungen; dieser Anteil hat sich im Laufe der Umfragen nicht verändert.

Auch Treffpunkte und Szenen werden deutlich häufiger frequentiert: Im Jahr 2000 haben 53% der Antwortenden Saunas aufgesucht (1987: 30%), 37% Pärke (24%) und 26% öffentliche Toiletten (18%). Die Partnersuche erfolgt ebenfalls über das Surfen auf speziellen Websites. Im Jahr 2000 haben ein Drittel (33%) der Antwortenden regelmässig oder gelegentlich auf diese Art mit eventuellen Sexualpartnern in Kontakt zu treten versucht, 4% suchten Partner für bezahlten Sex.

Diese Prozentzahlen liegen deutlich über denen, die bei den Männern in der Allgemeinbevölkerung beobachtet wurden (2% bzw. 1%)^a.

Bei den Sexualpraktiken ist ein Anstieg des Anteils von Antwortenden festzustellen, die in den vergangenen zwölf Monaten Analverkehr mit Gelegenheitspartnern hatten; dieser Anteil ist von 60% im Jahr 1992 auf 69% im Jahr 2000 gestiegen. Mit dem festen Partner ist diese Praktik generell stärker verbreitet (75%); dieser Anteil ist im Laufe der Jahre ziemlich stabil geblieben.

2.4.4 Präventivverhalten und Risikoexposition

Das Präventivverhalten wurde mit Hilfe von zwei Indikatoren gemessen: Dem Gebrauch des Präservativs beim Analverkehr und dem Risiko, dass bei oral-genitalen Kontakten Sperma in den Mund gelangt, in den zwölf vergangenen Monaten (Tabelle 2.3). Seit 1992 werden die Daten nach Partnertyp aufgeschlüsselt (fester *versus* Gelegenheitspartner).

Tabelle 2.3 Präventivverhalten in den zwölf vergangenen Monaten bei der Fellatio und beim Analverkehr nach Partnertyp und nach Umfragejahr (in%, mit Vertrauensintervall bei 95%)

	1992 n=934	1994 n=1195	1997 n=1097	2000 n=918
Präservativgebrauch mit dem festen Partner	n=552	n=762	n=755	n=621
Keine Penetration	24±4	23±3	21±3	25±3
Immer mit Präservativ	33±4	36±3	40±4	32±4
Nie/manchmal mit Präservativ	43±4	41±4	39±4	43±4
Präservativgebrauch mit dem(n) Gelegenheitspartner(n)	n=764	n=815	n=787	n=669
Keine Penetration	40±4	39±3	33±3	31±4
Immer mit Präservativ	49±4	55±3	58±3	56±4
Nie/manchmal mit Präservativ	11±2	6±2	9±2	13±3
Sperma im Mund mit dem festen Partner	n=573	n=790	n=769	n=633
Keine Fellatio	4±2	2±1	4±1	4±2
Kein Sperma im Mund	58±4	63±3	61±3	55±4
Sperma im Mund	38±4	35±3	35±3	41±4
Sperma im Mund mit dem(n) Gelegenheitspartner(n)	n=784	n=834	n=820	n=698
Keine Fellatio	22±3	3±1	6±2	6±2
Kein Sperma im Mund	68±3	85±2	82±3	78±3
Sperma im Mund	10±2	12±2	12±2	16±3

IUMSP/UEPP

Seit Beginn der Untersuchung (1987) ist ein hohes Schutzniveau zu verzeichnen. Eine grosse Mehrheit der Befragten hat sich für sichere Sexpraktiken entschieden (Safer Sex), indem sie entweder auf potenziell riskante Praktiken verzichtet haben oder konsequent Präservative benutzten. Am besten verankert ist das Präventivverhalten mit den Gelegenheitspartnern: Über 80% der MSM gehen mit diesem Partnertyp keinerlei Risiken ein. Gegen Ende der Untersuchungsperiode (1997-2000) hat

^a Man stellt auch fest, dass das Internet eine nicht zu vernachlässigende Informationsquelle für alles, was mit HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Infektionen zusammenhängt, darstellt (34% der Antwortenden suchen regelmässig oder gelegentlich über dieses Hilfsmittel nach Informationen, dagegen nur 6% der Männer aus der Allgemeinbevölkerung).

sich das Schutzniveau jedoch verringert, und zwar unabhängig von der Sexualpraktik (Analverkehr oder Fellatio) (Tabelle 2.3). Betrachtet man nur jene Antwortenden, die in den vorangegangenen zwölf Monaten Analverkehr mit Gelegenheitspartnern hatten, tritt das Nachlassen des Schutzes deutlicher zu Tage: Zwischen 1994 und 2000 stieg der Anteil Antwortenden, die sich beim Analverkehr nicht konsequent schützten, von 10 auf 19%, ein Wert, der dem im Jahr 1992 verzeichneten Anteil entspricht.

Das Nachlassen des Präventivverhaltens lässt sich im besonderen Masse bei Antwortenden beobachten, die kommerzielle Lokale der Schwulenszene wie Saunen und Backrooms^a oder Pärke und öffentliche Toiletten aufsuchen und sich weniger gut schützen. Einerseits gehen diese Befragten höhere Risiken ein als die übrigen, andererseits hat sich die Situation zwischen 1997 und 2000 verschlechtert. Der Anteil der mehr oder weniger regelmässigen Kunden von Saunas für Homosexuelle, die nach eigenen Angaben beim Analverkehr nicht immer ein Präservativ benutzt haben, ist von 13% im 1997 auf 21% im Jahr 2000 gestiegen.

Mit dem festen Partner ist das sexuelle Repertoire im Allgemeinen breiter und der Schutz weniger konsequent als mit den Gelegenheitspartnern (Tabelle 2.3). Ausserdem ist ab der zweiten Hälfte der 1990er Jahre ein leichtes Nachlassen der sicheren Praktiken zu beobachten. In den meisten Fällen ist der Verzicht auf Safer Sex jedoch darauf zurückzuführen, dass beide Partner wissen, dass sie HIV-negativ sind (siehe 2.4.7).

Das Präventivverhalten, das die HIV-positiven Antwortenden von sich angeben, unterscheidet sich erheblich von den Angaben der HIV-negativen oder der ungetesteten Antwortenden. Seit 1992 stellt man nämlich fest, dass die HIV-positiven Antwortenden nach eigenen Angaben häufiger ungeschützten Sexualverkehr mit Gelegenheitspartnern haben als die ungetesteten oder HIV-negativen Antwortenden. Weiter ist festzustellen, dass bei den HIV-positiven Antwortenden das Präventivverhalten unabhängig vom Partnertyp zwischen 1997 und 2000 tendenziell nachgelassen hat (vgl. Kapitel 2.7: Menschen mit HIV/Aids).

Über und unter 30-Jährige setzen sich gleich häufig Risiken aus, zwischen diesen beiden Altersgruppen ist kein nennenswerter Unterschied auszumachen. Hingegen stellt man fest, dass das Nachlassen des Präventivverhaltens bei älteren Befragten stärker ausgeprägt ist.

Schliesslich stellte man im Jahr 2000 fest, dass 10% der Antwortenden nach ihren Angaben ungeschützten Analverkehr mit Zurückziehen des Gliedes vor der Ejakulation als Schutz gegen HIV praktizieren. Mit anderen Worten wählt eine erhebliche Minderheit von MSM eine Schutzmassnahme, die weniger wirksam ist als Safer Sex. Durch dieses Verhalten setzen sie sich einem realen Risiko aus^b.

2.4.5 Kenntnisse und Meinungen über die antiretroviralen Therapien (HAART) und die Postexpositionsprophylaxe (PEP)

Zwischen den beiden letzten Umfragen (1997 und 2000) haben sich die Kenntnisse über die hochaktiven antiretroviralen Therapien^c (HAART) verbessert. Der Anteil der Antwortenden, die

^a Orte, an denen Sex konsumiert bzw. praktiziert wird, oft im Hinterzimmer eines Etablissements, nicht oder kaum beleuchtet und eine günstige Gelegenheit für anonymen Sex.

^b Es muss angemerkt werden, dass diese Variante in gewissen Präventionskreisen Anhänger gefunden hat, namentlich in Frankreich, wo die Vereinigung AIDES eine sogenannte Strategie zur Verminderung sexueller Risiken führt²⁵.

^c Die hochaktiven antiretroviralen Therapien (HAART) kamen in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre auf. Dank ihnen kann ein längerfristiges Zurückgehen der HIV-Infektion erreicht werden (bis zur Unmöglichkeit, das Virus im Blut nachzuweisen), jedoch ohne vollständige Heilung (das Virus bleibt in gewissen

noch nie davon gehört haben, sank von 25% im Jahr 1997 auf 15% im Jahr 2000. 54% der Antwortenden bezeichnen sich im Jahr 2000 als gut informiert über die ‘neue Behandlungsart’, gegenüber 31%, die sich schlecht informiert fühlen, aber wissen, dass es sie gibt.

Bezüglich der Postexpositionsprophylaxe (PEP) bezeichnete sich im Jahr 2000 nur ein Viertel der Antwortenden als gut informiert. Dagegen haben 45% noch nie davon gehört und rund 30% haben davon gehört, fühlen sich aber schlecht informiert. Die Französischsprachigen halten sich für besser informiert (33%) als die Deutschsprachigen (23%) und die Italienischsprachigen (14%). Es zeigt sich auch, dass die Antwortenden mit Hochschulbildung und die Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen bei den Antwortenden, die sich gut informiert fühlen, übervertreten sind. Bezüglich der Kenntnis der maximalen Frist, innerhalb der man eine PEP vornehmen lassen kann, sind keine Unterschiede zwischen den Sprachregionen zu beobachten. Hingegen stellt man fest, dass die Antwortenden mit Hochschulbildung bessere Kenntnisse aufweisen. Bei der maximalen Frist, innerhalb der eine PEP vorgenommen kann, zeigen sich die Antwortenden übervorsichtig: 36% schätzen die maximale Frist auf 12 Stunden, während sie in Wirklichkeit bei 72 Stunden liegt^a.

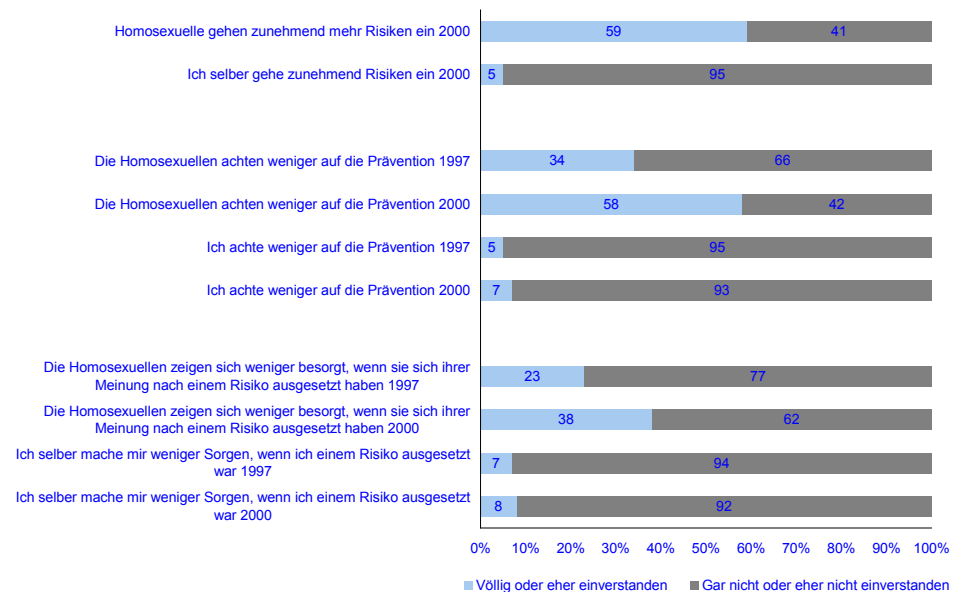
Fast jeder zweite Antwortende gibt an, er würde im Falle eines Infektionsrisikos bei einem Geschlechtsakt einen Arzt aufsuchen, um eine PEP vornehmen zu lassen. Ein Viertel der französischsprachigen Antwortenden befanden sich tatsächlich bereits einmal in einer Situation, in der sie sich gefragt haben, ob eine notfallmässige Behandlung nötig sei (24%). Dieser Anteil ist bei den deutschsprachigen (12%) und italienischsprachigen Befragten (0%) wesentlich geringer. Ähnliche Unterschiede sind auch bei den diesbezüglichen Arztbesuchen zu beobachten: 4% der Französischsprachigen haben schon einmal mit einem Arzt Kontakt aufgenommen, um eine PEP vornehmen zu lassen, gegenüber lediglich 2% der Deutschsprachigen und 0% der Italienischsprachigen.

Die Vorstellungen, die sich Homosexuelle in Zusammenhang mit HIV/Aids machen, haben sich zwischen 1997 und 2000 erheblich verändert (Abbildung 2.16). Im Jahr 2000 vertraten über die Hälfte der Befragten (58%) die Ansicht, die MSM würden wegen der neuen therapeutischen Möglichkeiten weniger stark auf die Prävention achten. Dieser Anteil war 1997 deutlich geringer (34%). Im Jahr 2000 vermuten fast 60% der Antwortenden, dass sich die Homosexuellen zunehmend bewusst einem Risiko aussetzen. Zwischen 1997 und 2000 ist auch eine Zunahme des Anteils der Antwortenden festzustellen, die der Meinung sind, Homosexuelle hätten weniger Furcht vor einer Ansteckung mit HIV (von 23% auf 38%). Wie dies auch in der Allgemeinbevölkerung zu beobachten ist, besteht eine starke Diskrepanz zwischen dem Verhalten, das man von den anderen vermutet, und dem eigenen Verhalten (Beibehaltung der Safer-Sex-Regeln). Dabei stellt man fest, dass dieser Unterschied im Jahr 2000 grösser ist als 1997, nicht, weil sich das individuelle Verhalten geändert hätte, sondern weil die Vorstellungen der Antwortenden über das Verhalten, das man von den anderen vermutet, sich stark geändert haben.

Körperteilen erhalten). In der Folge haben neue Aids-Erkrankungen und aidsbedingte Todesfälle stark abgenommen.

^a Berücksichtigt man lediglich die Antwortenden, die eine Frist angegeben haben, so unterschätzen zwei Drittel die maximale Frist.

Abbildung 2.16 Entwicklung der Vorstellungen und der Verhaltensweisen in Zusammenhang mit den hochaktiven antiretroviralen Therapien (HAART) zwischen 1997 und 2000 (in%)



IUMSP/UEPP

2.4.6 Stigmatisierung/Solidarität

Im Jahr 2000 sind etwas weniger Antwortenden der Meinung, das Aids-Risiko stärke die Solidarität unter den Homosexuellen (1992: 58%, 2000: 51%). Seit 1992 vertraut eine grosse Mehrheit der Antwortenden dem Arztgeheimnis. Im Jahr 2000 vertreten ca. 80% die Ansicht, dass die HIV-Positiven Vertrauen in den Schutz der Vertraulichkeit haben können. Hingegen glauben ca. 70% der Befragten, dass die Menschen mit HIV ihren Serostatus besser nicht bekannt machen, um nicht diskriminiert zu werden. Gleich viele denken, dass die Betroffenen auch in der 'Gay Community' ausgegrenzt werden können. Diese Anteile sind zwischen 1992 und 2000 in etwa unverändert geblieben. Schliesslich ist ein starker Rückgang der Wahrnehmung gesellschaftlicher Gewalt gegen Homosexuelle zu beobachten: 1992 dachten 70% der Befragten, dass die Gewalt gegen Homosexuelle zugenommen habe, im Jahr 2000 hingegen vertraten nur noch 36% diese Ansicht.

2.4.7 Schutzstrategie in der Partnerschaft

Der Umgang mit dem HIV-Infektionsrisiko in einer Partnerschaft ist ein Thema, das allen Bevölkerungsgruppen gemeinsam ist^a. Für die MSM ist dies ein besonders wichtiges Thema, da die HIV-Prävalenz in diesem Bevölkerungssegment hoch ist. Seit einigen Jahren ist zu beobachten, dass ungeschützter Analverkehr zwischen Partnern in einer festen Beziehung häufiger praktiziert wird als zwischen Gelegenheitspartnern. Diese Unterschiede sind a priori nicht überraschend, da ein Paar ja verschiedene Strategien für den Umgang mit dem Risiko verfolgen kann, während man sich bei Gelegenheitskontakten an elementaren Regeln des Safer Sex halten sollte. Indessen gelingt es nicht allen Paaren, eine Schutzstrategie anzuwenden, die im Einklang mit dem Ausmass ihrer Vulnerabilität (Risikoexposition) steht⁵, was zwischen den Partnern auf unterschiedliche Art und

^a Generell ist die sexuelle Aktivität in Partnerschaften am intensivsten, das Gefühlsleben kann jedoch Entscheidungen in Sachen Prävention – positiv oder negativ – beeinflussen.

Weise ausgehandelt werden kann^a. Einerseits ist ein nicht zu vernachlässigender Teil der festen Beziehungen nicht exklusiv (oder tendieren dazu, es mit der Zeit zu werden), andererseits wissen die Partner nicht zwangsläufig über ihren HIV-Serostatus Bescheid. Die Kombination dieser beiden Faktoren setzt das Paar einem erheblichen Risiko einer HIV-Übertragung aus. Eine in Amsterdam durchgeführte Kohortenstudie hat neulich gezeigt, dass für MSM unter 30 Jahren der feste Partner sich tendenziell zur Hauptansteckungsquelle der HIV-Infektion entwickelt hat⁶.

In der Schweiz hatte die im Jahr 1994 durchgeführte Umfrage gezeigt, dass 41% der Paare, die Analverkehr praktizieren, ihren HIV-Status nicht kannten, sei es, weil ein Partner (oder beide) nicht getestet war(en), sei es, weil ein Partner nicht wusste, ob sein Partner sich einem Aids-Test unterzogen hatte oder nicht. Dieser Anteil von Paaren mit unbekanntem HIV-Status hat sich bei der Befragung im Jahr 2000 auf 31% verringert. Der konsequente Schutz mit dem Präservativ in dieser Situation hat sich nur leicht verbessert (1994: 52%; 2000: 58%).

Bezüglich der Frage der Aushandlung der Schutzstrategie wurden die im Jahr 2000 gesammelten Daten eingehend analysiert, wobei alle Parameter der Risikoaussetzung mit einbezogen wurden⁷. Den Ergebnissen dieser Analyse zufolge zeichnen sich 84% der Paare durch einen angemessenen Umgang mit dem Ansteckungsrisiko aus. Insgesamt haben 74% der Paare über die Verhaltensregeln bei eventuellen Sexualkontakten mit Gelegenheitspartnern gesprochen. In der Praxis stimmt das Verhalten mit den im Rahmen der festen Beziehung definierten Strategien überein. Für eine Minderheit der MSM stellt man zudem fest, dass es einen 'Tugendkreis' gibt, wonach die guten 'Verhandler' auch diejenigen sind, welche die Präservative am korrektesten verwenden und es auf diese Weise vermeiden, Risiken einzugehen. Bei 16% aller befragten Paaren ist ein mangelhafter Umgang mit dem Risiko zu beobachten, da beim einen oder bei beiden Partnern Unsicherheit herrscht über die aktuellen oder in der Vergangenheit eingegangenen Risiken. Mit anderen Worten geht eine starke Minderheit von MSM im Rahmen einer festen Beziehung potenziell riskante Kontakte ein. Dieser Anteil ist leicht höher als die in Deutschland⁸ (12%) und in Frankreich⁹ (13%) ermittelten Zahlen.

Präventivverhalten und HIV-Status der Partner in einer festen Beziehung

Die Tabelle 2.4 zeigt die Entwicklung des Präventivverhaltens unter Partnern in einer festen Beziehung nach ihrem HIV-Status im Zeitraum 1994 bis 2000. Im Jahr 2000 schützte sich ein Viertel der Paare, bei denen beide Partner HIV-negativ sind, beim Analverkehr konsequent; dieser Prozentsatz ist tiefer als die in den früheren Umfragen festgestellten Werte. Bei den Paaren mit unterschiedlichem HIV-Status ist das Präventivverhalten am stärksten ausgeprägt. Über 80% dieser Paare schützen sich beim Analverkehr in jedem Fall. Dieser Anteil ist stabil geblieben. Bei Paaren, bei denen einer der Partner (oder beide) seinen HIV-Status nicht kennt, hat sich das Präventivverhalten zwischen 1997 und 2000 bei 60% gehalten. Die Entwicklung des Präventivverhaltens von Paaren, bei denen beide Partner HIV-positiv sind, ist schwieriger zu interpretieren, da nur sehr wenige davon befragt wurden und zwischen den verschiedenen Umfragen relativ grosse Abweichungen auftraten.

^a In der wissenschaftlichen Literatur spricht man von einer «*negotiated Safety*»²⁶. Es handelt sich um ein Konzept, nach dem sich die Partner auf eine Schutzstrategie einigen, wenn der eine oder der andere der Partner (oder beide) Verkehr mit Partnern ausserhalb der Paarbeziehung haben, z.B. Wiedereinführen von *Safer-Sex*-Praktiken in der Paarbeziehung nach einem Risikokontakt mit einem Gelegenheitspartner.

Tabelle 2.4 Gebrauch des Präservativs ('immer') nach dem HIV-Serostatus der Partner in einer festen Beziehung (in%, Berechnung bezogen auf jede Situation)

	1994		1997		2000	
	%	n	%	n	%	n
Beide Partner sind HIV-negativ	33	262	35	278	26	253
Beide Partner sind HIV-positiv	50	12	64	14	44	9
Ein Partner ist HIV-positiv, der andere HIV-negativ ohne Test oder mit unbekanntem Serostatus	85	53	85	53	83	46
Ein Partner oder beide Partner mit unbekanntem Serostatus*	51	238	61	210	59	142

Basis: Antwortende, die in den 12 vergangenen Monaten einen festen Partner hatten, mit dem sie den Analverkehr praktizierten. Entwicklung nicht für jede dieser Situationen signifikant.

* Ausschlusskategorie bezogen auf die vorherige Kategorie.

IUMSP/UEPP

2.4.8 Die jungen Homo-/Bisexuellen

Im Rahmen der Globalevaluation der HIV/Aids-Prävention werden die jungen Männer, die sich von anderen Männern angezogen fühlen, in einer Ergänzungsstudie behandelt¹⁰. Diese konzentriert sich auf junge Männer zwischen 15 und 20 Jahren, d.h. auf ein Bevölkerungssegment, das in den Umfragen, die sich für die Verteilung der Fragebogen hauptsächlich der Homosexuellenpresse bedienen, extrem schwierig zu erreichen ist. In der Tat machen die unter 20-Jährigen 1997 und 2000 kaum 1% der Antwortenden aus. Eine andere, 1999 in der Westschweiz bei jungen Homosexuellen unter 25 Jahren durchgeführte Untersuchung¹¹ hat es erlaubt, die Kenntnisse über dieses Bevölkerungssegment zu vertiefen, doch auch diese Auswahl besteht hauptsächlich aus jungen Männern zwischen 20 und 25 Jahren. Die meisten Analysen zu jungen Homo-/Bisexuellen basieren also auf Daten, welche die jüngsten von ihnen ungenügend repräsentieren.

Gleichwohl ist bekannt, dass ein erheblicher Teil der jungen Homo-/Bisexuellen unter 20 schon ihre ersten sexuellen Erfahrungen mit gleichgeschlechtlichen Partnern gemacht hat. In der Schweiz hatten mindestens 50% der Antwortenden der MSM-Umfrage (2000) ihren ersten schwulen Sexualkontakt mit 19 oder jünger. Bei den 1999 befragten jungen Westschweizern liegt das Durchschnittsalter des ersten Sexualkontakts mit einer gleichgeschlechtlichen Person bei 17 Jahren. Diese Feststellung wirft für die Prävention eine ganze Reihe von Fragen auf, vor allem was die Umstände betrifft, in denen die jungen Homo-/Bisexuellen ihr Sexualeben beginnen, und die Art, wie sie sich in die verschiedenen Bereiche der homosexuellen Welt eingliedern.

Die Untersuchungen zu den ersten Etappen des Lebensweges von jungen Homo-/Bisexuellen zeigen, dass die Mehrheit unter ihnen ihr aktives Sexualeben in einem Kontext beginnen, der gezeichnet ist von der problematischen Umgestaltung der familiären Beziehungen, teilweise im Zusammenhang mit der Identitätssuche dieser Jungen. Auf der einen Seite hört die familiäre Umgebung – zumindest für eine gewisse Zeit – auf, ihre unterstützende Rolle zu spielen, und kann sich gar in eine feindselige Umgebung verwandeln (so erlebt oder so wahrgenommen). Auf der anderen Seite wird diese fehlende Unterstützung durch die anderen Sozialisierungspartner wie die Gleichaltrigen und die im Erziehungswesen tätigen Akteure nicht unbedingt kompensiert, und zwar wegen der mehr oder weniger expliziten oder latenten Homophobie, die in der Gesellschaft herrscht. Folglich ist der Beginn des Sexualebens der jungen Homo-/Bisexuellen geprägt durch den Bruch mit den traditionellen Formen des Eintritts in die Sexualität. Diesbezüglich haben detaillierte Untersuchungen in Frankreich^{12,13} verschiedene Aspekte aufgezeigt:

- Die Schwierigkeit, in den traditionellen sozialen Netzen (einen) Partner zu finden, so dass die Partnersuche ausserhalb dieser Netze erfolgt;
- die schnelle Reduktion aufs Geschlechtliche und der Initiationscharakter^a der ersten Sexualkontakte (während diesen bei den Jungen der Allgemeinbevölkerung ein Flirt und Wartestrategien vorangehen);
- ein generell hoher Altersunterschied zwischen den Partnern;
- eine grosse Anzahl Sexualpartner (nahe der von den über 20-jährigen MSM angegebenen Zahl).

Was die HIV/Aids-Prävention angeht, so haben französische und deutsche Studien gezeigt, dass Junge zwischen 16 und 20 Jahren tendenziell mehr Risikokontakte angeben als ältere MSM^{12,14}. Dieser Unterschied geht jedoch schnell zurück, da das Präventivverhalten nach dem 20. Altersjahr sich tendenziell auf einem relativ hohen Niveau stabilisiert. Diese Studien zeigen auch auf, dass die Jungen mehr Probleme damit haben, das Präservativ auf angemessene Art zu gebrauchen. Diese Feststellungen weisen darauf hin, dass das Präventivverhalten nicht unmittelbar angenommen wird, sondern dass eine Lernphase nötig ist. Es geht nun darum abzuschätzen, inwiefern die erwähnten Schwierigkeiten ein wirkliches HIV-Übertragungsrisiko darstellen, besonders wenn man das höhere Alter der ersten Sexualpartner und die Verteilung der Prävalenzraten zwischen den verschiedenen Altersklassen und Segmente der MSM berücksichtigt.

Im Allgemeinen tendieren junge Homo-/Bisexuelle dazu, Wahlbeziehungen und Paartreue den Vorzug zu geben. Nun neigen aber die jungen Homo-/Bisexuellen, ebenso wie ihre heterosexuellen Gleichaltrigen, zu aufeinander folgenden monogamen Beziehungen. Diese relative Instabilität kann in Verbindung mit der fehlenden Erfahrung und dem unter Jungen ausgeprägteren Hang zur Idealisierung der Paarbeziehung ein Hindernis sein, wenn es darum geht, eine angemessene Kommunikation zwischen den Partnern betreffend dem HIV-Status und dem Verhalten mit eventuellen Gelegenheitspartnern zu einzurichten (vgl. auch 2.4.6).

Die mit dem Prozess des Coming-out verbundenen Schwierigkeiten, die Konfrontation mit der Homophobie der Gleichaltrigen und der 'verinnerlichten Homophobie' offen geäusserten sind Faktoren, die zu einer starken Verschlechterung des Selbstwertgefühls führen¹¹. So können die Perioden der Verzweiflung, die die meisten jungen Homo-/Bisexuellen durchmachen, dazu führen, dass sie aus dem Moment heraus Risiken eingehen. Die in der Westschweiz bei jungen MSM unter 25 durchgeführte Studie¹¹ hat jedoch keinen bedeutenden Zusammenhang zwischen den Schwierigkeiten, die homosexuelle Neigung zu akzeptieren (Entwicklung der Identität), und dem Risikoverhalten aufgezeigt.

Gleichgeschlechtliche Liebe und Selbstmordversuche

Sowohl die Angst vor der oder die tatsächlich erfahrene Zurückweisung durch die Familie wie auch die Konfrontation mit der sozialen Homophobie ausserhalb des Familienkreises üben eine extrem negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit dieser jungen Männer aus. So stellt man bei diesem Bevölkerungssegment eine besonders hohe Prävalenz von Suizidversuchen (im Verlauf des Lebens)

^a Hier wird suggeriert, dass in gewissen Fällen durch den ersten Kontakt mit einem gleichgeschlechtlichen Partner der Kontakt zur Homosexuellenwelt hergestellt wird. Handelt es sich indessen um Jugendliche, so haben nicht alle Sexualkontakte mit gleichgeschlechtlichen Partnern dieselbe Bedeutung, besonders unter dem Gesichtspunkt der Identitätsbildung¹³.

fest^a. In der Westschweiz gab ein Viertel (24%) der Befragten im Rahmen der Umfrage bei jungen Homo-/Bisexuellen unter 25 Jahren an, sie hätten bereits einmal versucht, sich umzubringen¹¹. Vergleichbare Prävalenzraten werden auch im Ausland beobachtet¹⁵⁻¹⁸. Gemäss den Autoren der Westschweizer Studie erfolgte die Hälfte der Suizidversuche zwischen dem Jahr vor und dem Jahr nach der ersten homosexuellen Identifikation (16.6 Jahre). Für zwei Drittel der Befragten standen die Suizidversuche in Zusammenhang mit ihrer sexuellen Neigung und reflektieren nicht nur ein stark vermindertes Selbstwertgefühl, sondern auch die Furcht vor der Zurückweisung in der Familie und der Stigmatisierung durch die Gleichaltrigen (Beschimpfungen, Belästigungen, Schikanen). In diesem Zusammenhang sind die Fachleute im Bildungswesen in den Augen zahlreicher Präventionsakteure ungenügend sensibilisiert¹⁹. Es ist übrigens darauf hinzuweisen, dass in der Altersgruppe der 17- bis 20-Jährigen der Allgemeinbevölkerung einer von zwei im Rahmen des Schulunterrichts keinerlei Information über die Homosexualität mitbekommen hat^b.

2.4.9 Internationale Vergleiche

Der Anteil HIV-positiver Personen bei den MSM (HIV-Prävalenz) hat in mehreren europäischen Ländern gegen Ende der 1990er Jahre zugenommen (Tabelle 2.5).

Tabelle 2.5 HIV-Prävalenz: Studien und Testergebnisse bei den homo-/bisexuellen Männern (sämtliche Altersklassen): Prävalenz in % der getesteten Bevölkerungsgruppe; 1996-2000 (Zusammenfassung)

Land	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Belgien*	1	4	1	2	2	-
Dänemark**	-	-	-	-	15	10
Frankreich**	-	17	-	-	19	-
Deutschland**	11	-	-	15	-	-
Irland**	-	-	-	-	5	-
Italien***	26	-	-	-	-	-
Niederlande (Amsterdam)***	14	12	10	12	17	15
Spanien (6 Städte)*** <i>Barcelona</i>	-	-	- 16	13	10 18	10
Schweiz**	-	11	-	-	11	-
UK***	9	8	7	6	8	-

* Testergebnisse

** Studie basiert auf der Eigenangabe des Serostatus

*** Seroprävalenz-Studie

Hinweis: Sämtliche Zahlen wurden auf die nächstgrössere Einheit aufgerundet

Quelle: EuroHIV, 2002²⁰

Man stellt einen deutlichen Anstieg der Prävalenzraten zwischen 1998 und 2000 in den Niederlanden (+7.4 Prozentpunkte) und zwischen 1996 und 1999 in Deutschland (+4.5) fest. Weniger ausgeprägt fiel der Anstieg zwischen 1997 und 2000 in Frankreich (+1.7) und im Vereinigten Königreich (+2.6) aus. In der Schweiz ist die in den MSM-Umfragen angegebene HIV-Inzidenz seit 1992 stabil geblieben (10-11%). Im Jahr 2002 jedoch registrierte das Schweizer HIV-

^a Zum Vergleich: nach einer in den USA durchgeführten Studie ist das Selbstmordrisiko bei Homo-/Bisexuellen fünf Mal höher als bei Heterosexuellen.

^b Ergebnisse der periodischen Telefonumfrage zur Evaluation der Aidsprävention in der Schweiz, 2000 (vgl. 3.3.2: Erfahrung mit der HIV/Aids-Prävention und dem Sexualunterricht in der Schule).

Überwachungsdispositiv einen merklichen Anstieg der Meldungen von Neuinfektionen (HIV-Prävalenz) bei den MSM (siehe Kapitel 2.1: Epidemiologie von HIV/Aids in der Schweiz).

Generell betrachtet bleibt der Anteil der HIV-positiven Homo-/Bisexuellen in den meisten europäischen Ländern hoch. Die beobachteten Zunahmen wären das Zeichen für eine Trendumkehr. Für EuroHIV^a widerspiegeln diese einerseits einen Rückgang der Sterblichkeit von Menschen mit HIV infolge der Einführung der ‘neuen Behandlungsarten’, andererseits weisen sie darauf hin, dass das HIV unter Homo-/Bisexuellen weiterhin übertragen wird. Diese Entwicklung ist in den europäischen Metropolen, in denen die Prävalenzraten über dem nationalen Durchschnitt liegen, besonders gut sichtbar²⁰.

Die Ergebnisse der Umfragen in der Schwulenpresse, die in Frankreich und Deutschland seit über zehn Jahren durchgeführt werden, zeigen, dass das Präventivverhalten im Laufe des letzten Jahrzehnts ein hohes Niveau erreicht hat und mit demjenigen in der Schweiz vergleichbar ist²¹. Die Umfragen aus den Jahren 1999 bis 2000 zeigen indessen ein Nachlassen der sicheren Sexualpraktiken. In Frankreich stieg der Anteil von Befragten, die angeben, manchmal oder nie geschützten Analverkehr zu praktizieren von 10% im Jahr 1997 auf ca. 17% im Jahr 2000²². Dieses Nachlassen des Safer Sex tritt bei den Jungen (25 oder jünger) in den Metropolen besonders deutlich zu Tage (1997: 18%; 2000: 31%), ausserhalb der Hauptstadt ist es jedoch weniger ausgeprägt. In Deutschland stiegen die in Kauf genommenen Risiken mit Gelegenheitspartnern^b in ähnlichem Mass wie in Frankreich (1996: 11%; 2000: 15%)²³, ebenso in der Schweiz (1997: 9%; 2000: 13%). Ganz allgemein stellt man fest, dass in allen drei Ländern vermehrt Risiken eingegangen werden. Auch wenn dieser Anstieg zu denken gibt und ernst genommen werden muss, ist er doch nicht dramatisch und scheint nur gewisse Segmente der Bevölkerungsgruppe der MSM zu betreffen.

2.4.10 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Auf Grund der Auswertung der Umfrage in der Schwulenpresse im Jahr 2000 sind keine markanten Veränderungen im Verhalten von Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), festzustellen. Hingegen nimmt das Präventivverhalten ab, sowohl mit festen Partnern wie auch mit Gelegenheitspartnern. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Der HIV/Aids-Prävention muss neues Leben eingehaucht werden, indem die Botschaften auf die Zielgruppen ausgerichtet und der aktuellen epidemiologischen Situation angepasst werden.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Die MSM, die regelmässig oder gelegentlich kommerzielle Orte der Schwulenszene (Saunas, Backrooms) und/oder Treffpunkte (Autobahnraststätten, Strände, Parks und öffentliche Toiletten) besuchen, gehen tendenziell grössere Risiken ein als die anderen. Die Situation hat sich zwischen 1997 und 2000 verschlechtert. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Diese Entwicklung spricht für verstärkte Präventionsmassnahmen an den einschlägigen Orten.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Der HIV-Test wurde im Jahr 2000 deutlich weniger häufig durchgeführt als Mitte der neunziger Jahre. Der Anteil von MSM, die keine neuere Information über ihren HIV-Status haben, ist im Steigen begriffen. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Die MSM müssen vermehrt für die Frage des HIV-Tests sensibilisiert werden.

^a <http://www.eurohiv.org/>.

^b Befragte, die angeben, ausserhalb einer festen Beziehung oft oder manchmal ein Präservativ zu benutzen.

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<p>■ Der Beginn des Sexuallebens der jungen Homo-/Bisexuellen ist geprägt durch den Bruch mit den traditionellen Arten des Eintritts in die Sexualität. Die meisten unter ihnen entfalten ihre Sexualität in einem Kontext, in dem die HIV-Prävalenz hoch ist, und ohne zwangsläufig von einer angemessenen Prävention profitieren zu können. Weiter summiert sich bei jungen Homo-/Bisexuellen das Risiko einer HIV-Ansteckung mit den psychosozialen Problemen, die direkt mit dem sozialen und familiären Umfeld in Verbindung stehen. Diese Probleme sind die Quelle eines höheren Suizidrisikos der jungen Homosexuellen im Vergleich mit den jungen männlichen Heterosexuellen.</p>	<p>⇒ Man muss darauf achten, dass diese jungen Männer so früh wie möglich mit Unterstützungsmitteln und Menschen in Verbindung gesetzt werden, dank deren sie effizient mit dem HIV-Infektionsrisiko umgehen und die familiären und sozialen Schwierigkeiten überwinden können, die sich ihnen in den Weg stellen. Die Schule spielt in diesem Bereich eine wesentliche Rolle.</p>
<p>■ Zu viele Paare setzen sich einem hohen HIV-Ansteckungsrisiko aus, weil sie keine effiziente Schutzstrategie vereinbart haben oder weil sie es nicht schaffen, die ausgehandelten Bedingungen längerfristig einzuhalten.</p>	<p>⇒ Die MSM müssen weiterhin darauf aufmerksam gemacht werden, dass Paare nicht davor geschützt sind, sich erheblichen Risiken auszusetzen.</p>

Bibliographie

- 1 Dubois-Arber F. Evaluation des campagnes de prévention contre le sida en Suisse: rapport de l'étude homosexuels, novembre 1987. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1988. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 23.6).
- 2 Gruet F, Dubois-Arber F. Les homosexuels: étude 1992. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 82.8).
- 3 Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F. Les hommes aimant d'autres hommes: étude 1994. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cahiers de Recherches et de Documentation).
- 4 Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F, Jeannin A. HIV/AIDS-related prevention behaviors among men having sex with other men in Switzerland, 1992-2000: a recent downturn? (in submission).
- 5 Moreau-Gruet F, Cochand P., Vannotti M, Dubois-Arber F. L'adaptation au risque VIH/sida chez les couples homosexuels: version abrégée. Lausanne: IUMSP; 1998. (Raisons de santé, 13).
- 6 Davidovich U, de Wit J, Albrecht N, Geskus R, Stroebe W, Coutinho R. Increase in the share of steady partners as a Quelle of HIV infection: a 17-year study of seroconversion among gay men. *AIDS* 2001;15(10):1303-8. Available at: URL: PM:11426076
- 7 Moreau-Gruet F, Jeannin A, Dubois-Arber F, Spencer B. Management of the risk of HIV infection in male homosexual couples. *AIDS* 2001;15(8):1025-35.
- 8 Bochow M. The response of gay german men to HIV: the national gay press surveys, 1987-96. In: Rosenbrock R, Wright MT, editors. Partnership and Pragmatism: germany's response to AIDS prevention and care. London: Routledge; 2001. p. 129-42.
- 9 Elford J, Bolding G, Maguire M, Sherr L. Sexual risk behaviour among gay men in a relationship. *AIDS* 1999;13:1407-11.
- 10 Balthasar H. Populations particulières pour la prévention du sida: les jeunes hommes attirés par d'autres hommes. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).

- 11 Cochand P, Singy P. Développement identitaire et risques de contamination par le VIH chez les jeunes homosexuels et bisexuels en Suisse romande. Lausanne: Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA); 2001. (Raisons de santé, 71).
- 12 Schiltz M-A. Parcours de jeunes homosexuels dans le contexte du VIH: la conquête de modes de vie. *Population* 1997;52(6):1485-538.
- 13 Lhomond B. Attirance et pratiques homosexuelles. In: Lagrange H, Lhomond B, editors. *L'entrée dans la sexualité: le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Paris: La Découverte; 1997. p. 183-226.
- 14 Bochow M. Are younger German gay men more at risk from HIV? results of a national survey in the gay press in Germany. *Cult Health Sex* 2000;2(2):183-95.
- 15 Adam P. Dépression, tentatives de suicide et prise de risque parmi les lecteurs de la presse gay française. In: *Observatoire socio-épidémiologique du sida et des sexualités (Facultés universitaires Saint-Louis)*, editor. *Vulnérabilité des jeunes gays et lesbiennes et risques de suicide: état de la question et pistes de prévention (Synthèse de la journée d'étude organisée le 17 juillet 2001)*. Bruxelles: Facultés universitaires de Saint-Louis; 2001. p. 9-21.
- 16 Cochran SD, Mays VM. Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: results from NHANES III. *Am J Public Health* 2000;90(4):573-8. Available at: URL: PM:10754972
- 17 Remafedi G. Sexual orientation and youth suicide. *JAMA* 1999;282(13):1291-2. Available at: URL: PM:10517437
- 18 Schupp KLL, Hofsäss T. Sie liebt sie, er liebt ihn: Eine Studie zur psychosozialen Lage junger Lesben, Schwuler und Bisexueller in Berlin. Berlin: Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport - Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen; 1999. Available at: URL: http://www.senbjs.berlin.de/familie/gleichgeschlechtliche_lebensweisen/veroeffentlichungen/thema_veroeffentlichungen.asp.
- 19 Balthasar H, So-Barazetti B, Jeannin A, avec la participation de Ralph Thomas. Evaluation de la mise en œuvre du programme national VIH/sida de 1999 à 2003: l'utilisation des offres et du matériel. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- 20 European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS surveillance in Europe: Mid-year report 2002. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2002. (No. 67).
- 21 Balthasar H, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F. Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida: rapport sur mandat de l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida (France). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 83).
- 22 Adam P, Hauet E. Résultats préliminaires de l'enquête presse gay 2000 sur la recrudescence des prises de risques et des MST parmi les gays. Paris: Institut de Veille sanitaire (InVS); 2001.
- 23 Bochow M. *Schwule Männer, AIDS und safer Sex*. Berlin: AIDS-Forum DAH; 2001.
- 24 Wang J, Twisselmann W, Somaini B, Dubois-Arber F, Bundesamt für Gesundheit. HIV-Prävalenz und selbst mitgeteiltes Schutz- und Risikoverhalten bei homosexuellen Männern in Zürich 1998. *BAG Bulletin* 1999;49:916-19.
- 25 Taéron C. Prévention gay: "Vous avez un nouveau message". *Le Journal de la Démocratie sanitaire* 2002;(150-151):12-4.
- 26 Kippax S, Noble J, Prestage G, Crawford JM, Campbell D, Baxter D, Cooper D. Sexual negotiation in the AIDS era: negotiated safety revisited. *AIDS* 1997;11(2):191-7.

2.5 DIE ABHÄNGIGEN DROGENKONSUMIERENDEN

Dieses Kapitel präsentiert zuerst die soziodemografische Situation der Drogenkonsumierenden und dann die Entwicklung des Drogenkonsums. Anschliessend werden die HIV-Exposition und das Präventivverhalten sowie die Prävalenz von HIV und Hepatiden behandelt. Zudem werden internationale Daten präsentiert und erörtert.

Die nationalen Angaben dieses Kapitels stammen hauptsächlich aus den Umfragen bei der Klientel von niederschweligen Einrichtungen (NSE)^a. Es wurden nacheinander vier nationale Umfragen (1993, 1994, 1996, 2000)¹⁻³ durchgeführt. Diese sollten die Merkmale der Klientel von NSE ermitteln, die Entwicklung ihrer sozialen Eingliederung verfolgen sowie ihren Konsum, ihre Risikoexposition und ihren Schutz gegen HIV und Hepatiden in Erfahrung bringen und beurteilen. Eine ähnliche Umfrage wurde 2002 bei den Benutzern der Injektionsräume von Genf⁴ und Biel⁵ im Rahmen der Evaluation dieser beiden neuen Einrichtungen durchgeführt.

Es wird angenommen, dass die Klientel der NSE die Bevölkerungsgruppe der intravenös Drogen (i.v.) konsumierenden Personen gut repräsentieren, insbesondere die am stärksten gefährdeten unter ihnen^b. Die Angaben der NSE werden, falls die Informationen vorhanden sind, mit den Statistiken anderer Gruppen von Drogenkonsumierenden verglichen^c: Mit denjenigen in ambulanter Behandlung (Statistik der Methadonbehandlung und der heroingestützten Behandlung HeGeBe⁶) und denjenigen in stationärer Behandlung (nationale Statistik – Forschungsverbund stationäre Suchttherapie (FOS)⁷).

2.5.1 Soziodemografische Merkmale der Drogenabhängigen

Der Frauenanteil ist in den verschiedenen Gruppen der Drogenkonsumierenden auf ähnlichem Niveau; er liegt zwischen 23 und 30% (siehe Tabelle 6.1 im Anhang des Kapitels). Das durchschnittliche Alter oder das Medianalter der Drogenkonsumierenden in den verschiedenen Einrichtungen variiert hingegen. Es ist in den NSE und in den Einrichtungen, welche eine ärztliche Heroinverschreibung anbieten, höher als in den anderen ambulanten Behandlungseinrichtungen und in den stationären Behandlungsinstitutionen⁸.

In allen Gruppen hat sich das Durchschnittsalter leicht erhöht, insbesondere bei den Klienten von NSE und von Behandlungen mit ärztlicher Heroinverschreibung. In den NSE ist der Anteil der Personen, die erst seit kurzem intravenös Drogen konsumieren (seit weniger als 2 Jahren), zurückgegangen.

Die Wohnsituation hat sich in den letzten Jahren leicht verbessert: Der Anteil der Personen ohne festen Wohnsitz ist zurückgegangen. Die Erwerbssituation hat sich hingegen nicht verbessert. Die Benutzer der NSE scheinen diejenigen Personen zu sein, welche in den prekärsten Situationen leben, sowohl was die Wohn- als auch die Erwerbssituation betrifft.

^a Diese leicht zugänglichen Einrichtungen, die steriles Injektionsmaterial abgeben, sollen dafür sorgen, dass sich der Gesundheitszustand der Drogenkonsumierenden, die nicht bereit sind für eine Therapie oder die einen Rückfall erlitten haben, nicht verschlechtert.

^b Eine nationale Studie hat gezeigt, dass die Mehrheit der i.v. Drogenkonsumenten die NSE benutzen und dass wenige Konsumenten dieses Typs wirklich 'im Versteckten' leben²⁸.

^c Diese Gruppen sind nicht völlig voneinander getrennt und überschneiden sich teilweise, insbesondere was den ambulanten Sektor betrifft.

2.5.2 Entwicklung des Konsums

Die Angaben bezüglich des Konsums stammen im Wesentlichen aus Befragungen der Klientel von NSE. Die meisten Benutzer der NSE injizieren sich die Drogen und der Mehrfachkonsum von Drogen (hauptsächlich Heroin und Kokain) ist sehr häufig. Heroin bleibt die am meisten konsumierte Droge (mehrere Male pro Woche bei der Hälfte der Personen), obschon der Konsum ein wenig zu sinken scheint^a. Die durchschnittliche Anzahl Injektionen pro Woche scheint sich zu verringern (1994: 19, 2000: 14). Die Anzahl der Personen, die in Methadonbehandlung sind und die NSE frequentieren, ist am Steigen^b (siehe Tabelle 2.6).

Bei der Klientel der NSE unterschieden sich die monatlich konsumierten Substanzen bei den Personen in Methadonbehandlung und solchen ohne Behandlung kaum: Die Mehrheit hat harte Drogen und mehr als die Hälfte mehrere Substanzen konsumiert. Hingegen nimmt der Anteil regelmässiger Konsumenten mit der Behandlung ab, insbesondere bezüglich Heroin (55% mit regelmässigem Heroinkonsum bei Personen in Behandlung, 78% bei Personen ohne Behandlung, beziehungsweise 33% und 44% bei Kokain im Jahr 2000). Personen in Behandlung injizieren zudem seltener Drogen (durchschnittlich 11 Injektionen pro Woche gegenüber 20 bei Konsumenten ohne Behandlung in 2000).

Tabelle 2.6 Entwicklung des Konsums bei der Klientel von NSE in der Schweiz: 1993 bis 2000³

	1993 N=1119	1994 N=907	1996 N=944	2000 N=924
Injektion				
% im ganzen bisherigen Leben	89	89	91	90
% in den vergangenen 6 Monaten	85	▲85	86	79
% erst seit kurzem (≤ 2 Jahre)	30	24	14	7
Durchschnittliche Anzahl Injektionsjahre	7	8	9	12
Durchschnittliche Zahl Injektionen/Woche		▲19	18	▲14
Konsum im bisherigen Leben				
% Heroinkonsum	99	▲99	99	▲98
% Kokainkonsum	82	▲91	92	▲88
% Cocktailkonsum	♣66	▲79	85	▲75
Substanzen pro Monat				
% Mehrfachkonsum	71	75	77	68
Häufigkeit pro Monat^a				
% regelmässiger Heroinkonsum	61	63	67	54
% regelmässiger Kokainkonsum	23	27	31	27
% regelmässiger Cocktailkonsum	♣16	30	37	25
Therapieart				
% Methadonbehandlung	35	45	45	56
% Heroinprogramm			11	4

▲ Für Zürich liegen keine Angaben vor

♣ Für Bern liegen keine Angaben vor

^a Regelmässiger Konsum = mehrmals pro Woche

IUMSP/UEPP

^a Es gibt sehr wenige ausschliesslich Kokain konsumierende Personen unter der Klientel der NSE; Kokain wird meistens mit Heroin zusammen konsumiert oder gleichzeitig mit einer Ersatztherapie.

^b Die Klientel der NSE, die sich in einer Methadonbehandlung befinden, sind für die Gesamtheit der Drogenabhängigen in Therapie nicht repräsentativ, in den NSE konzentrieren sich sicherlich diejenigen, die am meisten Schwierigkeiten mit ihrer Therapie haben.

2.5.3 HIV-Exposition und Schutz

Nur die Umfragen bei der Klientel der NSE ermöglichen, die Risikoexpositionen bei Drogenkonsumierenden sowie ihr Präventivverhalten zu untersuchen. Der Anteil der Konsumenten, die vor kurzem – in den sechs Monaten vor der Befragung – eine bereits von einer anderen Person gebrauchte Spritze/Nadel benützt haben, ist ziemlich niedrig, um die 10% mit einer möglicherweise steigenden Tendenz in den letzten Jahren^a (1994: 9%, 1996: 11%, 2000: 12%)^b (siehe Tabelle 2.7). Dieser Anteil schwankt jedoch von Stadt zu Stadt (5% in Basel und 22% in Lausanne im Jahr 2000).

Der Tausch von Material zur Vorbereitung der Injektion ist hingegen viel häufiger und könnte vielleicht die berichtete hohe Infektionsrate mit Hepatitis C erklären. Die gemeinsame Benutzung des Löffels und des Filters hat zwischen 1996 und 2000 ein wenig abgenommen (2000 haben 51% den Löffel und 38% den Filter in den letzten sechs Monaten geteilt; beziehungsweise 68% und 46% im Jahr 1996).

Die Klienten, die sich einem Infektionsrisiko aussetzen, indem sie bei der Injektion bereits von jemand anderem benutztes Material verwenden (hier Tausch von Spritze/Nadel genannt), unterscheiden sich von denjenigen, die dies nicht tun. Es handelt sich etwas mehr um jüngere Personen und zudem häufiger um Frauen. Ihr Gesundheitszustand ist schlechter, sie leben häufiger in prekären Verhältnissen (arbeitslos, ohne festen Wohnsitz, ohne Ausbildung) und waren in den vergangenen zwei Jahren öfters im Gefängnis. Sie konsumieren und injizieren regelmässiger Kokain und haben eine höhere Injektionshäufigkeit.

Tabelle 2.7 Entwicklung der HIV-Exposition und des Schutzverhaltens bei der Klientel von NSE in der Schweiz: Von 1993 bis 2000³

	1993 N=1119 %	1994 N=907 %	1996 N=944 %	2000 N=924 %
VERWENDUNG VON GEBRAUCHTEM INJEKTIONSMATERIAL				
Spritzen-/Nadeltausch				
Im ganzen bisherigen Leben ^a	40	▲37	44	45
In den vergangenen 6 Monaten ^b	17	9	11	12
Im Gefängnis in den vergangenen 2 Jahren ^c			6	9
Weitergabe Spritze/Nadel				
In den vergangenen 6 Monaten		▲9	9	9
Tausch von anderem Material in den vergangenen 6 Monaten				
Gemeinsamer Gebrauch des Löffels			68	51
Gemeinsamer Gebrauch des Filters			46	38
Gemeinsamer Gebrauch von Watte			3	▲7
Gemeinsamer Gebrauch von Wasser				▲26
PRÄSERVATIVGEBRAUCH^d IN DEN VERGANGENEN 6 MONATEN				
In fester Partnerschaft				
Immer Präservativ verwendet	60	▲56	53	▲56
Nie Präservativ verwendet	26	▲24	27	▲29
Partner konsumiert keine Drogen	55	▲62	58	▲55
		▲50	52	▲52

^a 1993 war die Rate in Lausanne (39%) und in Genf (31%) besonders hoch.

^b Die Tendenz ist in Biel beim Spritzentausch seit kurzem rückläufig (2000: 16%, 2002: 4%), in Genf hingegen steigend (2000: 12%, 2002: 18%).

	1993 N=1119 %	1994 N=907 %	1996 N=944 %	2000 N=924 %
Bei Gelegenheitskontakten	34	▲29	31	▲32
Immer Präservativ verwendet	61	▲71	67	▲72
Nie Präservativ verwendet	14	▲14	13	▲15
Weibliche Prostitution		30	24	18
Immer Präservativ verwendet		93	95	83
Nie Präservativ verwendet		0	0	5
Männliche Prostitution		3	2	4
Immer Präservativ verwendet		67	43	33
Nie Präservativ verwendet		22	29	17
Letzter Sexualverkehr				
Präservativgebrauch		▲46	51	▲48

▲ Für Zürich liegen keine Angaben vor

^a Rate für Injizierende im gesamten bisherigen Leben

^b Rate für Injizierende während der letzten sechs Monate

^c Prozentsatz berechnet auf die gesamte Menge der Personen, die in den zwei vergangenen Jahren im Gefängnis waren

^d Während der letzten 6 Monate: Drei Nutzungsgrade: Immer, manchmal, nie (Summe = 100%).

IUMSP/UEPP

Der Schutz bei Sexualkontakten hat sich in den vergangenen Jahren nicht signifikant verändert und ist immer noch ungenügend, insbesondere mit den festen Partnern. Im Jahr 2000 haben mehr als zwei Drittel der Drogenkonsumierenden bei Gelegenheitskontakten in den 6 Monaten vor der Umfrage immer Präservative benutzt. Das Gegenteil ist der Fall bei den festen Partnern: Etwas weniger als ein Drittel hatte konsequent geschützten Verkehr. Zudem war der feste Partner in der Hälfte der Fälle kein Drogenkonsument.

Der Anteil der Frauen, die sich in den vergangenen sechs Monaten prostituiert haben, geht offenbar zurück. Der Anteil derjenigen, die mit den Freiern Präservative verwenden, ist leicht abnehmend, bleibt aber auf sehr hohem Niveau (im Jahr 2000 verwendeten 83% konsequent Präservative). Männer betreiben weniger Prostitution, schützen sich in diesem Fall jedoch sehr viel weniger (33% verwenden konsequent Präservative).

2.5.4 Prävalenz von HIV und von Hepatiden

Die Zahl der von den Ärzten gemeldeten neuen HIV-Fälle bei Drogenkonsumierenden ist seit 1998 gesamthaft gesehen stabil. Im Jahr 2001 war allerdings eine leichte Zunahme der neuen Fälle zu verzeichnen (1998: 79, 1999: 77, 2000: 76, 2001: 88, 2002: 86)^a.

Die Angaben zur HIV-Prävalenz stammen in der Regel aus Statistiken^b oder Studien, in welchen die Personen ihren Serostatus angeben. Die Klientel der NSE, von ambulanten oder stationären Behandlungen stellen eine Bevölkerungsgruppe dar, die intensiv auf HIV getestet ist. Der Anteil der Klienten von NSE, die mindestens einen HIV-Test gemacht haben, liegt bei 90% oder höher (1999: 91%, 1996: 93% und 2000: 95%)^c, dasselbe gilt für die Personen, die sich in stationären Behandlung befinden (zwischen 90% und 94% in der Zeitspanne 1997-2001). In den ambulanten Behandlungen

^a Quelle: BAG, Sektion Epidemiologie und Infektionskrankheiten, Martin Gebhardt.

^b Statistik SAMBAD der ambulanten Behandlungen, Statistik FOS der stationären Behandlungen, Statistik HeGeBe der heroingestützten Behandlungen.

^c Im Jahr 2000 ist der Anteil der kürzlich getesteten Klientel der NSE gestiegen (70% der Getesteten machten den Test während des laufenden Jahres oder im Jahr vor der Umfrage, ungefähr 50% während früheren Umfragen).

einrichtungen geben 84% der Drogeninjizierenden an, 1996 einen Test gemacht zu haben, 1999 waren es 86%⁹.

Der Anteil Personen, die einen positiven HIV-Serostatus angeben, ist seit 1995 einigermaßen stabil geblieben (nach einem starken Rückgang zu Beginn der 90er Jahre). Bei der Klientel der NSE liegt die HIV-Prävalenz zwischen 1993 und 2000 annähernd bei 10%^a; bei den Teilnehmern an den Versuchen der ärztlichen Heroinverschreibung, eine Gruppe mit besonders stark abhängigen Drogenkonsumenten, ist die HIV-Prävalenz höher (1996: 16%); bei den ambulant behandelten Personen geben 1996 13% der Drogenkonsumierenden an, HIV-positiv zu sein, 1998 waren es 11%; bei den Personen in stationärer Behandlung bewegt sich der Prozentsatz seit 1997 um die 5%⁹.

Im Gegensatz zur relativ niedrig bleibenden berichteten HIV-Prävalenz ist diejenige für Hepatitis C^b und B sehr hoch, es lässt sich daraus jedoch kein Trend ableiten. Im Jahr 2000 gaben 59% der Klientel der NSE an, positiv auf Hepatitis C^c getestet worden zu sein, und 40% auf Hepatitis B. In der FOS-Statistik liegen die Prävalenzraten für Hepatitis C im stationären Sektor für die Jahre 1997-2001 zwischen 18% und 41% (ohne einen klaren Trend) und für Hepatitis B zwischen 22% und 28%^{d,9}. In Basel¹⁰ lag die gemessene Prävalenz von Hepatitis C bei Personen, die eine Methadon-Substitutionsbehandlung begannen, bei 55%. In den Statistiken zur heroingestützten Behandlung¹¹ finden sich noch höhere Prävalenzraten: Zwischen 1994 und 1996 waren mehr als 80% der Personen, welche dieses Behandlungsprogramm begannen, getestet und die Hepatitis-Prävalenz lag bei 82% für Hepatitis C und bei 73% für Hepatitis B.

2.5.5 Internationaler Vergleich

Seit Mitte der Neunziger Jahre hat sich die Zahl der neuen HIV-Infektionsfälle bei den Drogenkonsumierenden in den meisten Ländern der EU generell stabilisiert. Die HIV-Prävalenz bei den Drogeninjizierenden ist jedoch von Land zu Land und innerhalb eines Landes von Region zu Region sehr unterschiedlich. Niedrige Raten sind im Vereinigten Königreich festzustellen (weniger als 10%) und sehr hohe Raten in Spanien (mehr als 30%). In einigen Ländern hingegen lässt sich ein erneuter Anstieg der neuen Fälle beobachten (Luxemburg, Irland). Seit 1996 sind die Länder im Osten von der HIV/Aids-Epidemie betroffen, in erster Linie die Drogeninjizierenden¹². Länder mit der höchsten HIV-Prävalenz bei Drogenkonsumierenden sind Russland, Lettland und Estland¹³.

Für Hepatitis C sind die Prävalenzdaten rarer, die Raten scheinen jedoch in allen Ländern sehr hoch zu sein (zwischen 40% und 90%). In den meisten ist die Tendenz steigend, nur in einigen wenigen ist sie sinkend (Griechenland, Portugal)^{14,15}.

In der Schweiz ist der Spritzentausch relativ selten (ungefähr 10%) und damit gemäss den Daten eines internationalen Vergleich einer der niedrigsten Prozentsätze Europas (siehe Tabelle 2.8). Andere riskante Verhaltensweisen in Zusammenhang mit der Injektion (gemeinsamer Gebrauch von Löffel, Watte und Wasser) bleiben jedoch auf einem hohen Niveau, in der Schweiz wie auch in anderen Ländern.

Die in der Schweiz beobachteten Entwicklungen im Sexualverhalten wurden auch in Europa festgestellt: Der Präservativgebrauch von sich prostituierenden Frauen hat sich positiv entwickelt; der

^a 2002 stabile Situation in Biel (9% der HIV-Tests positiv) und in Genf, jedoch mit einer höheren Rate (17%).

^b Kann sich chronisch entwickeln mit schweren Komplikationen wie Leberzirrhose und Leberkrebs.

^c 2002 ebenfalls hohe Rate in Biel (66% der Hepatitis-C-Tests positiv) und Genf (61%).

^d Im Jahr 2001 ist die Prävalenz von beiden Hepatitistypen unnatürlich niedrig. Der Anteil der Personen, die angeben, positiv auf einen unbekanntem Hepatitistyp getestet worden zu sein, ist allerdings sehr viel höher (24%) als in den vergangenen Jahren (zwischen 2% und 3%).

Präservativgebrauch bei Sexualkontakten mit Gelegenheitspartnern ist ebenfalls hoch, wogegen er bei Sexualkontakten mit einem festen Partner weniger verbreitet ist¹⁶.

Tabelle 2.8 Spritzentauschrate (in%) in verschiedenen Ländern: 1992-2000

Land/Städte	Kontext	Jahr	Beobachtungsdauer	Rate (%)
Deutschland ¹⁷	Multizentrisch	1992-93	Sechs Monate	39
Australien ¹⁸	niederschwellig	1995	Letzter Monat	31
Vereinigtes Königreich ¹⁹	niederschwellig	1994	Zwölf Monate	17-48
Frankreich ¹⁷	niederschwellig	1996	Letzter Monat	13
Norditalien ²⁰	Kohorte	1996	Sechs Monate	15-29
Vancouver ²¹	Kohorte	1997	Sechs Monate	20
New York ²²	Multizentrisch	1997-98	Sechs Monate	26-31
San-Francisco ²³	Strasse	1997-99	Letzter Monat	32
Vereinigtes Königreich ²⁴	Multizentrisch	1997-98	Letzter Monat	42-44
Irland ¹⁴	Multizentrisch	1997-1998	Letzter Monat	29-64
Vereinigtes Königreich ¹⁴	Community Survey	1998	Sechs Monate	50
Holland ¹⁴	Community Surveys	1997-1999	Sechs Monate	10-17
Dänemark ¹⁴	Therapien	1998	Sechs Monate	59
Frankreich ²⁵	Niederschwellig	1998	Letzter Monat	18
Moskau ¹³	Strasse	1998	Letzter Monat	35-41
Jekaterinburg ¹³	Strasse	1998	Letzter Monat	86
Luxemburg ¹⁴	Therapien	1999	Sechs Monate	29
Norditalien ²⁰	Kohorte	1999	Sechs Monate	10-20
Portugal ¹⁴	Therapien	1999	Sechs Monate	32
Schweiz³	niederschwellig	2000	Sechs Monate	12
Spanien/Katalonien ²⁶	niederschwellig	2000	Sechs Monate	31
Toljatti Stadt, Russland ²⁷	Strasse	2001	Letzter Monat	36

IUMSP/UEPP

2.5.6 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<p>■ Die verschiedenen, bei den Klienten von NSE gesammelten Indikatoren weisen auf eine rückläufige Tendenz hin: Der Anteil der Personen mit intravenösem Drogenkonsum geht langsam zurück, dasselbe gilt für den Anteil der Personen, die erst seit kurzem Drogen injizieren; die durchschnittliche Injektionshäufigkeit pro Woche ist ebenfalls am Sinken wie auch die Zahl der Mehrfachkonsumierenden.</p>	<p>⇒ Die Anreize für die Verminderung der Injektionshäufigkeit oder den Verzicht auf das Injizieren von Drogen müssen weiterverfolgt werden (Heroinabgabe- oder Methadonersatzprogramme, Inhalationsräume).</p>

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<p>■ Das Risiko der Verwendung von gebrauchten Spritzen bleibt bestehen, es ist offenbar schwierig, dieses zu senken. Auch wenn der Tausch von Material zur Vorbereitung der Injektion seit Beginn der 1990er Jahre insgesamt zurückgegangen ist und sich seitdem stabilisiert hat, bleibt dieses Risikoverhalten angesichts der Prävalenz von Hepatitis C bei den Klienten niederschwelliger Einrichtungen dennoch hoch.</p> <p>■ Je nach Stadt wurden unterschiedliche Tauschraten ermittelt, was lokal begrenzte Epidemien (HIV oder Hepatiden) nicht ausschliesst.</p> <p>■ Die Zahl der neuen HIV-Fälle bei den Drogenkonsumierenden scheint sich zu stabilisieren; die HIV-Prävalenz hat sich je nach Ort, an dem die Daten gesammelt wurden, verringert oder ist stabil geblieben (zwischen 5% und 11% in den letzten Jahren); die Prävalenz von Hepatiden ist dagegen hoch, insbesondere bei den Klienten der NSE.</p>	<p>⇒ Dem Problem der Hepatiden, insbesondere von Hepatitis C, ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen. In diesem Sinne müssen die Botschaften für den Verzicht auf den Tausch von Material zur Vorbereitung der Injektion und die Desinfektions- und Hygienemassnahmen verstärkt werden.</p> <p>⇒ Die Verhaltensweisen in den NSE müssen weiterhin überwacht werden.</p>
<p>■ Der Präservativgebrauch ist je nach Partnertyp stabil oder leicht rückläufig mit einem höheren Schutzniveau bei Gelegenheitskontakten oder bei der Prostitution. Der Schutz in der festen Partnerschaft ist hingegen ungenügend. Angesichts der hohen Zahl von festen Partnern, die keine Drogen konsumieren, könnte dies ein Weg für die Ausbreitung von HIV in breitere Bevölkerungsgruppen darstellen.</p>	<p>⇒ Alle Drogenfachleute müssen daher angespornt werden, ihre Beratungstätigkeit in diesem Bereich zu verstärken und weiterhin Präservative zur Verfügung zu stellen.</p>
<p>■ Die Klientel der NSE umfasst immer mehr Personen ohne Therapie und gleichzeitig Personen, die anderswo in einer Methadonbehandlung sind. Diese, die sicherlich einen kleinen Teil der Personen in Therapie ausmachen, konsumieren etwas weniger intensiv Drogen, könnten jedoch von einer besseren Betreuung profitieren (höhere Methadondosierungen, heroingestützte Behandlung).</p>	<p>⇒ Es wäre wünschenswert, die Koordination zwischen dem Sektor der Schadenminderung und demjenigen der Therapie zu verbessern.</p>

Bibliographie

- 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, editors. AIDS in Europe: The behavioural aspect. Report of the Conference AIDS in Europe, the behavioural aspect, Berlin 26-29.9.1994. Berlin: Sigma; 1995. p. 183-90.
- 2 Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse. Revue Epidemiol Sante Publique 1998;46:205-17.

- 3 Benninghoff F, Morency P, Geense R, Huissoud T, Dubois-Arber F. Health and social trends among drug users attending needle exchange programmes in Switzerland (1994 to 2000). (in submission).
- 4 Benninghoff F, Solai S, Huissoud T, Dubois-Arber F. Evaluation de Quai 9: "Espace d'accueil et d'injection" à Genève. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (à paraître).
- 5 Benninghoff F, Dubois-Arber F. Résultats de l'étude de la clientèle du Cactus Biel/Bienne 2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002.
- 6 Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, editors. Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: zusammenfassender Bericht. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich; 1997.
- 7 Schaaf S, Berger Hoins C, Reichlin M, Grichting E, Wettach RHU, Dobler-Mikola A, et al. Koordinationsstelle des FOS, editor. Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 1999: Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik: Gegenüberstellung von Kurz-, Mittel- und Langzeittherapie. Zurich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2000. (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 101).
- 8 Zobel F, Thomas R, Arnaud S, De Preux E, Ramstein T, Spencer B, et al. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Vierter zusammenfassender Bericht 1999-2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003.
- 9 Evaluation of the Confederation's measures to reduce drug-related problems: fourth synthesis report 1999-2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003.
- 10 Ladewig D. A reduction in HIV positive and an increase in hepatitis C positive subjects in methadone maintenance treatments. *Swiss Med Wkly* 2001;131:422. Available at: URL: www.smw.ch.
- 11 Steffen T, Blatter R, Gutzwiller F, Zwahlen M. HIV and hepatitis virus infections among injecting drug users in a medically controlled heroin prescription programme. *Eur J Public Health* 2001;11(4):425-30.
- 12 Hamers FF, Infuso A, Alix J, Downs AM. Current situation and regional perspective on HIV/AIDS surveillance in Europe. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;32 Suppl 1:S39-S48. Available at: URL: PM:12571514.
- 13 Hamers F, Downs AM. HIV in central and eastern Europe. *Lancet* 2003;361(9362):1035-44. Available at: URL: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/01406736>.
- 14 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), editor. Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne, 2001. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes; 2001. Available at URL:<http://www.emcdda.org>.
- 15 Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne, 2000. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes; 2000. Available at URL: <http://www.emcdda.org>.
- 16 European monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA). Joint action on new synthetic drugs. European monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA), Ed. 2002. Available at: URL:http://www.emcdda.org/policy_law/joint_action.shtml.
- 17 Balthasar H, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F. Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida: rapport sur mandat de l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida (France). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 83).
- 18 MacDonald M, Wodak A, Ali R, Crofts N, Cunningham PH, Dolan KA, Kelaher M, Loxley WM, van Beek I, Kaldor JM. HIV prevalence and risk behaviour in needle exchange attenders: a national study. *Med J Aust* 1997;166(5):237-40.
- 19 Gossop M, Griffiths P, Powis B, Williamson S, Fountain J, Strang J. Continuing drug risk behaviour: shared use of injecting paraphernalia among London heroin injectors. *AIDS Care* 1997;9(6):651-60.

- 20 Sabbatini A, Carulli B, Villa M, Correa Leite ML, Nicolosi A. Recent trends in the HIV epidemic among injecting drug users in Northern Italy, 1993-1999. *AIDS* 2001;15(16):2181-5. Available at: URL: PM:11684938.
- 21 Strathdee SA, Patrick DM, Currie SL, Cornelisse PG, Rekart ML, Montaner JS, Schechter MT, O'Shaughnessy MV. Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study. *AIDS* 1997;11(8):F59-F65. Available at: URL: PM:9223727.
- 22 Diaz T, Des Jarlais DC, Vlahov D, Perlis TE, Edwards V, Friedman SR, Rockwell R, Hoover D, Williams IT, Monterroso ER. Factors associated with prevalent hepatitis C: differences among young adult injection drug users in lower and upper Manhattan, New York City. *Am J Public Health* 2001;91(1):23-30. Available at: URL: PM:11189819.
- 23 Shafer KP, Hahn JA, Lum PJ, Ochoa K, Graves A, Moss A. Prevalence and correlates of HIV infection among young injection drug users in San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;31(4):422-31. Available at: URL: PM:12447014.
- 24 Hope VD, Judd A, Hickman M, Lamagni T, Hunter G, Stimson GV, Jones S, Donovan L, Parry JV, Gill ON. Prevalence of hepatitis C among injection drug users in England and Wales: is harm reduction working? *Am J Public Health* 2001;91(1):38-42. Available at: URL: PM:11189821.
- 25 Valenciano M, Emmanuelli J, Lert F. Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France. *Addiction* 2001;96(4):597-606. Available at: URL: PM:11300963.
- 26 Centre d'estudis epidemiològics sobre l'HIV/sida de Catalunya (CEESCAT). Casabona J, editor. SIVES 2001: Integrated HIV/AIDS surveillance system of Catalonia. Barcelona: Departament de sanitat i seguretat social; 2002. (Technical document n° 14).
- 27 Rhodes T, Lowndes C, Judd A, Mikhailova LA, Sarang A, Rylkov A, et al. Explosive spread and high prevalence of HIV infection among injecting drug users in Togliatti City, Russia. *AIDS* 2002;16(13):F25-F31. Available at: URL: PM:12218407.
- 28 Kübler D, Hausser D, Gervasoni JP. The characteristics of 'new users' of cocaine and heroin unknown to treatment agencies: results from the Swiss Hidden Population Study. *Addiction* 2000;95(10):1561-71. Available at: URL: PM:11070531.

2.6 SEXWORKER IN DER SCHWEIZ UND IN EUROPA

Die in diesem Kapitel präsentierten Informationen wurden im Rahmen einer Literaturschau gesammelt¹. Aufgrund der starken internationalen Verbreitung des Phänomens wurde die Literaturschau auf ganz Europa ausgebreitet. Das Interesse galt hierbei allen Segmenten des Prostitutionsmilieus: Frauen, Männern (Male Sex Workers: MSW), Transvestiten und Transsexuellen sowie deren Freier. Es wurde festgestellt, dass in der Schweiz relativ wenige Informationen zu diesem Phänomen zur Verfügung stehen.

Trotz der Fülle an Literatur bleibt das Prostitutionsmilieu relativ schlecht erforscht. Die Studien beziehen sich meistens Convenience-Stichproben (pragmatische Auswahl). Die Informationen sind nur zum Teil miteinander vergleichbar, da sie manchmal aus Ländern oder Regionen stammen, in denen die Bedingungen für die Ausübung der Prostitution und das rechtliche, soziale und gesundheitliche Umfeld sehr verschiedenartig sind.

In der Regel wird der Anteil der Sexworker (Frauen und Männer) auf zwischen 1 und 2% der Gesamtbevölkerung in mehreren europäischen Ländern geschätzt^a. Dieser Anteil ist in grossen und

^a Quelle: Europap/Tampep.

mittleren Städten entsprechend höher. Aus den Beobachtungen geht hervor, dass 85% bis 90% der sich prostituierenden Personen weiblich sind. Der Männeranteil (einschliesslich Transsexuelle und Transvestiten) kann in den grossen Städten 30% bis 40% erreichen.

Das Prostitutionsmilieu ist stark von der Migration geprägt. Die am Projekt Tampep^a teilnehmenden europäischen Länder verweisen auf die wachsende Migrantenzahl (insbesondere aus Nicht-EU-Mitgliedsstaaten) unter den Sexworkern hin. Diese Personen sind sehr mobil und bewegen sich häufig von einem Land zu andern oder innerhalb eines Landes.

Die Bedingungen für die Ausübung der Prostitution können zudem innerhalb eines bestimmten geografischen Bereichs sehr unterschiedlich sein. Die Massnahmen der Polizei zur Unterdrückung der Freieranwerbung und die Verfolgungen von Personen, die sich aus der Sicht der Einwanderungsbestimmungen illegal im Land aufhalten, tragen dazu bei, die Prostitution in nicht kontrollierte (und gefährlichere) Räume abzudrängen und vermindern oder verhindern die Verhandlungsfähigkeit der Sexworker (Präservativ, Zurückweisen von gefährlich erscheinenden Freiern etc.).

2.6.1 Schutz und Risikoexposition bei Sexarbeiterinnen

Das Schutzniveau bei den **bezahlten Sexualkontakten** schwankt zwischen 33%² und 100%^{3,4} je nach Studie und Bevölkerungsgruppe. Der Schutz kann je nach sexueller Praktik unterschiedlich sein. Einige Studien stellen fest, dass beim Vaginalverkehr weniger Präservative gebraucht werden als beim Analverkehr⁵, andere hingegen geben an, dass der Schutz eher beim Oralverkehr weniger gut sei⁶.

Das Schutzniveau unterscheidet sich zudem, je nachdem die Prostituierten Drogen konsumieren oder nicht. Drogenabhängige verzichten eher auf das Präservativ⁷. Die 'nachlässigere Handhabung des Schutzes' bei Drogenabhängigen muss jedoch relativiert werden. So gibt eine Schweizer Studie, die bei den niederschweligen Einrichtungen für Drogenabhängige durchgeführt wurde, für die sich prostituierenden Frauen eine konsequente Schutzrate von 83% an⁸.

Das Schutzverhalten schwankt von einem Land zum andern. In den Länder aus der ehemaligen Sowjetunion scheint die Situation diesbezüglich problematischer zu sein, insbesondere aufgrund der grossen Armut einiger Prostituierten, die nicht über die finanziellen Mittel verfügen, Präservative zu kaufen, einen HIV-Test zu machen oder eine durch ihre STI^b notwendig gewordene medizinische

^a Mehrere, von der Europäischen Union (EU) finanziell unterstützten Projekte widmen sich Fragen in Verbindung mit der Prostitution:

- **Europap** (*European Intervention Projects AIDS Prevention for prostitutes*) existiert seit Mitte der Neunziger Jahre. Es verfolgt vier Hauptziele: a) Unterstützung, Entwicklung und Ausweitung von Aktionen der Prävention von HIV und anderen STI bei Sexworkern; b) Evaluation dieser Aktionen mit einer gemeinsamen Methodologie; c) Ausarbeitung von Standards im Hinblick auf eine Ausweitung dieser Aktionen im EU-Raum; d) Entwicklung eines Netzwerkes von Fachleuten im EU-Raum. Europap umfasst gegenwärtig ungefähr 400 Partner aus zwanzig europäischen Ländern (www.europap.net).
- **Tampep** (*Transnational AIDS/STD Prevention among Migrant Prostitutes in Europe / Project*) existiert ebenfalls seit Mitte der Neunziger Jahre. Das Projekt erhält auch finanzielle Mittel von der EU, arbeitet mit Europap zusammen und hat hauptsächlich zum Ziel, neue Strategien und Methoden zur Prävention der HIV-Verbreitung und anderen STI unter den sich in Europa prostituierenden Migranten zu entwickeln und zu verbreiten. Tampep setzt seinen Schwerpunkt auf Frauen, Transvestiten und Transsexuelle aus Mittel- und Osteuropa, Südostasien, Afrika und Lateinamerika. Mehr als zwanzig europäische Länder sind Teil des Netzwerkes Tampep, die Schweiz als eingeladenes Land (www.mrgraaf.nl/tampet).

^b *Sexually Transmitted Infections* (sexuell übertragbare Infektionen).

Behandlung durchführen zu lassen^{2,5,9-12}. Der Umstand, dass eine Person sich illegal in einem Land aufhält, bringt eine ganze Reihe von Schwierigkeiten mit sich und ist unter anderem mit einem verminderten Schutzniveau verbunden¹³.

Mehrere Kohortenstudien weisen auf eine positive Entwicklung des Schutzverhalten hin^{14,15}. Das höhere Schutzniveau steht in einem direkten Zusammenhang mit den Sensibilisierungs- und Aufklärungsbemühungen¹².

Trotz dem ziemlich hohen Schutzniveau können bei der Begegnung zwischen Prostituierten und Freien HIV-Infektionsrisiken eintreten, nämlich dann, wenn beim Gebrauch des Präservativs Unfälle (Präservativversager) auftreten. Aus Studien geht hervor, dass zwischen einem und zwei Drittel der Prostituierten im vergangenen Monat vor der Studie ein derartiges Problem erlebt haben^{6,16,17}. Mehrere geben an, dass die Prostituierten diesem Problem häufig hilflos gegenüber stehen und nicht wissen, wie sie reagieren sollen, wenn sich derartige Vorfälle ereignen¹⁸.

Der Präservativgebrauch variiert erheblich, je nachdem ob die Sexualkontakte mit Freien oder mit einem Partner, der nicht dafür bezahlt (Freund, Ehepartner, Gelegenheitspartner etc.), stattfinden. Bei **Kontakten mit Partnern, die nicht dafür bezahlen**, schützen sich die betreffenden Frauen weit weniger gut. Der Anteil der Prostituierten, die angeben, mit ihren privaten Partnern (festen oder Gelegenheitspartnern) regelmässig Präservative zu gebrauchen, schwankt zwischen 3% und 45%^{2,4,6,9,12,16,17,19-22}. Der Grund für dieses unterschiedliche Verhalten ist gut dokumentiert. Er entsteht aus dem Bedürfnis, Arbeit und Privatleben klar voneinander zu trennen. Mit dem Präservativ kann diese Unterscheidung gemacht werden^{23,24}. Ausserdem sind Unterschiede im Schutzverhalten mit neuen und älteren Freien festzustellen, das Schutzniveau ist mit bekannten Freien eher niedriger¹².

Die überwiegende Mehrheit der Prostituierten haben Partner, die für die Sexualkontakte nicht bezahlen⁹. Es kann sich dabei um Personen handeln, welche dem HIV-Infektionsrisiko stärker ausgesetzt sind als die Durchschnittsbevölkerung (intravenös Drogenkonsumierende, Bisexuelle) oder um Personen mit HIV. Analverkehr wird zudem häufiger mit Partnern, die nicht dafür bezahlen, als mit Freien praktiziert: 15% der Prostituierten haben mit ihren Freien Analverkehr, gegenüber 31% mit ihren Partnern, die nicht dafür bezahlen⁷.

Die anhand von seit 1995 bei verschiedenen Prostituiertenkollektiven durchgeführten Studien beobachtete/gemessene HIV-Prävalenz schwankt stark. Die Spanne reicht von 0% bis 60%. Der intravenöse Drogenkonsum beeinflusst diese Rate stark (z.B. 0.8% der Prostituierten ohne intravenösem Drogenkonsum, aber 46% der Prostituierten mit intravenösem Drogenkonsum)²⁵.

Auch wenn die Seroprävalenz bei den Gruppen von Prostituierten ohne intravenösem Drogenkonsum sehr niedrig ist^{6,19,26-28}, zeigen einige Studien eine leicht steigende Tendenz, die durch den jüngsten Zustrom von sich prostituierenden Migrantinnen verursacht wurde^{7,29,30}.

Die Wahrscheinlichkeit, an einer STI zu erkranken, hängt direkt mit der Anzahl der Partner zusammen, die für die Sexualkontakte nicht bezahlen^{20,22}. Zudem stellt ein HIV-positiver Partner, der nicht für die Sexualkontakte bezahlt, den Faktor dar, der am engsten mit der Wahrscheinlichkeit einer Serokonversion verknüpft wird²⁹.

2.6.2 Schutz und Risikoexposition bei Transvestiten und Transsexuellen

Das Schutzniveau ist bei professionellen Kontakten von Transvestiten und Transsexuellen relativ hoch. Je nach Studie und Praktik schwankt das Schutzniveau zwischen 70% und 100%. Ein Drittel der Personen dieser Gruppe gibt jedoch an, im Laufe des Monats vor der Studie einen Präservativversager erlebt zu haben^{17,31}.

Zwischen den bezahlten Kontakten und den Kontakten, für welche nicht bezahlt wird, ist ein deutlicher Unterschied feststellbar. Bei Letzteren schützen sich die Befragten deutlich weniger gut: Höchstens die Hälfte aller Transsexuellen geben an, bei unbezahlten Sexualkontakten regelmässig Präservative zu gebrauchen.

Die Gruppe der Transvestiten und Transsexuellen kennzeichnet sich durch eine hohe HIV-Prävalenz aus, auch bei jenen, die keine Drogen injizieren^{17,31}. Diese hohe Prävalenz ergibt sich wahrscheinlich aus dem Zusammentreffen mehrerer Faktoren³², darunter die soziale Ausgrenzung, die Marginalisierung, die hohe HIV-Prävalenz unter den Freiern, die Häufigkeit des Analverkehrs und die recht hohe durchschnittliche Freierzahl¹³³⁻³⁵.

2.6.3 Schutz und Risikoexposition bei männlichen Sexworkern

Über das Schutz- und Risikoverhalten gegenüber HIV im Rahmen der männlichen Prostitution ist wenig bekannt. Die verfügbaren Studien behandeln vor allem die Prostitution auf der Strasse, während gemäss einer Publikation des Projektes ENPM^{a36} eine vermutliche grosse Zahl von jungen Sexworkern (MSW) in den verschiedenen europäischen Ländern in Wohnungen arbeitet.

Im Vergleich zur weiblichen Prostitution und trotz der Häufigkeit von Analverkehr legen die MSW bei ihren Sexualkontakten mit den Freiern ein weniger konsequentes Schutzverhalten an den Tag. Das Schutzniveau kann zwischen 0% in den Ländern Osteuropas und nahe der 100-Prozent-Marke anderswo schwanken. Es ist vor allem von der Art der Sexualpraktik abhängig (beim Analverkehr wird das Präservativ häufiger gebraucht als beim Oralverkehr). Extrem junges Alter und ein totaler Abhängigkeitszustand (von Kelly und al.³⁷ wird die Situation von 11-jährigen erwähnt) kennzeichnen Fälle, bei denen jeglicher Schutz fehlt. Die Migranten scheinen ebenfalls stärker gefährdet zu sein. Sie weisen ein höheres Risikoverhalten auf als die einheimischen Sexworker, dies sowohl bei bezahlten wie auch bei privaten Kontakten³⁸. Zwischen der männlichen Prostitution und dem Privatleben der MSW besteht zudem eine grosse Überlappung. Viele von ihnen haben weibliche Partner^{37,38}. Zudem schützen sich weniger als die Hälfte bei ihren nicht bezahlten Kontakten³⁸. Diese Feststellungen lassen vermuten, dass die MSW als 'Kanal' für die HIV-Übertragung in der heterosexuellen Allgemeinbevölkerung fungieren.

Studien zur HIV-Prävalenz bei den MSW sind besonders selten. Die vorherrschende Situation bezüglich der STI in dieser Bevölkerungsgruppe^{39,40} lässt eine potenziell hohe HIV-Prävalenz vermuten. Wie auch bei anderen Bevölkerungssegmenten der Sexworker beeinflusst die intravenöse Drogenabhängigkeit diese Rate deutlich. Trotzdem ist die HIV-Prävalenzrate bei den MSW ohne intravenösen Drogenkonsum deutlich höher als bei den weiblichen Prostituierten ohne intravenösen Drogenkonsum. Eine spanische Studie stellt so eine HIV-Prävalenz von 17% bei den nicht intravenös drogenkonsumierenden MSW und von 60% bei den intravenös drogenkonsumierenden MSW fest³⁸.

^a ENMP (*European Network Male Prostitution*) ist das Pendant der Projekte der Europap und Tampep für die männlichen Sexworker (MSW). Dieses Projekt verfolgt im Besonderen folgende Ziele: a) Unterstützungs-, Beratungs- und Hilfsangebot für die politisch Verantwortlichen, die Finanzinstanzen und die Anbieter von Gesundheits- und Sozialleistungen für MSW; b) Angebot von verschiedenen Gesundheits- und Sozialleistungen; c) Planung und Durchführung von Aktionen für die Prävention von HIV und anderen STI; d) Unterstützung der internationalen Kooperationsnetzwerke; e) Formulierung von Stellungnahmen und Durchführung einer Lobby-Arbeit für den Kampf gegen die Marginalisierung und die Kriminalisierung der MSW in Europa (<http://www.enmp.org>).

2.6.4 Schutz und Risikoexposition bei den Freiern

Ist es schon schwierig, etwas über die Anzahl Sexworker herauszufinden, so ist es nicht weniger schwierig, die Zahl der Freier abzuschätzen. Mehrere Umfragen bei der Bevölkerung über das Sexualverhalten^{41,42} liefern einige Hinweise, aber nur in wenigen wird das Verhalten der Freier erforscht. Die nationale, im Jahr 2000 in England bei der Allgemeinbevölkerung im Alter von 16 bis 44 Jahren durchgeführte Umfrage Natsal³ stellte fest, dass 4% der Männer im Laufe der fünf letzten Jahre für Sexualkontakte bezahlt haben (1990: 2%). Die schweizerische nationale Telefonumfrage (EPSS) von 2000⁴² beobachtete, dass 15% der Männer im Alter von 17 bis 45 Jahren mindestens einmal in ihrem Leben einen derartigen Kontakt hatten, 4% in den letzten zwölf Monaten und 2% in den letzten sechs Monaten.

Die Rolle der Prostitution als Aktivität, die bei HIV-Übertragung als Übertragungskanal dient, wurde vor allem unter dem Aspekt des Sexworkers als Infektionsherd gesehen. Bei diesen Kontakten gibt es jedoch zwei Beteiligte, einer davon ist der Freier. Die Frage, die derzeit noch offen ist: Stellt der Sexworker oder der Freier den Infektionsherd dar? Die Literatur liefert wenige Angaben über andere Risiken, denen sich die Freier aussetzen können. Als Beispiel dazu stellt eine englische Studie⁴³ fest, dass ein Drittel der Freier von weiblichen Prostituierten zugleich auch Sexualkontakte mit Männern hat.

Mit der Ausnahme einer in Russland durchgeführten Studie⁴⁴, wo der Schutz inexistent war, stellen die berücksichtigten Studien^b ziemlich hohe Raten für den konsequenten Präservativgebrauch fest: Sie bewegen sich zwischen 56% und 100%. In der Telefonumfrage EPSS wird für die Schweiz ein Schutzniveau von 92% angegeben. Einige Gruppen von Freiern werden als gefährdeter angesehen; dabei handelt es sich um Migranten²⁸, Personen mit einem eher tiefen Bildungsniveau⁴⁵, Kunden der Strassenprostitution^{46,47} und solche, welche weibliche Prostituierte aufsuchen, die in ihrer eigenen Wohnung oder als *Escort Girls* arbeiten⁴⁷. In diesen beiden letzten Kategorien ist das Schutzniveau niedriger, wenn der Freier die Prostituierte bereits kennt. Es wird zudem erwähnt, dass häufigere bezahlte Sexualkontakte und diese mit Vorliebe mit bekannten Prostituierten mit einer höheren Risikoexposition einher geht⁴⁶.

Einige Angaben zum Verhalten der Freier liefert die Evaluation des Schweizer Projektes Don Juan⁴⁸. Von den Männern, die einem Gespräch zugestimmt haben, wurden 18% durch die Präventionsfachleute als 'Risikofreier' eingestuft. Ihre Sexualkontakte sind jedoch nicht alle in jedem Fall risikoreich. Diese variieren je nach sexueller Praktik und sind auch häufig abhängig von der mehr oder weniger grossen Familiarität mit der Prostituierten (niedrigeres Schutzniveau mit einer bekannten Prostituierten). Die aus den Fragebogen gewonnenen Ergebnisse liefern einen vergleichbaren Anteil von Freiern, die bei ihren Sexualkontakten, für welche sie bezahlten, nicht konsequent ein Präservativ benützten (15%). Eine einzige, 1992 in Schottland durchgeführte Studie erwähnt die Rate der Präservativversager: 14% beim letzten bezahlten Sexualkontakt⁴⁶.

Die Sexualkontakte, welche die Freier ausserhalb der Prostitution haben, weisen nicht dasselbe Schutzniveau auf. Dieses kann auch je nach Partnertyp schwanken. Das Schutzniveau ist bei Kontakten mit dem festen Partner niedriger als mit Gelegenheitspartnern⁴³. In ihrer Studie weisen Graaf und al.⁴⁷ darauf hin, dass durch die 10% der Freier, die bezahlte und zugleich ungeschützte private Sexualkontakte haben, die Entstehung eines Übertragungskanals zwischen Prostitution und Allgemeinbevölkerung möglich geworden ist.

^a *Natsal: National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles* (britische Nationalumfrage).

^b Aufgrund der Seltenheit der Studien wurde die veröffentlichte Literatur seit 1990 berücksichtigt. Daraus entstand eine Verzerrung, da die früheren Kenntnisse über die Epidemie sich sehr vom heutigen Stand unterscheiden.

2.6.5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<p>■ Alles weist darauf hin, dass das Prostitutionsmilieu sich eher ausdehnt und diversifiziert denn zurückgeht. Hier gibt es jedoch noch viele graue Zonen. Auf lokaler Ebene ist nur ein Teil der <i>Settings</i> bekannt. Die (nationale und internationale) Mobilität der Sexworker stellt ein wichtiger Faktor dar. Über die Freier ist besonders wenig bekannt.</p>	<p>⇒ Die Kenntnisse über dieses Phänomen müssen vertieft werden:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Auf lokaler Ebene muss das Informationssystem (Datenerhebung) systematisiert und koordiniert werden;▪ die lokal zusammengetragenen Informationen müssen auf nationaler Ebene konsolidiert werden;▪ europaweit ist eine Beteiligung an den bestehenden Informationssystemen erforderlich (Europap/Tampep^a), was gegenwärtig noch nicht der Fall ist;▪ über die Freier, die als Übertragungsgruppe dienen, muss vermehrt und verstärkt Dokumentationsmaterial zusammengetragen werden.
<p>■ Die Prostitution ist eine risikoreiche Aktivität. Sexworker sind einer Vielzahl von potenziell gesundheitsgefährdenden (im weitesten Sinne) Situationen ausgesetzt. Einige gesetzliche Bestimmungen sowie verschiedene Massnahmen im Namen der öffentlichen Ordnung tragen dazu bei, dass sich die Bedingungen für die Ausübung der Prostitution verschlechtern, da sie die Sexworker in den Untergrund oder in rechtsfreie Zonen treiben, in denen das Risiko, Gewalt ausgesetzt zu sein, höher ist. Die illegalen Migranten unter den Sexworkern sind besonders stark betroffen, da sie von ihrem sozialen Umfeld abgeschnitten sind und meistens keinen Zugang zu den Massnahmen im Gesundheits- und Sozialbereich haben.</p>	<p>⇒ Die Arbeitsbedingungen der Sexworker sollten verbessert werden.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Politiker und Fachleute aus Gesundheits- und Sozialwesen müssen eine Zusammenarbeit aufbauen, die Vertrauen erweckt, die Rechte eines jeden respektiert und auf die maximale Begrenzung der Risiken, denen die Sexworker ausgesetzt sind, bedacht ist.▪ Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) könnte die Initiative ergreifen für den Zusammenschluss der Plattformen für den interdisziplinären Meinungs- und Erfahrungsaustausch – offen für Fachleute aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, für Polizeikräfte und für politische und juristische Kreise –, dem Beispiel folgend, was im Drogen- und Suchtbereich bereits geleistet wurde.
<p>■ In der Regel ist das Schutzniveau bei den bezahlten Sexualkontakten der Sexworker (Frauen, Männer, Transvestiten und Transsexuelle) eher hoch. Die festgestellten Mängel beim Schutz gegen die STI sind in erster Linie mit dem von den Freiern ausgeübten Druck – in der Regel finanzieller Art, aber manchmal auch begleitet von Drohungen oder körperlicher Gewalt – in Zusammenhang zu bringen. Sexualkontakte mit Partnern, die nicht dafür zahlen (in einigen Fällen mit bekannten Freiern), weisen ein deutlich niedrigeres Schutzniveau auf und können Praktiken beinhalten, die ein höheres Risiko der HIV-Übertragung beinhalten.</p>	<p>⇒ Die Bemühungen zur Verbesserung der Kenntnisse der Sexworker über die Risiken und den Schutz müssen verstärkt werden. Insbesondere sollen die weniger gut erreichbaren Kategorien von Sexworkern angesprochen werden.</p> <p>⇒ Es müssen Vorkehrungen getroffen werden, damit die Sexworker Zugang zu Gesundheits- und Sozialleistungen, die ihrer Situation angepasst sind (Art der angetroffenen Probleme, keine moralischen Werturteile seitens der Fachleute, angepasste Öffnungszeiten und Lokalitäten, Abgabe von Schutzmaterial und Beratung für dessen Gebrauch).</p>

^a Länderübergreifende Koordinationsbestimmungen, von der Europäischen Kommission unterstützt mit dem Ziel, das Gesundheit und das Wohlbefinden der Prostituierten zu fördern (vgl. Fussnote a, Seite 57).

Bibliographie

- 1 Meystre-Agustoni G. Populations particulières pour la prévention du VIH/sida : les travailleuses et les travailleurs du sexe. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- 2 Chaplinskas S, Mardh PA. Characteristics of Vilnius street prostitutes. *Int J STD AIDS* 2001;12(3):176-80. Available at: URL: PM:11231871.
- 3 Kjaer SK, Svare EI, Worm AM, Walboomers JM, Meijer CJ, van den Brule AJ. Human papillomavirus infection in Danish female sex workers. Decreasing prevalence with age despite continuously high sexual activity. *Sex Transm Dis* 2000;27(8):438-45. Available at: URL: PM:10987448.
- 4 Church S, Grogan K, Watts S, et al. HIV risk exposure and sexual health of female sex workers in contact with outreach services. [Abstract] 11th World AIDS Conference, Vancouver 1996; Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 5 Izdebski Z, Boron-Kaczmarska A. New prostitution phenomena in Poland. [Abstract] 12th World AIDS Conference, Geneva 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 6 Clavo P, Belza MJ, Sanchez F, et al. Prevalence of STD, HIV and hepatitis markers, and risk behaviour in immigrant female sex workers in Madrid. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se/>.
- 7 Spina M, Mancuso S, Sinicco A, Vaccher E, Traina C, Di Fabrizio N, de Lalla F, Tirelli U. Human immunodeficiency virus seroprevalence and condom use among female sex workers in Italy. *Sex Transm Dis* 1998;25(9):451-4. Available at: URL: PM:9800254.
- 8 Dubois-Arber F, Jeannin A, Benninghoff F, Moreau-Gruet F, Spencer B. HIV/Aids: Zunehmendes Risikoverhalten? Das Prinzip der Vorsicht soll gelten. *BAG Bulletin* 2003;8:128-32.
- 9 Tchoudomirova K, Domeika M, Mardh PA. Demographic data on prostitutes from Bulgaria: A recruitment country for international (migratory) prostitutes. *Int J STD AIDS* 1997;8(3):187-91. Available at: URL: PM:9089030.
- 10 Lowndes CM, Rhodes T, Judd A, et al. Female injection drug users who practise sex work in Togliatti City, Russian Federation: HIV prevalence and risk behaviour. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 11 Raita CS. HIV/sexual transmitted Infections prevention among women who sell sex. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 12 Babyyan K. Armenia: Reducing sexually transmitted infections among CSWS. *Entre Nous: The European magazine for sexual and reproductive health* 2002;53:14.
- 13 Agacfidan A, Chow JM, Pashazade H, Ozarmagan G, Badur S. Screening of sex workers in Turkey for Chlamydia trachomatis. *Sex Transm Dis* 1997;24(10):573-5. Available at: URL: PM:9383845.
- 14 Fennema JS, van Ameijden EJ, Coutinho RA, Van Den HA. Clinical sexually transmitted diseases among human immunodeficiency virus-infected and noninfected drug-using prostitutes. Associated factors and interpretation of trends, 1986 to 1994. *Sex Transm Dis* 1997;24(6):363-71. Available at: URL: PM:9243745.
- 15 Garcia DLH, Fernandez GE, Hernandez-Aguado I, Vioque J. [Changes in condom use among a cohort of prostitutes]. *Gac Sanit* 2001;15(3):209-16. Available at: URL: PM:11423024.
- 16 Ward H, Day S, Weber J. Risky business: health and safety in the sex industry over a 9 year period. *Sex Transm Infect* 1999;75(5):340-3.
- 17 Verster A, Davoli M, Camposeragna A, Valeri C, Perucci CA. Prevalence of HIV infection and risk behaviour among street prostitutes in Rome, 1997-1998. *AIDS Care* 2001;13(3):367-72. Available at: URL: PM:11397338.

- 18 Giuliani P. Prévention du sida dans le commerce du sexe en Suisse : femmes au pieds nus : 1999. Zurich: Aide suisse contre le sida; 2000.
- 19 Pickton L, Campbell T. An HIV and sexual health needs assessment of female commercial sex workers (CSWs) in a suburban London low HIV prevalence area; a pilot study. [Abstract] 12th World AIDS Conference, Geneva 1998; Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 20 Ward H, Day S, Mezzone J, Dunlop L, Donegan C, Farrar S, Whitaker L, Harris JR, Miller DL. Prostitution and risk of HIV: female prostitutes in London (see comments). *Br Med J* 1993;307(6900):356-8.
- 21 Spina M, Tirelli U. Condom use in female sex workers in Italy. *Am J Public Health* 1999;89(1):108. Available at: URL: PM:9987479.
- 22 Alary M, Worm AM, Kvinesdal B. Risk behaviours for HIV infection and sexually transmitted diseases among female sex workers from Copenhagen. *Int J STD AIDS* 1994;5(5):365-7. Available at: URL: PM:7819358.
- 23 Estebanez P, Fitch K, Najera R. HIV and female sex workers. *Bull World Health Organ* 1993;71(3-4):397-412. Available at: URL: PM:8324860.
- 24 McKeganey NP. Prostitution and HIV: what do we know and where might research be targeted in the future? [comment]. *AIDS* 1994;8(9):1215-26.
- 25 Ballesteros J, Clavo P, Castilla J, Rodriguez C, Belza MJ, Jerez N, Sanz S, del Romero J. Low seroincidence and decrease in seroprevalence of HIV among female prostitutes in Madrid. *AIDS* 1999;13(9):1143-4. Available at: URL: PM:10397548.
- 26 Gras MJ, van der HT, Schenk R, van Doornum GJ, Coutinho RA, van den Hoek JA. Inverted question mark HIV infection and risk behaviour among prostitutes in the Amsterdam streetwalkers' district; indications of raised prevalence of HIV among transvestites / transsexuals]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141(25):1238-41. Available at: URL: PM:9232986.
- 27 Anonymous. [HIV seroprevalence in patients seen at sexually-transmitted disease and family planning centers in Spain, 1995-1996]. *Rev Esp Salud Publica* 1999;73(1):25-34. Available at: URL: PM:10224878.
- 28 van Haastrecht HJ, Fennema JS, Coutinho RA, van der Helm TC, Kint JA, van den Hoek JA. HIV prevalence and risk behaviour among prostitutes and clients in Amsterdam: migrants at increased risk for HIV infection. *Genitourin Med* 1993;69(4):251-6. Available at: URL: PM:7721282.
- 29 Estebanez Estebanez P, Rodriguez Arenas MA, Ramon P, et al. New HIV vulnerability characteristics within women sex workers in Spain. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se/>.
- 30 Rodríguez-Arenas MA, Ramón P, Rodrigo Alvaro J, et al. The importance of migration on prostitution and HIV/AIDS in Spain in the last year. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 31 Belza MJ, Llacer A, Mora R, de la FL, Castilla J, Noguera I, Canellas S. [Social characteristics and risk behaviors for HIV in a group of transvestites and male transsexuals engaging in street prostitution]. *Gac Sanit* 2000;14(5):330-7. Available at: URL: PM:11187450.
- 32 McKeganey NP. Prostitution and HIV: what do we know and where might research be targeted in the future? *AIDS* 1994;8(9):1215-26. Available at: URL: PM:7802974.
- 33 Spizzichino L, Zaccarelli M, Rezza G, Ippolito G, Antinori A, Gattari P. HIV infection among foreign transsexual sex workers in Rome: prevalence, behavior patterns, and seroconversion rates. *Sex Transm Dis* 2001;28(7):405-11. Available at: URL: PM:11460025.
- 34 Spizzichino L, Zaccarelli M, Venezia S, et al. HIV infection and related behaviour among Columbian female, male, and transsexual sex workers in Rome. [Abstract] 12th World AIDS Conference, Geneva 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se>.

- 35 Gattari P, Speziale D, Grillo R, Cattani P, Zaccarelli M, Spizzichino L, Valenzi C. Syphilis serology among transvestite prostitutes attending an HIV unit in Rome, Italy. *Eur J Epidemiol* 1994;10(6):683-6.
- 36 Schiffer K. European Network Male Prostitution (ENMP). [Abstract] 12th World AIDS Conference, Geneva 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 37 Kelly JA, Amirkhanian YA, McAuliffe TL, Dyatlov RV, Granskaya J, Borodkina OI, Kukharsky AA, Kozlov AP. HIV risk behavior and risk-related characteristics of young Russian men who exchange sex for money or valuables from other men. *AIDS Educ Prev* 2001;13(2):175-88. Available at: URL: PM:11398961.
- 38 Belza MJ, Llacer A, Mora R, Morales M, Castilla J, de la FL. Sociodemographic characteristics and HIV risk behaviour patterns of male sex workers in Madrid, Spain. *AIDS Care* 2001;13(5):677-82. Available at: URL: PM:11571014.
- 39 Wright MT. Male sex workers: determining prevention needs and estimating total numbers using a combination of methods. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se/>.
- 40 Tomlinson DR, Hillman RJ, Harris JR, Taylor-Robinson D. Screening for sexually transmitted disease in London-based male prostitutes. *Genitourin Med* 1991;67(2):103-6. Available at: URL: PM:2032701.
- 41 Johnson AM, Mercer CH, Erens B, Copas AJ, McManus S, Wellings K, et al. Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours. *Lancet* 2001;358(9296):1835-42. Available at: URL: PM:11741621.
- 42 Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP). Enquête téléphonique périodique pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse (EPSS). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- 43 Day S, Ward H. Sex workers and the control of sexually transmitted disease. *Genitourin Med* 1997;73(3):161-8. Available at: URL: PM:9306894.
- 44 Scherbakov S. Study of dangerous behavioral patterns in teenage boy sex workers and their clients in St. Petersburg. [Abstract] 12th World AIDS Conference, Geneva 1998; Available at: URL: www.ias.se.
- 45 de Graaf R, van Zessen G, Vanwesenbeeck I, Straver CJ, Visser JH. Condom use by Dutch men with commercial heterosexual contacts: determinants and considerations. *AIDS Educ Prev* 1997;9(5):411-23. Available at: URL: PM:9391657.
- 46 Barnard MA, McKeganey NP, Leyland AH. Risk behaviours among male clients of female prostitutes. *Br Med J* 1993;307(6900):361-2.
- 47 de Graaf R, van Zessen G, Vanwesenbeeck I, Straver CJ, Visser JH. Segmentation of heterosexual prostitution into various forms: a barrier to the potential transmission of HIV. *AIDS Care* 1996;8(4):417-31. Available at: URL: PM:8863913.
- 48 Kern D. Don Juan : éducation en face-à-face des clients de prostituées : un projet de prévention du VIH/sida pour les consommateurs de sexe : rapport d'évaluation. Strasbourg: [s.n.]; 1999.

2.7 MENSCHEN MIT HIV/AIDS

In diesem Kapitel werden die HIV-positiven Personen behandelt, welche ihren HIV-Status kennen. Da diese grundsätzlich über die Risiken informiert sind, die sie für andere darstellen können, sollten sie verantwortungsbewusst handeln. So wird von ihnen erwartet, dass sie sich bei ihren Sexualkontakten konsequent schützen und die Empfehlungen bezüglich Injektionsmaterial und -modalitäten befolgen, wenn sie Betäubungsmittel konsumieren. Wie die Wirklichkeit aussieht, zeigen drei in der Schweiz durchgeführte Studien, die dieser Fragestellung nachgehen:

1. Die periodische Befragung der MSM^a befasst sich mit der Entwicklung des Sexualverhaltens von Männern, die Sex mit anderen Männern haben (siehe Kapitel 2.3). Diese Befragung wurde mehrmals durchgeführt (1987¹, 1990², 1992³, 1994⁴, 1997⁵ und 2000⁶).
2. Ziel der in den NSE^b durchgeführten Befragung ist es, die Merkmale von Drogenkonsumenten zu ermitteln, welche die niederschweligen Einrichtungen aufsuchen. In diesem Zusammenhang werden insbesondere Fragen zum Risikoverhalten der Drogenkonsumenten und ihren Massnahmen zum Schutz vor HIV gestellt (siehe Kapitel 2.4). Auch diese Befragung wurde mehrmals durchgeführt (1993, 1994, 1996 und 2000⁷⁻⁹).
3. Die Schweizerische HIV-Kohortenstudie (SHCS) befasst sich mit einer Kohorte HIV-positiver Personen über 16 Jahren. Sie wird in sieben Schweizer Spitälern durchgeführt (so in den fünf Universitätsspitalern). Alle sechs Monate beantworten die Patienten einen Fragebogen, der in Anwesenheit eines Pflegers ausgefüllt wird und seit April 2000 Fragen zur sexuellen Aktivität und zum Schutzverhalten vor HIV/Aids¹⁰ beinhaltet.

Zwei Studien qualitativer Art zeigen ausserdem, wie Menschen mit HIV ihre Situation als infizierte und potenziell ansteckende Personen erleben. Sie zeigen auch, mit welchen Problemen diese in ihrem Beziehungs- und Sexualleben besonders zu kämpfen haben. Diese Informationen liefern einige Erklärungen darüber, welche Risiken eingegangen werden und in welchem Kontext dies geschieht.

1. Die 1997 durchgeführte Studie zur Sexualität von Menschen mit HIV/Aids befasste sich mit den Problemen im Zusammenhang mit ihrer Sexualität, der Art, wie diese erlebt werden, ihrer Auswirkung auf die Prävention der HIV-Übertragung sowie den Modalitäten für eine Betreuung, welche die Sexualität HIV-positiver Personen und ihrer Partner besser berücksichtigt¹¹.
2. Mit der 2001 durchgeführten Studie zum Geheimnis, das HIV/Aids umgibt, sollten die von den HIV-positiven Personen genannten Gründe untersucht werden, welche diese zum Verschweigen ihres HIV-Status veranlassen. Es sollte gezeigt werden, welche Probleme die Wahrung dieses Geheimnisses mit sich bringt und welche Vor- und Nachteile – insbesondere was den Zugang zu Hilfs- und Unterstützungsleistungen betrifft – damit verbunden sind¹².

2.7.1 Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)

82% der 918 MSM, welche im Jahr 2000 den Fragebogen beantworteten, waren mindestens einmal in ihrem Leben getestet worden. 11% waren HIV-positiv und 1% gab den HIV-Status nicht an.

Die HIV-positiven MSM hatten im Schnitt eine grössere Partnerzahl als die HIV-negativen und diejenigen, die nicht getestet worden waren. Über die Hälfte der im Jahr 2000 befragten HIV-positiven MSM (51%) gab an, in den vergangenen zwölf Monaten über zehn Partner gehabt zu haben. Bei den HIV-negativen Männern war dies lediglich bei 37% und bei den ungetesteten Personen bei 23% der Fall. Die HIV-positiven MSM zeigten ausserdem ein risikoreicheres Sexualverhalten als die HIV-negativen Männer. Während nur 14% der HIV-positiven Befragten in den letzten zwölf Monaten vor der Umfrage keinen Analverkehr gehabt hatten, waren es bei den HIV-negativen Personen 30% und bei den ungetesteten Antwortenden 49%.

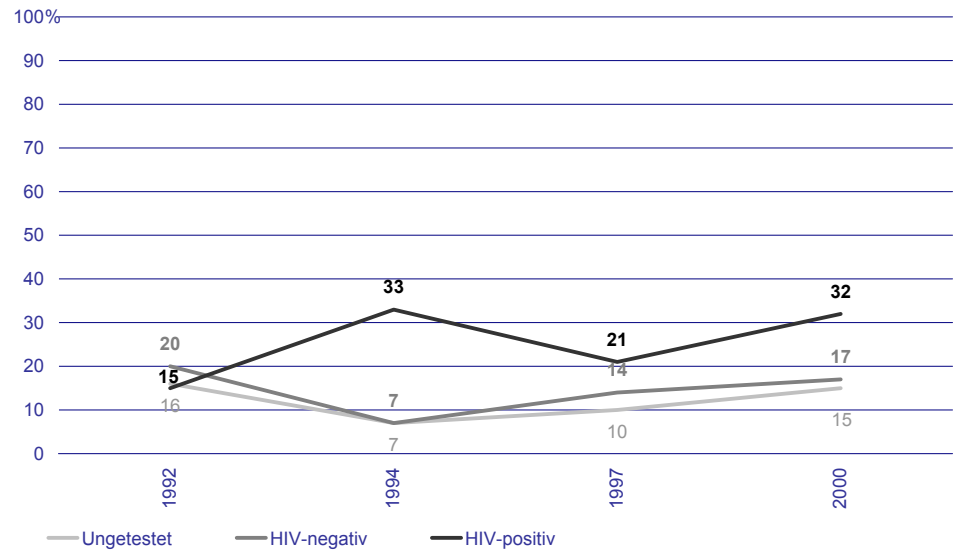
Das Präventivverhalten der HIV-positiven MSM mit ihren Gelegenheitspartnern unterschied sich deutlich von demjenigen, das die HIV-negativen oder die ungetesteten Männer von sich berichten. Während 32% der HIV-positiven Männer in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung risiko-

^a MSM: Männer, die Sex mit Männern haben.

^b NSE: niederschwellige Einrichtungen.

reiche Analkontakte gehabt hatten, waren es bei den HIV-negativen Männern nur 17% und bei den ungetesteten nur 15%. Nach einer zeitweisen Verbesserung ist diese Zahl in den letzten Jahren tendenziell wieder am Steigen (Abbildung 2.17).

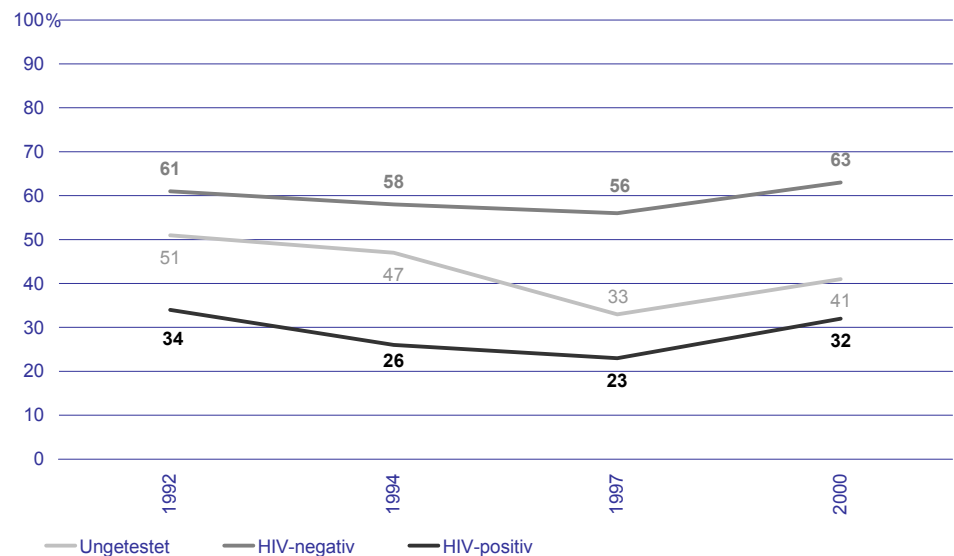
Abbildung 2.17 MSM: Analverkehr mit Gelegenheitspartnern ohne konsequenten Gebrauch von Präservativen, nach HIV-Status der Antwortenden (in%).



IUMSP/UEPP

Die unter Berücksichtigung des HIV-Status der Antwortenden erstellte Abbildung 2.18 zeigt hingegen, dass die HIV-positiven MSM mit ihrem festen Partner weniger häufig ungeschützten Analverkehr hatten als die HIV-negativen oder die ungetesteten Männer.

Abbildung 2.18 MSM: Analverkehr mit dem festen Partner ohne konsequenten Präservativgebrauch, nach HIV-Status der Antwortenden (in%).



IUMSP/UEPP

Bei den Paaren gibt es einen Zusammenhang zwischen der Strategie zum Schutz vor Aids und dem HIV-Status der Partner. Während alle Paare mit übereinstimmendem HIV-Status Analverkehr hatten, verzichteten 32% der Paare mit unterschiedlichem HIV-Status auf solche Praktiken. Ferner schützten sich die Paare mit übereinstimmendem HIV-Status bei solchen Sexualkontakten deutlich weniger systematisch als die Paare mit unterschiedlichem HIV-Status (44% beziehungsweise 83% geben einen konsequenten Präservativgebrauch an).

2.7.2 Drogenabhängige

Die im Jahr 2000 in den NSEa durchgeführte Befragung umfasste eine Gruppe von 924 Personen, deren Verhalten im Zusammenhang mit HIV entsprechend den Modalitäten bei der Übertragung des Virus untersucht wurde (intravenöse Drogeninjektion und sexuelle Übertragung).

Die überwiegende Mehrzahl der Drogenkonsumenten (94%) wurde mindestens einmal auf HIV getestet (70% davon im Jahr vor der Befragung). Bei 11% fiel der Test positiv aus. Drei von vier Antwortenden (77%) wurden ausserdem auf Hepatitis C getestet, wobei das Testresultat bei 59% positiv ausfiel. Die HCV-Prävalenz war bei den Drogenabhängigen, die auch mit dem HIV-Virus infiziert waren, grösser als bei den nicht infizierten Personen (87% gegenüber 55%).

Bei den soziodemografischen Variablen unterschieden sich die HIV-positiven Drogenabhängigen nur hinsichtlich ihrer beruflichen Aktivität. Während 5% der HIV-positiven Personen einen Beruf ausübte, waren es bei den HIV-negativen 15%.

Eine Minderheit der im Jahr 2000 befragten HIV-positiven Drogenkonsumenten hatte in den sechs Monaten vor der Studie Injektionsmaterial ausgetauscht. Während 5% dieses an andere Personen weitergegeben hatten, hatten 16% bereits benutztes Injektionsmaterial verwendet. Der HIV-Status der Drogenkonsumenten ergab dabei keine signifikanten Unterschiede im Verhalten (Tabelle 2.9).

Der Schutz bei Sexualkontakten hängt von der Art des Partners ab. Bei Kontakten mit Gelegenheitspartnern schützten sich die Befragten besser als bei denjenigen mit dem festen Partner. 83% der HIV-positiven Benutzer niederschwelliger Einrichtungen gingen mit Gelegenheitspartnern kein Risiko ein, einiges weniger, nämlich 71%, taten dies auch bei ihrem festen Partner. Das Schutzniveau hängt auch vom HIV-Status ab: So schützten sich HIV-positive Drogenabhängige mit ihrem festen Partner deutlich besser, als dies bei den HIV-negativen Drogenabhängigen der Fall war. Dieser Unterschied liess sich – wenn auch weniger ausgeprägt – auch bei den Gelegenheitskontakten feststellen. Hingegen waren die Sexualkontakte, welche die HIV-positiven drogenabhängigen Prostituierten mit ihren Kunden hatten, nur sehr unzureichend geschützt. So verwendete lediglich die Hälfte der Prostituierten bei ihren bezahlten Kontakten regelmässig Präservative. Anders war die Situation bei den HIV-negativen

^a NSE: niederschwellige Einrichtungen.

^b Hepatitis C Virus.

^c Die Untersuchung zeigt, dass es für das Schutzniveau in Beziehungen mit dem festen Partner sowohl bei den HIV-positiven als auch bei den HIV-negativen Personen keinen grossen Unterschied macht, ob der Partner selber drogenabhängig ist oder nicht.

^d 67% der HIV-positiven und 44% der HIV-negativen drogenabhängigen Frauen hatten sich bereits prostituiert. 20% beziehungsweise 18% hatten dies in den letzten sechs Monaten getan.

^e Angesichts der geringen Zahl der HIV-positiven drogenabhängigen Frauen, welche sich in den letzten sechs Monaten vor der Studie prostituierten, ist dieser Unterschied nicht signifikant. Es handelt sich vielmehr um eine Tendenz.

Drogenabhängigen. Diese tendierten vielmehr dazu, noch konsequenter Präservative zu verwenden, wenn sie sich prostituieren (Tabelle 2.9).

Tabelle 2.9 Intravenöser Drogenkonsum: Risikoexposition/Schutz in den vergangenen sechs Monaten vor der Studie (2000), nach HIV-Status der Antwortenden in%

	HIV+	HIV-
Konsequenter Schutz mit festem Partner	71	25
Konsequenter Schutz mit Gelegenheitspartnern	83	71
Konsequenter Schutz bei der Prostitution ^e	*50	**94
Verwendung von Injektionsmaterial anderer Personen	16	11
Weitergabe des Injektionsmaterials an andere	5	9

* n = 6 ** n = 32
IUMSP/UEPP

Bei den HIV-positiven Drogenkonsumenten hat sich das Verhalten bei Sexualkontakten mit Gelegenheitspartnern seit 1993 nicht nennenswert verändert (89% im Jahr 1993 beziehungsweise 83% in den Jahren 1996 und 2000). Der Schutz in festen Partnerschaften erreichte wieder sein ursprüngliches Niveau (68% im Jahr 1993, 57% im Jahr 1996 und 71% im Jahr 2000).

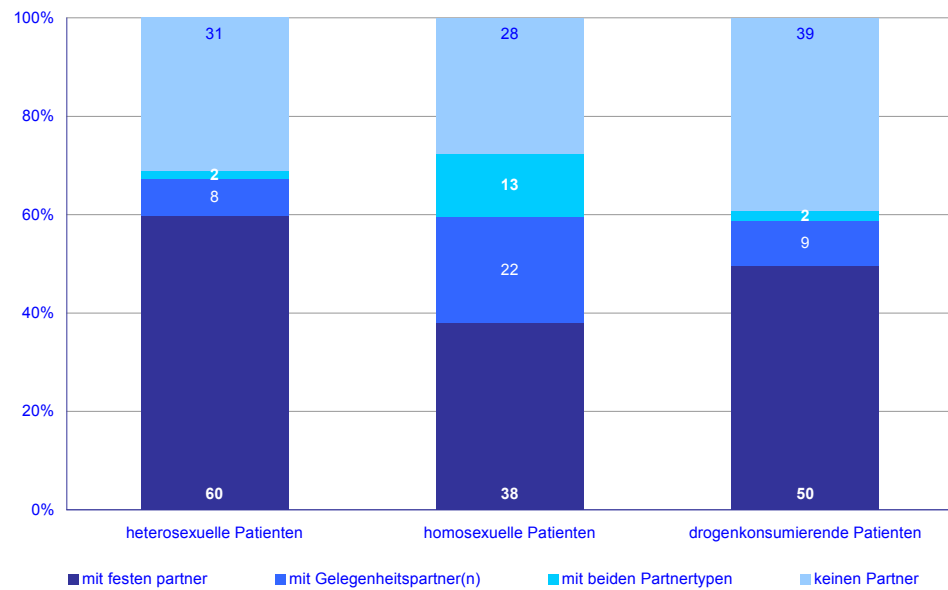
2.7.3 Die Swiss HIV Cohort Study¹⁰

Der Fragebogen, der Fragen zur sexuellen Aktivität und zum Schutzverhalten umfasste, wurde von 4723 Menschen mit HIV/Aids ausgefüllt (bei 95% davon wurde zwischen dem 1. April 2000 und dem 31. März 2001 eine Follow-up-Visite durchgeführt). Dieses Kollektiv umfasste 70% männliche Patienten. Es bestand aus drei in Bezug auf die HIV-Übertragungswege etwa gleich grosse Gruppen: 28% intravenöse Drogenkonsumenten, 33% durch heterosexuelle Übertragung angesteckte Personen und 35% MSM^a. In der im Anhang angefügten Tabelle 6.2 sind die wichtigsten Merkmale dieser Bevölkerungsgruppe aufgeführt. Unter den Personen, welche den Fragebogen nicht beantworteten, gab es überdurchschnittlich viele Drogenkonsumenten.

Die meisten Patienten führten ein aktives Liebes- und Sexualleben. In den sechs Monaten vor der Beantwortung des Fragebogens hatten 55% aller Befragten einen festen Partner, 19% einen oder mehrere Gelegenheitspartner und 6% beides. Die Patienten, die auf heterosexuellem Weg infiziert worden waren, pflegten etwas häufiger feste Beziehungen als die intravenösen Drogenkonsumenten und die MSM. Letztere hatten hingegen viel häufiger Sexualkontakte mit Gelegenheitspartnern oder mit beiden Partnertypen (Abbildung 2.19).

^a Für 4% der Patienten liegen keine Angaben vor.

Abbildung 2.19 Swiss HIV Cohort Study (SHCS): Sexuelle Aktivität in den letzten sechs Monaten vor der Studie, nach Übertragungsgruppe (2000-2001)



Quelle: Swiss HIV Cohort Study (SHCS)¹⁰

Bezogen auf sämtliche Personen, die einen bzw. mehrere oder keinen Partner hatten, erklärten vier von fünf Befragten (81%), sie hätten in den letzten sechs Monaten vor der Befragung systematisch geschützte Kontakte (oder gar keine Sexualkontakte) gehabt. Hingegen gaben 12% an, sie hätten auch ungeschützte Sexualkontakte gehabt; die restlichen 7% wollten sich zu dieser Frage nicht äussern.

Hinsichtlich dem Gebrauch von Präservativen zeigt die Tabelle 2.10, dass sich die bei heterosexuellen Beziehungen oder bei ihrem Drogenkonsum infizierten Patienten mit Gelegenheitspartnern viel konsequenter schützten als bei Kontakten mit dem festen Partner. Für die homosexuellen Patienten traf dies nicht zu; ihr Schutzverhalten ändert sich nicht je nach Partnertyp. Diese Feststellungen stimmen mit denen überein, die sich aus den beiden in diesem Kapitel vorgängig vorgestellten Studien ergeben.

Tabelle 2.10 Swiss HIV Cohort Study (SHCS): Anteil der Patienten, welche in den vergangenen sechs Monaten vor der Studie konsequent geschützte Sexualkontakte hatten, nach Übertragungsgruppen

	heterosexuelle Patienten	drogenabhängige Patienten	homosexuelle Patienten
Regelmässiger Präservativgebrauch mit festen Partnern	76	70	81
Regelmässiger Präservativgebrauch mit Gelegenheitspartnern	87	86	86

Quelle: Persönliche Mitteilung der Swiss HIV Cohort Study (SHCS)

Von allen Übertragungsgruppen unterhielten die MSM in den letzten sechs Monaten vor der Studie am häufigsten gleichzeitige Beziehungen zu festen und zu Gelegenheitspartnern (13%). Bei den

heterosexuellen und den drogenabhängigen Männern lag die Rate unter 2%. Die MSM, welche beide Typen von Partnern hatten, schützten sich in 50% der Kontakte. Es ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen heterosexuellen und drogenabhängigen Männern.

Die Wahrscheinlichkeit, dass jemand in den sechs Monaten vor der Befragung ungeschützte Sexualkontakte hatte, war bei den Personen mit intravenösem Drogenkonsum höher als bei den übrigen Übertragungsgruppen. Eine höhere Wahrscheinlichkeit ergab sich auch für die Personen, die nicht aus dem Kaukasus stammen, und solchen aus dem Kaukasus, für die Personen mit HIV-positivem Partner gegenüber denjenigen mit HIV-negativem Partner oder unbekanntem Status und für diejenigen mit Gelegenheitspartnern gegenüber denen, welche keine derartigen Gelegenheitskontakte hatten. Hingegen war die Wahrscheinlichkeit bei Männern, über vierzigjährigen Personen sowie Alleinstehenden geringer.

Die Tatsache, dass jemand ungeschützte Sexualkontakte hat, steht in keinem Zusammenhang damit, dass der Betreffende sich in einer hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) befindet, eine nicht nachweisbare Viruslast aufweist oder dass bei ihm Aids diagnostiziert worden ist¹⁰.

2.7.4 Betrachtung der Gründe für den fehlenden Schutz

Während die oben angeführten Daten zu einer negativen Beurteilung der Haltung HIV-positiver Personen gegenüber den Empfehlungen^{11,12} in Sachen Schutzverhalten führen könnten, zeigen die im Rahmen der beiden qualitativen Studien gemachten Beobachtungen, unter welchen Bedingungen es zu gewissen Problemen im Zusammenhang mit dem Schutz kommt. Insbesondere lassen sie die HIV-positiven Personen als Individuen erscheinen, welche widersprüchliche Anforderungen miteinander zu vereinbaren versuchen.

Das Wissen um die eigene HIV-Positivität verändert im Allgemeinen auch das Bild von sich selbst. Dies ist insbesondere auf die sozialen Vorstellungen über HIV/Aids und die infizierten Personen zurückzuführen. Diese Eindrücke werden oft durch die abweisenden Reaktionen seitens des Partners (oder der potenziellen Partner) gegenüber den HIV-positiven Personen bestätigt. Das Eingestehen der eigenen HIV-Positivität erhält bei der Suche und der Pflege einer Liebesbeziehung eine ganz besondere Bedeutung. Viele HIV-positive Personen sind der Ansicht, bereits das Beharren auf Schutzmassnahmen könne auf ihre Situation aufmerksam machen und der eben erst entstehenden Beziehung ein Ende bereiten. Aus diesem Grund kann der Verzicht auf die Verwendung von Präservativen die einzige Möglichkeit bieten, sein 'Ich' zu retten und sich in einem wichtigen Bereich des Soziallebens vor Frustration und wiederholten Niederlagen zu schützen. Bei bereits bestehenden Partnerschaften kann der Verzicht auf Schutzmassnahmen aus einem Bedürfnis nach Nähe sowie der Vorstellung entstehen, nur dank dieser «Normalisierung» der sexuellen Aktivität ('Normalisierung' im Vergleich zu den vorherrschenden sozialen Modellen) könne man den Partner dauerhaft an sich binden.

2.7.5 Internationale Vergleiche

Die vor kurzem durchgeführten Studien zum Risikoverhalten von Menschen mit HIV bestätigen die in der Schweiz gemachten Feststellungen. Desquilbet u.a.¹³, welche diesen Verhaltenstyp als ungeschützten Sexualkontakt mit einem Partner mit negativem oder unbekanntem HIV-Serostatus definieren, stellen in der französischen Kohorte HIV-positiver Personen seit kurzem einen Anstieg des Risikoverhaltens mit Gelegenheitspartnern (sämtliche Übertragungsarten zusammengenommen) fest. Im Zeitraum 2001-2002 betrug der Anteil ungeschützter Sexualkontakte mit Gelegenheitspartnern auf 21%, während es bei den festen Partnern nur 6.5% waren. Aus einer Untersuchung, welche Miller u.a.¹⁴ an einer Kohorte HIV-positiver französischer Patienten in einer hochaktiven antiretroviralen Therapie durchgeführt haben, ging hervor, dass die Wahrscheinlichkeit

eines Risikokontaktes bei Homosexuellen dreimal höher ist als bei Heterosexuellen. In einer in den USA durchgeführten Studie stellten Erbeling u.a.¹⁵ fest, dass 58% des untersuchten Kollektivs (sämtliche Übertragungsarten zusammengenommen) in den drei Monaten vor der Studie sexuell aktiv waren. 7.4% der Befragten hatten mehrere Partner und 34.6% verzichteten bei ihrem letzten Sexualkontakt auf den Gebrauch von Präservativen. Ebenfalls in den Vereinigten Staaten stellten Marks u.a.¹⁶ fest, dass 25% der männlichen HIV-positiven Patienten (homo-, hetero- oder bisexuell), welche ambulant behandelt wurden, mit ihrem letzten Sexualpartner mit negativem oder unbekanntem HIV-Serostatus ungeschützte Sexualkontakte hatten.

Ganz allgemein stellten die Autoren, die das Problem untersuchten, keinen Zusammenhang zwischen dem Umstand, dass sich jemand in einer HAART-Therapie^a befand, dem Ausmass der Viruslast und der Tatsache, dass der Betreffende ungeschützter Sexualkontakte hat, fest^{13,14}. DiClemente u.a.¹⁷ fanden hingegen heraus, dass die Tatsache, dass sich jemand in einer HAART-Therapie befindet, bei den heterosexuellen Patienten in keinem Zusammenhang mit dem Anstieg ungeschützter Sexualkontakte stand, wohl jedoch bei den Männern mit homosexuellen Beziehungen. Bei letzteren waren diese Behandlungen mit einem unregelmässigen oder nicht konsequenten Schutz verbunden.

2.7.6 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<p>■ Die heterosexuellen und drogenabhängigen Menschen mit HIV haben mehrheitlich feste Partner. Bei dieser Art von Beziehung ist der Schutz jedoch weniger konsequent. Bei den Homosexuellen – welche dafür bekannt sind, dass sie mehr Partner haben – bestehen bei beiden Partnertypen keine Unterschiede in Bezug auf den Schutz.</p> <p>Vergleicht man HIV-positive und HIV-negative homosexuelle und drogenabhängige Personen ergeben sich Unterschiede in Bezug auf den konsequenten Gebrauch von Präservativen mit Gelegenheitspartnern. Während die HIV-positiven Drogenabhängigen sich bei Sexualkontakten besser schützen als die HIV-negativen, ist die Situation bei den Homosexuellen genau umgekehrt.</p> <p>Ein vermutlich grosser Anteil der HIV-positiven drogenabhängigen Prostituierten hat mit ihren Kunden Risikokontakte. Diese Tatsache weist auf die weiterhin bestehende Nachfrage nach ungeschützten Sexualkontakten hin. Dies erfolgt in einem Umfeld, das geprägt ist von einer Situation der Notwendigkeit, unzureichenden Verhandlungsfähigkeiten, unterschwelliger oder offenkundiger Gewalt und zugleich dem Gefühl, nichts zu verlieren zu haben (die HIV-negativen drogenabhängigen Prostituierten haben viel öfter konsequent geschützte Beziehungen).</p>	<p>⇒ Auf Schutzmassnahmen zu verzichten oder seinen Serostatus zu verschweigen ist oft Ausdruck von Unbehagen sowie der Angst der Infizierten vor Zurückweisung. Diese Probleme müssen im Rahmen des Counsellings systematisch und regelmässig angegangen werden, damit die Prävention bei den betreffenden Personen verstärkt werden kann und ihnen bestmöglich dabei geholfen wird, die mit ihrem Status verbundenen psychoaffektiven Probleme zu überwinden.</p> <p>⇒ Die Ärzte und andere mit der Betreuung HIV-positiver Personen betrauter Personen müssen für die Probleme affektiver und sexueller Art sensibilisiert werden, mit denen HIV-positive Personen konfrontiert werden. Sie müssen in der Lage sein, diesen entsprechend zu helfen und sie zu beraten.</p>

^a HAART: hochaktive antiretrovirale Therapien.

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<p>Obwohl es sich bei den infizierten Personen, welche bei ihren Sexualkontakten nicht konsequent Präservative verwenden, um eine Minderheit handelt, ist diese keineswegs vernachlässigbar. So wurde die – seit 2001 – im Ziel 7 des nationalen Programms angestrebte Zahl von 90% sich schützender Menschen mit HIV nicht erreicht. Das Infektionspotenzial, das diese Minderheit darstellt, gibt Anlass zur Sorge, da das Risikoverhalten oftmals bei Personen anzutreffen ist, welche eine Vielzahl von Partnern haben oder deren HIV- Status nicht kennen. Lücken hinsichtlich dem Schutzverhalten festzustellen, ist das eine – zu verstehen, warum gewisse Personen Risiken in Kauf nehmen oder andere Risiken eingehen lassen, das andere. Das Treffen von Massnahmen für ein vermehrtes Schutzverhalten basiert aber gerade auf diesem Verständnis.</p>	
<p>■ Die innerhalb der Bevölkerungsgruppe der HIV-positiven Personen gemachten Feststellungen zeigen im Übrigen bei einer eingehenden Betrachtung, dass es eine recht grosse Anzahl – a priori nicht infizierter – Personen gibt, welche bei ihren Sexualkontakten bewusst Risiken eingehen.</p>	<p>⇒ Es ist notwendig, dass die Informationskampagnen und die Verbreitung von Empfehlungen weitergeführt werden, die an die persönliche Verantwortung, unabhängig vom eigenen HIV-Status unter allen Umständen Präservative zu benutzen, appellieren.</p>

Bibliographie

- 1 Dubois-Arber F. Evaluation des campagnes de prévention contre le sida en Suisse: rapport de l'étude 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. Les homosexuels: étude 1990. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1991. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 52.8).
- 3 Gruet F, Dubois-Arber F. Les homosexuels: étude 1992. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 82.8).
- 4 Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F. Les hommes aimant d'autres hommes: étude 1994. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 120.5).
- 5 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agostoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. Evaluation der AIDS-Präventionsstrategie in der Schweiz: Sechster zusammenfassender Bericht 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999.
- 6 Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F, Jeannin A. HIV/AIDS-related prevention behaviors among men having sex with other men in Switzerland, 1992-2000: a recent downturn? (in submission).
- 7 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, editors. AIDS in Europe: The behavioural aspect. Report of the Conference AIDS in Europe, the behavioural aspect, Berlin 26-29.9.1994. Berlin: Sigma; 1995. p. 183-90.
- 8 Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse. Revue Epidemiol Sante Publique 1998;46:205-17.

- 9 Benninghoff F, Morency P, Geense R, Huissoud T, Dubois-Arber F. Health and social trends among drug users attending needle exchange programmes in Switzerland (1994 to 2000). (in submission).
- 10 Wolf K, Young J, Rickenbach M, Vernazza P, Flepp M, Furrer H, et al. Prevalence of unsafe sexual behaviour among HIV-infected individuals: The Swiss HIV Cohort Study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;33(4):494-9.
- 11 Meystre-Agostoni G, Thomas R, Häusermann M, Chollet-Bornand A, Dubois-Arber F, Spencer B. La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998. (Raisons de santé, 17).
- 12 Godenzi A, Mellini L, De Puy J. Le secret autour du VIH/sida. Fribourg: Université de Fribourg; 2003.
- 13 Desquilbet L, Deveau C, Goujard C, Hubert JB, Derouineau J, Meyer L. Increase in at-risk sexual behaviour among HIV-1-infected patients followed in the French PRIMO cohort. *AIDS* 2002;16(17):2329-33. Available at: URL: PM:12441806.
- 14 Miller M, Meyer L, Boufassa F, Persoz A, Sarr A, Robain M, Spira A. Sexual behavior changes and protease inhibitor therapy. SEROCO Study Group. *AIDS* 2000;14(4):F33-F39.
- 15 Erbeding EJ, Stanton D, Quinn TC, Rompalo A. Behavioral and biologic evidence of persistent high-risk behavior in an HIV primary care population. *AIDS* 2000;14(3):297-301.
- 16 Marks G, Crepaz N. HIV-positive men's sexual practices in the context of self-disclosure of HIV status. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001;27(1):79-85. Available at: URL: PM:11404524.
- 17 DiClemente RJ, Funkhouser E, Wingood G, Fawal H, Holmberg SD, Vermund SH. Protease inhibitor combination therapy and decreased condom use among gay men. *South Med J* 2002;95(4):421-5. Available at: URL: PM:11958240.

2.8 MIGRANTEN

Wir verfügen über keine quantitativen Daten aus neuerer Zeit für die in der Schweiz lebenden Migranten. Die bei der Allgemeinbevölkerung durchgeführten Telefonumfragen (EPSS) über die Verhaltensweisen erlauben es aber immerhin, die Personen schweizerischer Herkunft von denjenigen ausländischer Herkunft zu unterscheiden; zudem werden auch allfällige Unterschiede erwähnt (vgl. 2.1 Epidemiologie).

In den früheren Evaluationsphasen wurde den Kenntnissen und dem Verhaltensweisen der Migranten im Zusammenhang mit HIV/Aids besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Im Jahr 1988¹ führte man bei den afrikanischen Gemeinschaften in der Westschweiz eine explorative Studie durch, 1994² folgte eine weitere in der Gemeinschaft der Tamilen. Es wurde jedoch – wie dies auch im Rahmen der Präventionsstrategie geschah – der Entscheid getroffen, den grössten Migrantengruppen in der Schweiz den Vorrang zu geben: Spanier, Portugiesen, Türken sowie Asylsuchende³. Denn es gilt vor allen Dingen, den zahlenmässig grössten Migrantenpopulationen in unserem Land sowie den besonders anfälligen Neuankömmlinge einen gleichberechtigten Zugang zur Prävention sicherzustellen. Diese Migrantengruppen bildeten die Zielgruppe eines besonderen Programms, das jedoch im Jahr 2001^a gestoppt wurde. Die bei der spanischen, portugiesischen und türkischen Gemeinschaft durchgeführten Studien haben gezeigt, dass das Informationsniveau und das Präventivverhalten in der Mitte der 1990er Jahre⁴ mit demjenigen der Schweizer Bevölkerung vergleichbar waren. Bei den Diskussionen um die Schwerpunkte der Evaluation für den Zeitraum 2000-2004 wollte das

^a Dieses Programm wurde 2002 in einer anderen Form wieder aufgenommen, jedoch mit einer anderen Ausrichtung (siehe. Abschnitt Migranten des Kapitels Bestimmte Zielgruppen 3.4.11).

Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Umfragen bei diesen Gemeinschaften nicht wiederholen und auch keine neue vorsehen, da ein Rapid Assessment der Situation der Migranten aus der Sub-Sahara geplant war. Denn angesichts der steigenden Zahl von Neuinfektionen in der aus Sub-Sahara-Afrika stammenden Bevölkerungsgruppe (vgl. 2.1) hatte das BAG im Jahr 2000 ein Rapid Assessment der Situation in dieser Population in Auftrag gegeben, das als Grundlage für einen Interventionsplan für diese Gemeinschaften dienen sollte⁵.

Diese Studie deckte als Erstes auf, wie ausgesprochen heterogen die untersuchte Population ist. Mit Hilfe der Untersuchung konnten zudem die bestehenden Netzwerke ermittelt werden, auf denen man sich für die Einführung einer präventiven Interventionsstrategie stützen könnte. Zudem zeigte sie auch auf, wie anfällig diese Bevölkerungsgruppen auf Stigmatisierungsrisiken sind. Schliesslich ging daraus ebenfalls hervor, dass die mit Krankheit im Allgemeinen und mit HIV/Aids im Besonderen verbundenen Vorstellungen ganz unterschiedlich sind und dass es den Angehörigen der untersuchten Population schwer fällt, über Sexualität und die gesellschaftlichen Geschlechterbeziehungen zu sprechen. Diese Merkmale machen diese Population zu einer besonders vulnerablen Gruppe, bei der zudem der Zugang zur Information und zur Betreuung ungenügend ist.

Das Ziel dieser qualitativen Studie bestand nicht darin, eine genaue, mit Zahlen unterlegte Bestandesaufnahme der Kenntnisse und Verhaltensweisen zu erstellen, sondern die Situation in groben Zügen zu skizzieren; aus ihr konnten jedoch Anhaltspunkte für die Intervention gewonnen werden. In der Studie wurde unter anderem empfohlen, den Informations- und Erfahrungsaustausch mit anderen betroffenen Ländern in Europa zu fördern.

2.8.1 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<p>■ Es besteht noch ein erheblicher Mangel an neueren Angaben über die Situation der verschiedenen Migrantengruppen in der Schweiz in Zusammenhang mit HIV/Aids (Kenntnisse, Meinungen, Verhaltensweisen, soziale und kulturelle Aspekte der Sexualität, Zugang zur Prävention, zur Früherkennung, zur Betreuung und Behandlung usw.).</p>	<p>⇒ Die Forschungsarbeiten und die Umfragen in diesem Bereich sollten wieder aufgenommen werden.</p> <p>⇒ Man sollte sich den Zugang zu diesen Bevölkerungsgruppen im Rahmen des Pilotprogramms für die Migranten aus der Sub-Sahara zunutze machen, um durch damit verknüpfte Forschungsarbeiten Daten zu erheben (vor allem über die Kenntnisse, Meinungen, Verhaltensweisen usw.).</p>

Bibliographie

- 1 Fleury F. Les migrants. Rapport final 1988. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1989. (Cah Rech Doc IUMSP).
- 2 Samuel-Mertens E, Ospina S. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: phase 6, 1993-1994. Rapid assessment for HIV/AIDS intervention strategies among the Sri Lankan Tamil community in Switzerland and guidelines planning intervention activities for AIDS prevention among new foreign communities in Switzerland. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1994. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 82.12).
- 3 Haour-Knipe M, Fleury F, Dubois-Arber F. HIV/AIDS prevention for migrants and ethnic minorities: three phases of evaluation. Soc Sci Med 1999;49(10):1357-72.
- 4 Haour-Knipe M, Fleury F, Ciompi P, Dubois-Arber F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse, phase 6, 1993-1995. Evaluation du programme de prévention contre le sida auprès des populations

étrangères en Suisse: étude 1994-1995. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 120.7).

- 5 Zuppinger B, Kopp C, Wicker HR. Plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne. Berne: Institut d'ethnologie, Université de Berne; 2000.

2.9 ÜBERWACHUNG DER 2. GENERATION

2.9.1 Einführung

Das Monitoring der Prozess- und Resultatsindikatoren der HIV/Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz war von Anfang an Bestandteil der Reaktion der Schweiz auf die Epidemie, insbesondere im Rahmen der Globalevaluation, die eingerichtet wurde¹⁹. Der Wille, dieses Monitoring langfristig weiterzuführen, wird im Nationalen HIV-/Aids-Programm des Bundesamtes für Gesundheit ganz klar zum Ausdruck gebracht¹⁰.

Im Rahmen der 7. Phase der Globalevaluation hat die UEPP vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) den Auftrag erhalten, ein Überwachungs- und Monitoringsystem für die Schweiz^a vorzuschlagen, und zwar unter Berücksichtigung der Empfehlungen der UNAIDS^b für die Systeme der zweiten Generation^c. Dieses System sollte in der Lage sein, die Evaluation der Aids-Bekämpfungsstrategie langfristig zu sichern und die fortlaufenden und periodischen Elemente dieser Evaluation zu bestimmen. Diese Studie ist gegenwärtig (Juni 2003) noch in Gang.

Die Überwachungssysteme der zweiten Generation umfassen eine Überwachung des Serostatus, der Epidemiologie und der Verhaltensweisen. Sie stellen eine Verbesserung und Erweiterung der hauptsächlich auf die Beobachtung (Nachkontrolle) der serologischen und epidemiologischen Daten basierenden Systeme dar, indem sie diese mit einer Datenerhebung über die Verhaltensweisen ergänzen.

2.9.2 Aktuelle Situation des Monitorings der Prozess- und Resultatsindikatoren im Hinblick auf ein Überwachungssystem der zweiten Generation

Das Monitoring der Prozess- und Resultatsindikatoren der HIV/Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz erfolgt gegenwärtig im Rahmen der Globalevaluation der Präventionsstrategie und zählt zu deren Hauptaufgaben. Das Monitoringsystem wurde im Jahr 1987 eingerichtet und hat sich von seinem Grundkonzept her seitdem nur wenig verändert. Dieses System umfasst übrigens auch Daten, die ausserhalb der Evaluation gesammelt werden, wie etwa die Daten des Überwachungssystem für HIV und andere STT^d, Daten aus der Studie über die Gesundheit der Jugendlichen usw.

Die Überwachung der Aids-Fälle, der HIV-Infektionen und der anderen STI-Fälle wird vom BAG¹¹ sichergestellt und basiert auf drei Quellen: Die Meldungen der positiven Resultate der Suchtests

^a Nach der Klassifikation von UNAIDS ist die Schweiz ein Land mit konzentrierter Epidemie (vgl. Anhang 6.5.1 «Die drei verschiedenen Niveaus der Epidemie nach der Klassifikation UNAIDS/WHO»).

^b Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (das gemeinsame HIV/AIDS-Programm der vereinigten Nationen).

^c Die Ziele dieser Systeme und die Empfehlungen der UNAIDS sind im Anhang «Anhang zu Kapitel 2.9: Hin zu einem Überwachungssystem der zweiten Generation zusammengefasst».

^d *Sexually Transmitted Infections* (sexuell übertragbare Infektionen).

durch die Bestätigungslabors, die von den behandelnden Ärzten erstellten Ergänzungsmeldungen und die von den anonymen Teststellen gelieferten Daten.

Tabelle 2.11 zeigt die wesentlichen Elemente des Teils 'Monitoring' der Globalevaluation.

Tabelle 2.11 Wesentliche Elemente des derzeit in der Evaluation eingeschlossenen Monitorings

Monitoring	Elemente	Periodizität	Seit	Derzeitige Zuständigkeit
Prozesse	Aktivitäten der Stop-Aids-Kampagne	F	1987	IUMSP/UEPP
	Follow-up von bestimmten Aspekten der Umsetzung der HIV-/Aids-Bekämpfungsstrategie	*	1987	IUMSP/UEPP
	Monitoring der Spritzenabgabe in den niederschweligen Einrichtungen	F	1994	IUMSP/UEPP
Ergebnisse	Epidemiologische Überwachung (HIV und Aids, Hepatiden, STI)	F	1981**	BAG
	Umfragen bei der Allgemeinbevölkerung	P	1987	IUMSP/UEPP
	Umfragen bei Untergruppen der Bevölkerung mit riskanten Verhaltensweisen (Drogenkonsumenten, MSM)	P	1987 MSM 1995 Drog.	IUMSP/UEPP
	Umfragen bei anderen, für die Prävention wichtigen Zielgruppen (Jugendliche, Migranten uns.)	W	1988	IUMSP/UEPP IUMSP/GRSA
	Präservativabsatz	F	1986	IUMSP/UEPP
Umfeld	Einstellungen gegenüber der Epidemie und der Menschen mit HIV (Fragen sind in den Umfragen bei der Allgemeinbevölkerung eingeschlossen)	P	1987	IUMSP/UEPP

Anmerkungen: F: fortlaufend; P: periodisch gezielt für das Monitoring; W: wiederholt

* besteht aus einer Reihe von Studien, verwendet derzeit keine Indikatoren

** für Aids

IUMSP/UEPP

Die wichtigsten Studien, die bisher im Rahmen der Globalevaluation durchgeführt worden sind oder für die aktuelle Evaluationsphase noch in Gang sind werden in Tabelle 2.11 beschrieben; eine Zusammenfassung ihrer Merkmale ist in den Tabellen im Anhang zu finden 6.1.2.

Das bestehende Konzept für die Evaluation der Ergebnisse – welches die Überwachung der Epidemiologie, die Überwachung des Verhaltens und zusätzliche relevante Daten in sich vereint – entspricht der Definition eines sogenannten HIV-/Aids-Überwachungssystems 'der 2. Generation' gemäss der Definition der UNAIDS und der Weltgesundheitsorganisation WHO¹² (vgl. Anhang 6.5.2). Es ist zudem weitgehend kompatibel mit den internationalen Empfehlungen, vor allem jenen bezüglich dem Monitoring und der Evaluation¹³, den Umfragen zum Verhaltensmonitoring¹⁴ und der Überwachung der STI¹⁵.

Diese Empfehlungen legen den Schwerpunkt auf die Überwachung der Epidemiologie und des Verhaltens und auf die Ergebnisse der als Reaktion auf die Epidemie unternommenen Massnahmen.

Die Überprüfung der Prozesselemente dieser Reaktion ist hingegen relativ nebensächlich, im Gegensatz zum schweizerischen Konzept, das seinen Nutzen erwiesen hat^{4,16}.

2.9.3 Die Herausforderungen im Hinblick auf ein System der zweiten Generation

- Im Grossen und Ganzen sind die im Hinblick auf ein Überwachungs- und Monitoringsystem der zweiten Generation benötigten Informationen bereits im derzeitigen System vorhanden. Die Herausforderungen auf mittlere und auf lange Sicht betreffen die Definition der notwendigen Komponenten des Systems, die Konsolidierung der institutionellen Verankerung dieser Instrumente, die Reaktion auf die sich abzeichnenden Lücken in der Abdeckung und die komplette Abstimmung des Überwachungssystem auf die Standards der Systeme der zweiten Generation.
- Es ist durchaus möglich, dass das Überwachungssystem durch die Kürzung der für die Prävention bestimmten Gelder, mit denen dieses derzeit finanziert wird, betroffen sein wird. Aus diesem Grund wird **die erste Aufgabe darin bestehen, Prioritäten für die erforderliche Information zur Evaluation und zur Durchführung der HIV/Aids-Strategie festzulegen**. Man kann drei Optionen in Betracht ziehen:
 - Eine optimale Möglichkeit, welche die Weiterführung der meisten Elemente des derzeitigen Überwachungs- und Monitoringsystem für die Verhaltensweisen bieten würde, vor allem die periodischen Umfragen in der Allgemeinbevölkerung, die wiederholten Umfragen bei den Drogenkonsumenten, den MSM und den Migranten sowie die Kontrolle des Präservativmarktes.
 - Ein Mittelweg bestände in einer reduzierten Version des heutigen Systems, wobei für die verschiedenen Instrumente der gleiche institutionelle Rahmen verwendet würde; die Kürzung würde hauptsächlich den Fragebogen der Umfrage in der Allgemeinbevölkerung betreffen, dessen Kosten proportional zur Länge wachsen, was bei den anderen Instrumenten sehr viel weniger der Fall ist.
 - Eine Minimalversion, reduziert auf das strikte Minimum, bei der gewisse Elemente an andere Institutionen übertragen würden. Man zieht hier beispielsweise an einen Transfer gewisser Elemente der Umfragen bei der Allgemeinbevölkerung an die vom Bundesamt für Statistik durchgeführten Schweizerischen Gesundheitsbefragung; an die Durchführung von Omnibus-Umfragen^a für das Monitoring gewisser Indikatoren für das Verhalten und die Einstellungen; an die Einfügung von Fragen über die Verhaltensweisen in gewisse Routinestatistiken im Drogenbereich wie die Therapieeintritte; und die Selbstevaluation durch die Akteure für die Kontrolle der Prozesse.
- **Die zweite Herausforderung besteht in der institutionellen Verankerung der Instrumente zur Datenerhebung und Datenanalyse.** Ausserhalb der im Rahmen der Evaluation finanzierten Studien hat sich ein Teil des gegenwärtigen Systems der Datensammlung auf der Basis von informellen Kooperationen entwickelt. Diese Formen der Zusammenarbeit können sich jedoch als fragil erweisen: Die verwendeten Fragebögen und anderen Instrumente können sich

^a Es handelt sich um Umfragen, die von den Befragungsinstituten regelmässig wiederholt werden; diese fassen Fragemodule zusammen, die von mehreren Kunden stammen, wodurch die Kosten gesenkt werden.

ändern, aus durchaus gerechtfertigten Gründen, wodurch womöglich wichtige Informationen für die Evaluation verloren gehen^a. Daher müssen Mittel und Wege gefunden werden, um diese Kooperationen zu festigen, etwa indem sie offiziell gemacht werden und/oder indem ein Teil der Finanzierung übernommen wird, um die langfristige Verfügbarkeit der Informationen zu sichern.

- **Die dritte, eher technische Herausforderung, betrifft die Verbesserung der Abdeckung ihrer jeweiligen Zielgruppen durch die Monitoringinstrumente und Instrumente zur Beobachtung des Verhaltens.** Hier denken wir insbesondere an die Umfrage bei der Allgemeinbevölkerung (EPSS): Abdeckung der Haushalte ohne festen Telefonanschluss; an die MSM-Umfrage: Abdeckung der jungen Homosexuellen; und an das Monitoring der Spritzenabgabe in den NSE^b: Zunahme der Anzahl der beteiligten NSE. Hinzu kommt die Erhebung von zuverlässigen und repräsentativen Daten bei den schwer zu erreichenden Bevölkerungsgruppen, die bisher noch nicht untersucht worden sind, vor allem die weiblichen und männlichen Sexworker.
- **Die letzte Herausforderung wird schliesslich darin bestehen, das gegenwärtige Informationssystem umfassender an die Standards der Überwachungssysteme der 2. Generation anzupassen.** Derzeit besteht kein leistungsfähiges HIV-Überwachungssystem bei den Gruppen mit hoher Prävalenz (die bei den Drogenkonsumenten und den MSM gesammelten Informationen betreffen die berichtete HIV-Positivität) und ebenso wenig bei den schwangeren Frauen. Doch angesichts der Qualität der im bestehenden System verfügbaren Informationen stellen diese Lücken in der gegenwärtigen epidemiologischen Situation kein massgebliches Problem dar, könnten sich jedoch bei einem nicht sektoriellen Anstieg der Seroprävalenz in der Gesamtbevölkerung zu einem entwickeln.

Bibliographie

- 1 Somaini B, Billo N, Dubois JA, Staub R. Epidemiology and prevention of AIDS in the population (German). *Soz Praventivmed* 1988;33(7):340-4.
- 2 Somaini B. Epidemiologie und Praevention von AIDS. *Soz Praventivmed* 1992;37:64-72.
- 3 Bauer G, Cassis I, Gutzwiller F, Somaini B, Stutz Steiger T, Twisselmann W, et al. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les problèmes liés au SIDA, editors. *Prévention du VIH en Suisse*. Liebefeld: Office fédéral de la santé publique; 1993.
- 4 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B. Long term global evaluation of a national AIDS prevention strategy: the case of Switzerland. *AIDS* 1999;13:2571-82.
- 5 Dubois-Arber F. Evaluation des campagnes de prévention contre le sida en Suisse: rapport de l'étude homosexuels, novembre 1987. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1988. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 23.6).

^a Ein Beispiel aus jüngerer Zeit betrifft das Weglassen von einigen Indikatoren für das Sexualverhalten bei Jugendlichen in der SMASH-Studie von 2002, die sich in den früheren Evaluationsphasen als nützlich erwiesen hatten.

^b Niederschwellige Einrichtungen.

- 6 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Gruet F, Paccaud F. Evaluation der Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen: Vierter Zusammenfassender Bericht 1991-1992. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no 82a).
- 7 Hausser D, Zimmermann E, Dubois-Arber F. Assessing AIDS prevention in Switzerland. In: Paccaud F, Vader JP, Gutzwiller F, editors. Assessing AIDS prevention. Basel: Birkhäuser; 1992. p. 116-122.
- 8 Hausser D, Lehmann P, Dubois F. Evaluation des campagnes nationales de prévention contre le SIDA: modèle d'analyse. *Soz Praventivmed* 1987;32:207-9.
- 9 Hausser D, Zimmermann E, Dubois-Arber F. Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz: Dritter zusammenfassender Bericht, 1989/1990. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1991. (Cah Rech Doc IUMSP, no 52).
- 10 Somaini B, Twisselmann W, Ferber T, Schlegel F. HIV und Aids: nationales Programm 1999-2003. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 1999.
- 11 Bundesamt für Gesundheit. Instrumente des Bundesamtes für Gesundheitswesen zum HIV-Monitoring in der Schweiz. *BAG Bulletin* 1991;(18):256-60.
- 12 UNAIDS/WHO - Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines for Second generation HIV Surveillance. Geneva: UNAIDS/WHO; 2000. Available at: URL:<http://www.unaids.org>.
- 13 UNAIDS. National AIDS programmes: A guide to monitoring and evaluation. Geneva: UNAIDS/WHO; 2000.
- 14 Amon J, Brown T, Hogle J, Magnant R, Mills S, Pisani E, et al. Behavioral surveillance surveys (BSS): guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV. *Family Health International*; 2000. Available at URL:<http://www.fhi.org/en/Publications/index.htm>.
- 15 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), World health organization (WHO). Guidelines for Sexually Transmitted Infections Surveillance. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); World Health Organization (WHO); 1999.
- 16 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. Evaluation der AIDS-Präventionsstrategie in der Schweiz: Sechster zusammenfassender Bericht 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999.

3 DIE UMSETZUNG DES NATIONALEN HIV/AIDS-PROGRAMMS 1999-2003

Der zweite Teil des Berichts befasst sich mit der Art und Weise, wie das Programm 1999-2003 umgesetzt wird und sich in die Kontinuität der bis anhin geführten Strategie einfügt.

Die wichtigsten Fragen, welche die Evaluation zu beantworten sucht, sind Folgende:

- Wie ist der Stand der Umsetzung des nationalen HIV/Aids Programms?
- Wie entwickelt sich die Zusammenarbeit zwischen Bund und den verschiedenen Akteuren, die in die Strategie zur Bekämpfung von HIV/Aids in der Schweiz eingebunden sind (Kantone, NGOs, Fachleute usw.) ?
- Entwickeln sich die Aktivitäten in allen Bereichen den Programmzielen entsprechend? Geschieht dies auf ausgewogene Weise?
- Gibt es Elemente, welche die Nachhaltigkeit und Qualität der Interventionen sichern?
- Waren die Zwischenziele des Programms zutreffend und erreichbar, sollten sie verändert werden? Inwieweit wurden sie erreicht (Meilensteine, Outputs)?

Weitere, spezifischere Fragen in Verbindung mit den für diese Evaluationsphase definierten Prioritäten betreffen:

- **Die Rolle des praktizierenden Arztes^a:**
 - Erfüllen die Ärzte die Rolle, welche das nationale Programm bei der Prävention durch individuelle Beratung von ihnen erwartet? Lassen sich Veränderungen zu den Erkenntnissen von 1990 und 1995 beobachten?
 - Wie sind die Intensität und die Qualität ihrer Interventionen beschaffen? Handelt es sich dabei um ein dauerhaftes Engagement?
 - Welchen Platz nehmen die Hausärzte und die Fachärzte bei der Betreuung von Menschen mit HIV/Aids ein?
 - Entspricht die Betreuung den Bedürfnissen von Menschen mit HIV?
- **Sexualunterricht und HIV/Aids-Prävention an Schulen in den Kantonen:**
 - Welchen Platz hat die Aids-Prävention im Sexualunterricht? Welche Reichweite (Abdeckung) hat dieser Unterricht?
 - Auf welchen Rechtsgrundlagen und administrativen Grundlagen basiert dieser Unterricht?
 - Wie werden die HIV/Aids-Prävention und der Sexualunterricht an den Schulen konzipiert und organisiert (Inhalt, Ausbildung der Fachleute, verwendetes Material)?
 - Welche Merkmale, Vor- und Nachteile haben die verschiedenen Organisationsmodelle?
 - Ist die Nachhaltigkeit der Aids-Prävention an Schulen gewährleistet?

^a Einen Beitrag zu den Aktivitäten, die auf der 3. Präventionsebene laufen, zeigen.

- **Aktivitäten oder Programme für bestimmte Zielgruppen (Drogenkonsumierende, Jugendliche, insbesondere junge MSM^a, weibliche und männliche Sexworker, Menschen mit HIV):**
 - Welchen Umfang und welche Reichweite haben die Aktivitäten zur Verringerung der HIV/Aids- und Hepatitisrisiken (Drogenkonsumierende)?
 - Wie wird die Prävention bei anderen spezifischen Zielgruppen organisiert? Welche Reichweite haben diese Aktivitäten?
 - Welche Bedürfnisse haben Menschen mit HIV/Aids (Prävention, Behandlung, Alltag)? Sind die Informationen über diese Bedürfnisse vollständig? Wo bestehen Informationslücken?

3.1 KURZER ÜBERBLICK ÜBER DIE UMSETZUNG DES NATIONALEN HIV/AIDS-PROGRAMMS 1999-2003

Eine erste ausführliche Bestandesaufnahme¹ der Umsetzung der Strategie zur Bekämpfung von Aids in der Schweiz, 1999 umbenannt in nationales HIV/Aids-Programm 1999-2003², wurde 2001 vorgenommen. Anschliessend folgt eine kurze, auf den neusten Stand gebrachte und nach Bereichen präsentierte Bilanz der Ziele dieses Programms^b.

Dieses Programm definiert 14 nationale Ziele, die in 6 Bereiche aufgeteilt sind: Gesundheitsförderung (3 Ziele), Prävention (5 Ziele), Therapie und Diagnostik (1 Ziel), Beratung und Unterstützung von HIV-positiven Personen (1 Ziel), Wissensentwicklung und Kompetenztransfer (3 Ziele), Qualität (1 Ziel). Jedes Ziel wird von Meilensteinen für seine Realisierung und von einer Bestimmung der für deren Umsetzung zuständigen Instanzen begleitet.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und seine Partner müssen die 1989³ und 1993⁴ formulierte Strategie auf den neusten Stand bringen und sie in einer Form präsentieren, welche eine Nachkontrolle erlaubt (Ziele und Meilensteine). Dieses Vorgehen erlaubt es, die Entwicklungen seit der Einführung der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) zu berücksichtigen und eine aktive Absprache zwischen den Akteuren zu erreichen. Das Programm ändert jedoch die bereits gewählten und bestätigten Ausrichtungen nicht, sondern gibt dem Ganzen einen leicht abweichenden Rahmen:

- Es bekräftigt die Grundwerte und die Strategie.
- Es fügt neue Kapitel hinzu, die sich explizit auf die Gesundheitsförderung, auf die Wissensentwicklung und den Kompetenztransfer und auf die Qualität beziehen.
- Es räumt dem Vulnerabilitätskonzept (bei dem von einer Vulnerabilität ausgegangen wird) mehr Platz ein – kaum operationell, aber sehr zweckdienlich, wenn man von der Bedeutung ausgeht (es existieren in der Tat Ungleichheiten hinsichtlich dem Risiko und dem Zugang zu Prävention und Behandlung, die es zu beheben gilt).
- Es misst der Förderung der Selbstständigkeit von Menschen mit HIV sowie den verschiedenen, mit den Therapien verbundenen Problemen eine grosse Bedeutung zu.

^a MSM: Männer, die Sex mit Männern haben.

^b Die genaue Auflistung der Ziele und Meilensteine ist in Anhang 6.6 zu finden.

Eine strenge Auslegung der Zielerreichung dieses Programms würde es somit nicht erlauben, die Tatsache zu berücksichtigen, dass es das ihm vorausgegangene Aids-Programm weiterführt. Ein Teil der Ziele wurde dank der zuvor unternommenen Aktivitäten womöglich teilweise bereits erreicht und die Meilensteine waren in den meisten Fällen die Fortsetzung bestehender Aktionen.

Im Bereich der **Gesundheitsförderung (Ziele 1-3)** wurden drei Hauptthemen definiert:

- Verringerung der in den Gesetzestexten vorhandenen Ungleichheiten im Zusammenhang mit der Krankheit, dem Berufsleben und der Sozialversicherungen;
- Selbstbestimmung, Eigen- und Kollektivverantwortung im Gesundheitsbereich;
- Erstellen eines Bedürfniskataloges von Menschen mit HIV mit dem Ziel, ihre Lebensqualität zu verbessern.

Im Hinblick auf die Ungerechtigkeiten wurden Bilanzen und Vorstudien erstellt, die für das weitere Vorgehen notwendig waren^{5,6}. Im Auftrag des BAG und der Gesundheitsförderung Schweiz hat die Aidshilfe Schweiz (AHS) in Zusammenarbeit mit neunzehn Selbsthilfegruppen eine Studie über Diskriminierungen kranker und behinderter Personen durchgeführt⁷. Daraus entstand ein Massnahmenkatalog zur Verhinderung von Diskriminierungen. Im Jahr 2002 führten die AHS und 16 weitere Organisationen bei Versicherern und Arbeitgebern eine Lobbyarbeit bezüglich mehrerer dieser Massnahmen durch^a. Zudem wurde eine Studie über die juristischen Aspekte von HIV/Aids erstellt⁸ und die AHS bietet weiterhin einen Rechtsdienst und Beratung in Rechtsfragen an.

Die Selbstbestimmung (*Empowerment*) hat sich im Rahmen des nationalen Programms nicht gross entwickelt. Es gibt keine nationale Vereinigung von Menschen mit HIV mehr, sondern die AHS nimmt ihre Interessensvertretung wahr. Das *Empowerment* war eines der drei prioritären Themen in der nationalen Gesundheitspolitik, es wurde aufgeschoben, aber gegenwärtig wird es vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium aus der Sicht der Selbsthilfegruppen behandelt^b. Die Umsetzung von allgemeinen konkreten Massnahmen steckt aber noch in den Kinderschuhen.

Die Bedürfnisse der Menschen mit HIV waren Gegenstand zahlreicher Studien^{6,9-12} und die AHS hat ihr Informations- und Ausbildungsangebot für die Betroffenen weiter ausgebaut. Zwei Informations-/Sensibilisierungsbroschüren über HIV und Arbeit sind in Vorbereitung, eine ist für die Arbeitgeber, die andere für Menschen mit HIV bestimmt.

Der Bereich der Gesundheitsförderung verlangt ein starkes Engagement des BAG und seinen nationalen Partnern: Insbesondere der Kampf gegen Ungleichheiten setzt (unter anderem) im Bereich der Sozialversicherungen Aktionen voraus, die auf höchster Ebene geplant und miteinander abgestimmt werden.

Im Bereich der **Prävention (Ziele 4-8)** wurden Prioritäten festgesetzt bezüglich:

- Den Jugendlichen und jungen Erwachsenen (regelmässige Information, Nachhaltigkeit der Sexualunterrichtsprogramme an Schulen und in der Berufsausbildung);
- der Prävention bei gefährdeten Gruppen;
- der Prävention bei Menschen mit HIV/Aids.

^a Projekt 'Abbau von rechtlichen Ungleichheiten', das im Dezember 2002 beendet wurde und über das ein Bericht für das BAG und die Gesundheitsförderung Schweiz erstellt wurde.

^b Projekt 'Stand und Entwicklungsmöglichkeiten der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe'. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Das Programm konnte vom reichen Erfahrungsschatz aus den vorausgegangenen Phasen profitieren und viele Ziel und Meilensteine wurden somit erreicht. Dieser Bereich wird ausführlich im Anschluss an dieses Kapitel behandelt^a. Verbesserungen, die noch notwendig sind (insbesondere im Bereich der Prävention bei gefährdeten Gruppen, vor allem bei Migranten), verlangen auch hier ein grosses Engagement des Bundes und seiner nationalen und kantonalen Partner. Die Abstimmung, die Koordination der Bemühungen und der Erfahrungsaustausch sind von wesentlicher Bedeutung. Die Aufgaben jedes einzelnen Akteurs müssen definiert werden, um die bestehenden Präventionsabdeckung beizubehalten und die regionalen Ungleichheiten zu verringern.

Der Bereich der **Therapie und der Diagnostik (Ziel 9)** strebt eine Erweiterung des Informationsstands und der Entscheidungskompetenzen von Menschen mit HIV/Aids bezüglich ihrer Behandlung an. Es handelt sich hier wahrscheinlich um den von der nationalen Ebene 'unabhängigsten' Bereich, da seine Aktivitäten hauptsächlich in die Zuständigkeit der Kantone fallen. Auf nationaler Ebene funktionieren die Koordination und die Abstimmung gut, namentlich über die Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen. Die Richtlinien für die Therapien und die Post-Expositions-Prophylaxe werden regelmässig auf den neusten Stand gebracht. Die Existenz der *Swiss HIV Cohort Study*, die 2002 mehr als 12000 erfasste Personen zählte, bildet ebenfalls Gewähr für die Qualität im Behandlungsbereich. Die Frage, die in diesem Bereich offen bleibt, ist diejenige nach der Abdeckung in der Krankenpflege: Deren Zugang ist zwar im Prinzip für alle gewährleistet, es stehen derzeit jedoch keine verlässlichen Daten über die Anzahl und die Merkmale der nicht behandelten Personen, die von einer Behandlung profitieren könnten, zur Verfügung.

Im Bereich der **Beratung und Unterstützung von Menschen mit HIV (Ziel 10)** besteht ein breites Angebot, das in seiner Gesamtheit noch unzureichend organisiert und präsentiert wird. Die Qualität dieses Angebots ist wahrscheinlich je nach Kanton sehr unterschiedlich: In den grossen Kantonen ist ein gut entwickeltes Beratungs- und Unterstützungsnetz (medizinisch und psychosozial) vorhanden. Es ist jedoch zu vermuten, dass einige Bevölkerungsgruppen (insbesondere Personen ausländischer Herkunft oder Migranten) unzureichend abgedeckt werden; diesbezügliche Daten fehlen aber noch.

Im Bereich der **Wissensentwicklung und des Kompetenztransfers (Ziele 11-13)** wurde das (sehr allgemeine) Ziel hinsichtlich der Forschung erreicht: Ein spezifisches Programm wird vom Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung bis Ende 2003 durchgeführt. Danach wird die Aids-Forschung vermehrt in die bestehenden Strukturen des SNF integriert^b.

Dagegen bleibt bei der Klärung der Rollen und der Verantwortlichkeiten der verschiedenen Akteure, die als Koordinationsorgane und als Drehscheiben für die Informationen dienen sollen, noch viel zu tun. Wahrscheinlich ist es der konfliktreichste Bereich des gesamten Programms, obwohl sich seit 2002 eine deutliche Verbesserung abzeichnet.

In der internationalen Zusammenarbeit hat die Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) ihre Politik 2002-2007 bezüglich HIV/Aids neu definiert. Dieser Bereich wird zu einem Schwerpunktthema und es wurden neue Richtlinien bezüglich HIV/Aids im Rahmen der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit herausgegeben^c.

Im Bereich der **Qualitätssicherung (Ziel 14)** wurde erwartet, dass alle Organisationen/Instanzen, die in den Genuss einer Finanzierung durch die öffentliche Hand kommen, ein Qualitätsmana-

^a Siehe auch Kapitel 4.2 und Anhang 6.6.

^b SNF: Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung.

^c Verfügbar auf der Internetseite <http://www.deza.ch/>.

gement einführen; diesbezüglich wurden auf verschiedenen Ebenen Schritte unternommen. Es ist jedoch noch zu früh, die Ergebnisse zu beurteilen.

Aus dieser kurzen Übersicht geht hervor, dass die neu berücksichtigten Themen (z.B. Bekämpfung der Ungleichheiten, *Empowerment*/Selbsthilfe, Qualität, Koordination), die zudem sehr wichtig sind für die Nachhaltigkeit und die Qualität der Aktivitäten zur Bekämpfung von HIV/Aids, wahrscheinlich sehr viel mehr Zeit für ihre Entwicklung beanspruchen, als ursprünglich angenommen und auf nationaler Ebene ein grosses Engagement verlangen.

Bibliographie

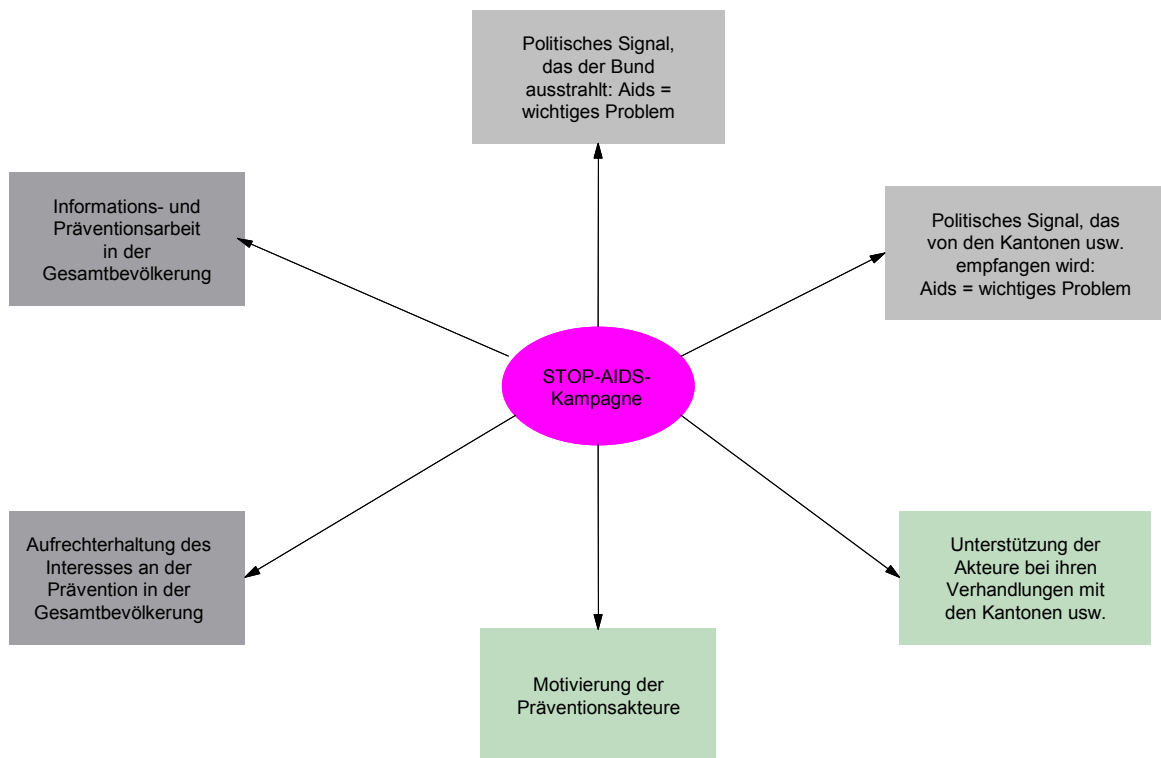
- 1 Jeannin A, Schmid M, Dubois A, Dubois-Arber F, Meystre-Agustoni G, Benninghoff F, et al. Programme national VIH/sida 1999-2003: état et dynamique de la mise en oeuvre à fin 2001. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 81).
- 2 Somaini B, Twisselmann W, Ferber T, Schlegel F. HIV und Aids: nationales Programm 1999-2003. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 1999.
- 3 Bundesamt für Gesundheitswesen, Eidgenössische Kommission für Aidsfragen. Aids in der Schweiz: Die Epidemie, die Folgen, die Massnahmen. Bern: Bundesamt für Gesundheitswesen, Eidgenössische Kommission für Aidsfragen; 1989.
- 4 Bauer G, Cassis I, Gutzwiller F, Somaini B, Stutz Steiger T, Twisselmann W, et al. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Aidsfragen, editors. HIV-Prävention in der Schweiz: Ziele, Strategien, Massnahmen. Liebefeld: BAG; 1993.
- 5 Dubois-Arber F, Haour-Knipe M. Identification des discriminations institutionnelles à l'encontre des personnes vivant avec le VIH en Suisse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998. (Raisons de santé, 18).
- 6 Thomas R, Haour-Knipe M, Huynh Do P, Dubois-Arber F. Les besoins des personnes vivant avec le VIH/sida en Suisse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000. (Raisons de santé, 59).
- 7 Aids-Hilfe Schweiz, editor. Diskriminierungsbericht: wo kranke und behinderte Menschen überall benachteiligt werden. Zürich: Aids-Hilfe Schweiz; 2001.
- 8 Zenger C A. Rechtliche Aspekte von HIV/Aids und ihre ökonomischen Konsequenzen. Eine juristische und empirische Analyse. Suisse-Sida Recherche, Infothèque Sida 2001;
- 9 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 universitaire de médecine sociale et préventive; 1998. (Raisons de santé, 17).
- 10 Meystre-Agustoni G, Dubois-Arber F, Cochand P, Telenti A. Antiretroviral therapies from the patient's perspective. *AIDS Care* 2000;12(6):717-21. Available at: URL: PM:11177450.
- 11 Kopp C, Lang S, Iten A, Furrer H, von Overbeck J, Wicker H-R. Betreuung und Therapiewahl bei HIV: Eine medizinethnologische Studie unter HIV Long-Term Survivors, AertztInnen und KomplementärtherapeutInnen. Bern: Institut für Ethnologie der Universität Bern; 1998.
- 12 Godenzi A, del Don L. Vivre avec: l'expérience des proches de personnes vivant avec le VIH/sida. Fribourg: Département du travail social et politiques sociales, Université de Fribourg; 2001.

3.2 STOP-AIDS-KAMPAGNEN

3.2.1 Stellung der STOP-AIDS-Kampagne in der HIV/Aids-Präventionsstrategie

Die STOP-AIDS-Kampagne ist eine der Massnahmen der HIV/Aids-Präventionsstrategie mit voller Abdeckung^a. Seit 1987 ist sie das sichtbarste Element des Engagements des Bundes zur Bekämpfung von HIV/Aids. Sie übermittelt Informationen und Präventionsbotschaften, die sich an die gesamte Bevölkerung richten. Diese – explizite – Informationsfunktion ist indes nur eine Funktion unter all denen, die sie erfüllt. Daran fügt sich eine latente politische Funktion: Neben den offenkundigen Inhalten der Produktionen reflektiert und verbreitet die Botschaft die anhaltende Schwere der HIV/Aids-Problematik und die Legitimität der unternommenen Aktionen an die gesamte Bevölkerung, einschliesslich an die politischen Entscheidungsträger und an die Präventionsakteure.

Abbildung 3.1 Die Funktionen der STOP-AIDS-Kampagne



IUMSP/UEPP

Die Intensität der Kampagne, der *Marketing Mix*^b und die Inhalte der Botschaften sind wichtig für die Relevanz der Informationsfunktion. Für die politische Funktion sind vermutlich Intensität, Sichtbarkeit und das BAG-Logo und nicht die Details der Botschaften ausschlaggebend. Insofern handelt es sich dabei um eine stabile Funktion.

Neben dem Aspekt der Förderung des Präservativgebrauchs durch die Bevölkerung, bilden die Sichtbarkeit und Bekanntheit des STOP-AIDS-Logos mit dem Präservativ, das in den Kampagnen

^a Womit gemeint ist, dass sie sich an alle richtet, die im Gebiet der Schweiz leben.

^b D.h. die Zusammensetzung der Zielgruppen, die Produkteplatzierung, die Kommunikations- und Verteilkanäle, die Botschaften etc., welche für eine Kampagne gewählt werden.

verwendet wird, eine Gratiswerbung für Präservativhersteller und -verteiler. Die Platzierung des Logos in der Kampagne trägt also auf positive Weise bei zur Vermarktung der Präservative und zur Mitarbeit der Hersteller und Verteiler beim System der Qualitätskontrolle, das vom Verein Gütesiegel^a errichtet wurde.

3.2.2 Organisation der STOP-AIDS-Kampagne

In der Organisation der Kampagne wurden seit 1999 einige Änderungen vorgenommen. In diesem Jahr führte das BAG ein selektives Verfahren und die Ausschreibung der Kampagnen ein für die Wahl der Werbeagentur, die mit der Realisierung der Kampagnen für die Jahre 2000 bis 2003 beauftragt werden sollte. Das Mandat hat die Agentur Seiler DDB cR aus Basel erhalten, die bereits mit der Kampagne 1987 bis 1999 beauftragt war. Ein ähnliches Ausschreibeverfahren soll für die Kampagne der Jahre 2004 bis 2008 organisiert werden.

2002 wurde innerhalb des BAG die Facheinheit 'Sucht und Aids' neu organisiert. Der Dienst 'Kampagnen' wurde zur Sektion 'Kampagnen und Marketing', die für die Medienkampagnen über HIV/Aids, Alkohol und Tabak und den Internetportalen zu diesen Themen zuständig ist.

Das mit der Definition der Ausrichtungen der Kampagne beauftragte Creativteam^b hat in seiner Funktionsweise eine Änderung erfahren. Die Zeitabstände seiner Sitzungen, bis anhin beinahe monatlich stattfanden, wurden ausgedehnt. Es versammelt sich nun zweimal im Jahr, um über die Kampagnenausrichtungen des nächsten Jahres zu entscheiden. Es wird also weniger in die Kampagnenrealisierung eingebunden und übt eine distanziertere und sporadischere Supervision aus.

3.2.3 Die Kommunikationsstrategie

Bei den früheren wurden Plakate und Fernsehspots mit deutlich sichtbaren intensiven Kommunikationsphasen eingesetzt. Die für 2000-2001 gewählte Strategie begünstigte eine fortlaufende, weniger intensive Kampagne, bei der Zeitungsinserate ohne Visibilitäts-Peak eingesetzt wurden. Auf diese Weise wurde eine beträchtliche Flexibilität gewonnen: Die Kampagne kann verschiedene Themen behandeln und falls nötig aktuelle Fragen aufgreifen. Diese Kampagne setzte ausserdem einen besonderen Akzent auf die Entwicklung der Internetseite stopaids.ch und auf das sich auf dieser Seite befindende Spiel mit Präventivcharakter 'Catch the Sperm'.

Die Kampagne 2002 wurde in Form einer strategischen Partnerschaft mit der Expo.02 realisiert, insbesondere mit dem Pavillon 'Le premier regard'^c. Sie verwendete dazu Plakate und einen Schriftzug mit Tromp-l'œil-Effekt, mit einem relativ diskreten STOP-AIDS-Logo, jedoch ohne explizite Präventionsbotschaft und ohne BAG-Logo. Das Spiel 'Catch the Sperm' existiert bereits in einer 2. Version, nachdem die Originalversion einen derart grossen Erfolg erzielt hatte.

^a Der Verein Gütesiegel für Präservative (<http://www.guetesiegel.ch/>) hat sich zum Ziel gesetzt, die Qualität der Präservative zu gewährleisten. Marken, welche seinen Anforderungen genügen, erhalten das Gütesiegel, welches die Form eines lila Präservativs mit der Aufschrift OK (OK-Gütesiegel) hat.

^b Das Creativteam setzt sich aus Vertretern des BAG, der Schweizer Aids-Hilfe, aus externen Fachleuten und Mitarbeitern der mit der STOP-AIDS-Kampagne beauftragten Werbeagentur zusammen. Es diskutiert über die Leitlinien der Kampagne, arbeitet Ideen und Aktionsvorschläge aus und entscheidet über deren Realisierung.

^c Bei der STOP-AIDS-Kampagne ging es darum, daran zu erinnern, dass sich aus Momenten der Begegnung und Verführung - 'Le premier regard' - ein Sexualkontakt ergeben kann und diese somit mit der HIV/Aids-Prävention in Zusammenhang zu bringen sind.

3.2.4 Ergebnisse

Die Ergebnisse der STOP-AIDS-Kampagnen werden in der Regel alle zwei Jahre mittels repräsentativen Umfragen bei der Allgemeinbevölkerung ausgewertet¹⁻⁷. Diese Studien analysieren die Einstellungen gegenüber der STOP-AIDS-Kampagnen im Allgemeinen sowie den Bekanntheitsgrad, das Verständnis und die Akzeptanz der Produktionen (Fernsehspots, Plakate, Inserate etc.). Eine der letzten Evaluationen⁸ betraf die Kampagne 2000-2001 und die Internetseite stopaids.ch. Sie stellte eine Abnahme des Bekanntheits- und Wahrnehmungsgrades fest, was auf die Änderungen des Kampagnenstils und der Werbeträger zurückzuführen ist. Die Akzeptanz der Kampagne blieb hoch und die HIV/Aids-Prävention genießt in der Bevölkerung weiterhin eine sehr hohe Unterstützung.

Es ist ein starker Markeneffekt (an das STOP-AIDS-Logo mit dem Präservativ gebunden) zu bemerken, der durch einen bereits zuvor festgestellten Wiedererkennungseffekt zum Ausdruck kommt: Ein Teil des Wahrnehmungsgrades, den die befragten Personen der aktuellen Kampagne – zu Unrecht – beimessen, beruht eigentlich auf einer falschen Erinnerung (Reminiszenz) an eine oder mehrere frühere Kampagnen.

Im Allgemeinen wurden die Internetseite und das Spiel *'Catch the Sperm'* von den befragten Teilnehmern dieser Evaluation, welche die Seite besucht haben, positiv beurteilt.

Die jüngste Evaluation² betraf unter anderem die künftige Weiterführung der STOP-AIDS-Kampagne. Sie empfahl vor allem, über die organisatorischen Aspekte nachzudenken, insbesondere über die Rolle und die Zusammensetzung des Kreativteams; zudem wies sie auf die Notwendigkeit, die Kampagnen neu zu lancieren.

3.2.5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
■ Die Aufgabe der Kampagne, die Bedeutung der HIV/Aids-Prävention zu bekräftigen, gründet auf einer grossen Sichtbarkeit in der Öffentlichkeit. Sie kann weder über Internet noch über eine Kommunikationsstrategie, welche stark sichtbare Aktionen ausschliesst, gewährleistet werden.	⇒ Die latent politische Funktion der Kampagne muss erkannt und in die Planung einbezogen werden. Die notwendige Sichtbarkeit muss bei den (legitimen) Änderungen, die bezüglich Organisation, Marketing Mix und Inhalt der Kampagnen vorgenommen werden, erhalten bleiben.
■ Die laufenden oder abgeschlossenen, organisatorischen Änderungen tragen das potenzielle Risiko in sich, zwischen der technischen Realisierung der Kampagnen und den wertvollen Beiträgen der Präventionsakteure zu ihren Formulierungen eine Distanz zu schaffen.	⇒ Es gilt sicherzustellen, dass die organisatorischen Änderungen nicht die Relevanz, die Kohärenz und die Kontinuität der Kampagnenbotschaften bedrohen, insbesondere indem ein Input der Präventionsakteure ermöglicht wird.
■ Der Markeneffekt des STOP-AIDS-Logos ist ein wesentlicher Pluspunkt für die Kampagne: Er dient dazu, den Schweregrad der HIV/Aids-Problematik zu bekräftigen, und transportiert die Kernaussage der Präventionsbotschaft. Er bildet somit auch ein semantisches Sicherheitsnetz für unpassende Formulierungen der Botschaften, Übersetzungsproblemen etc. Er fungiert zudem als Puffer (<i>'buffer'</i>), der die Auswirkungen der Intensitätsschwankungen und die Änderungen des <i>Marketing Mix</i> abschwächt. Das Logo trägt zur Stärkung der Partnerschaft mit den Präservativherstellern und -verteilern und zur Sicherstellung der Vermarktung von Qualitätspräservativen bei.	⇒ Die Produktionen der Kampagnen müssen soweit als möglich die Sichtbarkeit des STOP-AIDS-Logos gewährleisten, um maximal vom erzeugten Markeneffekt zu profitieren und sie müssen dazu beitragen, dass Qualitätspräservative auf den Markt gebracht und verkauft werden.

Bibliographie

- 1 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Moreau-Gruet F, Haour-Knipe M, Spencer B, et al. Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz: Fünfter zusammenfassender Bericht 1993-1995. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996.
- 2 Stemmler D, Cattacin S. Stratégies d'information durable de la population: une analyse des campagnes de prévention STOP-SIDA de l'Office fédéral de la santé publique sous l'angle du marketing social. Schaffhouse; Lausanne: Der Siebte Sinn AG; Institut des hautes études en administration publique (IDHEAP); 2002. Available at: URL:<http://www.bag.admin.ch/cce/studien/aids/f/>.
- 3 Dichter Institut. Schlussbericht zur Evaluation des STOP-AIDS-Kampagne 1995. Zürich: Dichter Institut; 1996.
- 4 RGS Motiv- und Marktanalysen GmbH. Bericht zur Evaluation des 1997er STOP-AIDS-Kampagne. Zürich: RGS Motiv- und Marktanalysen GmbH; 1998.
- 5 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. Evaluation der AIDS-Präventionsstrategie in der Schweiz: Sechster zusammenfassender Bericht 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999.
- 6 Raggenbass Partner. Bericht zur Evaluation der 1999er STOP-AIDS-Kampagne. Wädenswil: Raggenbass Partner, Marketing und Kommunikationsforschung; 2000.
- 7 Urfer H. Auto-évaluation: campagne STOP-SIDA, décembre 1999 - Aug.t 2000. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2000.
- 8 Ensmann A, Sardi M. Evaluation de la campagne STOP-SIDA 2000-2001 et du site stopsida.ch. Genève: Erasm SA; 2001.

3.3 HIV/AIDS-PRÄVENTION UND SEXUALUNTERRICHT AN SCHULEN

Die Förderung der HIV/Aids-Prävention und des Sexualunterrichts an Schulen war von Anfang an Bestandteil der nationalen Strategie; der Einbezug von Themen über HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI^a) im Sexualunterricht bildet eines der Ziele des nationalen HIV/Aids-Programms 1999 bis 2003^b. Damit die Politik und Praxis der einzelnen Kantone in Sachen HIV/Aids-Prävention und Sexualunterricht an Schulen bestimmt werden konnte, wurde eine breit angelegte Studie durchgeführt und 2001 veröffentlicht. Ende 2001 gab das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Einsetzung einer Arbeitsgruppe in Auftrag^c, welche die Aufgabe hatte, über die Umsetzung der Empfehlungen dieser Studie nachzudenken. Dies führte zum Vorschlag, ein Kompetenzzentrum unter der gemeinsamen Leitung von PLANeS^d und der Aids-Hilfe Schweiz zu schaffen. Das Mandat für dieses Zentrum wird derzeit ausgearbeitet.

Zusätzlich zu der erwähnten Studie wurde ein Modul über die Erfahrungen mit der HIV/Aids-Prävention und dem Sexualunterricht an Schulen (gerichtet an Jugendliche im Alter von 17-20 Jahren) in die EPSS 2000^e eingefügt. Dies ermöglicht eine Lagebeurteilung bezüglich der Abdeckung

^a *Sexually Transmitted Infections* (sexuell übertragbare Infektionen).

^b «Bis Ende 2001 ist an Volks-, Berufs- und Mittelschulen die HIV-Problematik Bestandteil der Diskussion über Liebe, Beziehung und Sexualität; die Themen sexuell übertragbarer Krankheiten und Sucht werden mit einbezogen»^b.

^c Das Mandat wurde an das Institut für angewandte Argumentenforschung (Bern) vergeben.

^d PLANeS: Schweizerische Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit.

^e EPSS: Periodische Telefonbefragung bei der Allgemeinbevölkerung zur Evaluation der Aids-Prävention in der Schweiz.

und des Inhalts der Aktivitäten im Rahmen der HIV/Aids-Prävention und des Sexualunterrichts an Schulen anhand der gewonnenen Daten aus den zwei ergänzenden Studien. Die wesentlichen Punkte dieser beiden Untersuchungen werden weiter unten präsentiert.

3.3.1 Kantonale Politik und Praxis in Sachen HIV/Aidsprävention und Sexualunterricht an Schulen

In der Schweiz ist die Bildungspolitik Sache der Kantone^a, was eine Untersuchung der Situation in allen 26 Kantonen erforderlich macht. Die Informationen wurden mittels einer Analyse schriftlicher Unterlagen aus jedem Kanton^b sowie der Befragung von ca. hundert Antwortenden aus den zuständigen Behördenstellen, überkantonalen Instanzen und aus Schulen erhoben. Diese Studie bezog sich auf folgende Bereiche: Die politischen und administrativen Grundlagen, die finanziellen Mittel, die Umsetzung, die Abdeckung, die Ausbildung, der Inhalt, das didaktische Material und die Nachhaltigkeit. Für jeden Kanton wurden Querschnittsanalysen im Vergleich zur Gesamtschweiz erstellt^c.

Allgemeiner Zusammenhang

Als Erstes soll der rote Faden der Ergebnisse aufgezeigt werden, damit der allgemeine Zusammenhang, d.h. die extreme Heterogenität der Situation, besser eingeschätzt werden kann, denn diese variiert:

- **Je nach dem verwendeten Organisationsmodell:** In der Deutschschweiz kommt in der Regel das 'interne Modell' zur Anwendung: Die Lehrpersonen haben die Aufgabe, die verschiedenen Aspekte des Sexualunterrichts in die bestehenden Unterrichtsfächer zu integrieren. In der Romandie wird der Sexualunterricht hingegen von externen, für diese Aufgabe geschulten Fachleuten abgehalten ('externes Modell'). Im Tessin werden beide Modelle eingesetzt.
- **Von einem Kanton zum andern:** Da jeder Kanton in Bildungsfragen souverän ist, hat jeder seine eigenen rechtlichen und administrativen Grundlagen sowie seine eigenen Lehrpläne.
- **Innerhalb der Kantone:** Hier unterscheidet sich die Situation je nach Schulstufe (für den obligatorischen Schulunterricht und den nachobligatorischen Unterricht sind nicht die gleichen Behörden zuständig), nach Schulsystem (jede Schulstufe hat ihren eigenen Lehrplan) und innerhalb zweisprachiger Kantone, in welchen beide Modelle anzutreffen sind.
- **Je nach Schulstufe^d, Studiengang, Schule und Lehrperson:** In der obligatorischen Stufe auf Sekundarschulstufe I weichen in einigen Kantonen die Lehrpläne je nach Studiengang voneinander ab; in der nachobligatorischen Stufe erstellt jede Schule ihren eigenen Lehrplan, in der Regel auf der Grundlage verschiedener auf eidgenössischer und kantonaler Ebene ausgearbeiteter Lehrpläne; zudem haben die Lehrpersonen grosse Freiheiten bezüglich der Auslegung und der Umsetzung.
- **Nach dem Kontext, in welchem der Unterricht stattfindet:** Die HIV/Aids-Prävention kann entweder in einem separaten Unterricht erteilt oder in andere Unterrichtsthemen eingebettet werden, wie in den Sexualunterricht, die Gesundheitsförderung oder auch in andere Fächer wie z.B. Biologie oder Lebenskunde.

^a Der Primarschulunterricht ist Aufgabe der Gemeinden.

^b Nur der Kanton Appenzell Innerrhoden hat seine Teilnahme verweigert.

^c Der Studienbericht umfasst eine zusammenfassende Darstellung für jeden Kanton, im vorliegenden Bericht wird jedoch allein die Querschnittsanalyse präsentiert.

^d Obligatorische Schulstufe: Primarschule (6-10 Jahre), Sekundarschule (11-15 Jahre),
Nachobligatorische Schulstufe: Sekundarschulstufe II (Maturitätsschulen, Berufsschulen; > 15 Jahre).

- **Nach Schuljahr:** Die Lehrpläne werden regelmässig überarbeitet und ändern sich im Zuge der Entwicklung der pädagogischen Konzepte. Die Strategien in den Bereichen Gesundheit und Didaktik werden ständig weiterentwickelt, das Gesundheitsförderungskonzept gewinnt beispielsweise im Verhältnis zu anderen, traditionelleren Präventionsansätzen an Boden.

Rechtliche und administrative Grundlagen für die HIV/Aids-Prävention und den Sexualunterricht

HIV/Aids-Prävention: Aus den analysierten Dokumenten für die obligatorische Schulstufe ergibt sich in beinahe allen Kantonen die Pflicht, dieses Thema zu unterrichten. Die nachobligatorischen Schulen werden in den kantonalen Bestimmungen nicht in jedem Fall erwähnt. Daher besteht in den meisten Kantonen für diesen Bereich eine eindeutige Lücke. **Der Sexualunterricht** ruht in der obligatorischen Schulstufe auf soliden Rechtsgrundlagen, für die nachobligatorische Schulstufe sind diese jedoch lückenhaft. Für **die Gesundheitsförderung** bestehen ausser an Berufsschulen überall gute rechtliche Grundlagen.

Das auf der nachobligatorischen Schulstufe festgestellte Problem bestand bereits bei der Veröffentlichung der ersten Gesetze und Bestimmungen zu HIV in den Jahren 1987/88, da es nicht in jedem Kanton klare Richtlinien für diese Schulen gab. Diese Lücken sind seither eher noch grösser geworden. Obwohl die HIV-Prävention (mindestens auf Sekundarschulstufe I) vorwiegend obligatorisch ist, unterliegt der Sexualunterricht dem elterlichen Veto. Durch die Verbindung beider Themen entsteht eine gewisse 'Rechtsunsicherheit' rund um dies Frage, auch wenn dies in der Praxis meist keine Probleme verursacht. Das Vorhandensein einer gesetzlichen Verpflichtung ist zwar für die Unterrichtung dieser Themen förderlich, bietet aber keine Gewähr für eine systematische Durchführung. Andererseits kann der Unterricht auch ohne gesetzliche Grundlage stattfinden.

Abdeckungsgrad dieses Unterrichts

Genauere Informationen über die Abdeckung dieses Unterrichts sind nur schwer zugänglich. Auch wenn die Informationen für die obligatorische Schulstufe etwas leichter erhältlich sind als für die nachobligatorische Schulstufe, ist es aufgrund der Integration der HIV-Prävention in den Sexualunterricht und des Sexualunterrichts in die Gesundheitsförderung auch auf dieser Stufe schwierig, die Abdeckung einzuschätzen. Für die nachobligatorische Schulstufe wird die Beurteilung nicht nur durch die mögliche 'Verschachtelung' der Themen, sondern auch durch die Unabhängigkeit der Schulen bezüglich der Festlegung der Unterrichtsthemen erschwert. Ziel 5 des nationalen Programms scheint es als selbstverständlich anzunehmen, dass die mit der Sexualität zusammenhängenden Themen bereits in den Lehrplänen vorhanden sind. Auf der nachobligatorischen Schulstufe ist dies nicht immer der Fall. Damit HIV in die Diskussionen rund um die Sexualität einbezogen werden kann, müssen solche Diskussionen überhaupt vorgesehen sein.

Trotzdem lässt sich aus den erhaltenen Informationen entnehmen, dass der Sexualunterricht **auf der Primarstufe** in mindestens einem Drittel aller Kantone eine gute Abdeckung erreicht. **Auf Sekundarschulstufe I** erhält die Mehrheit der Schüler einen entsprechenden Unterricht; oft werden beide Themen (Sexualunterricht sowie HIV/Aids) gemeinsam behandelt. Es scheint, dass ein Grossteil des Sexualunterrichts auf dieser Schulstufe erteilt wird.

Auf Sekundarschulstufe II ist es jeder Schule, oft auch jeder einzelnen Lehrperson überlassen, welchen Stellenwert sie dem Sexualunterricht einräumen will. Die Abdeckung ist offenbar äusserst uneinheitlich: Während einige Schulen für einen systematischen Sexualunterricht sorgen, begnügen sich andere mit Einzelaktionen und wieder andere messen diesem Thema aus verschiedenen Gründen nur wenig Bedeutung zu. In Berufsschulen ist die HIV/Aids-Prävention weniger stark in den Sexualunterricht integriert.

- Beim internen Modell besteht ebenfalls die Gefahr einer ungleichen Abdeckung, da sie vom Willen jeder einzelnen Lehrperson abhängt. Eine ungenügende Aufmerksamkeit gegenüber diesen Themen kann verschiedene Ursachen haben (überlastete Lehrpersonen, die nicht ausreichend für die Unterrichtung dieser Themen vorbereitet sind, von der Wichtigkeit dieses Themas wenig überzeugt sind oder persönliche Vorbehalte haben). Verschiedene Leitplanken könnten in Betracht gezogen werden: Den Themen werden genaue Zeitfenster zugeordnet (Kantone, Schulen); für jede Schulstufe stehen Unterrichtsmodule zur Verfügung; die Kantone bestimmen zweckmässige Kontrollmassnahmen für den jeweiligen Kontext (die Behörden erarbeiten Beispiele für die Good Practices (empfehlenswerten Verfahren) und stellen geeignetes Schulmaterial sowie *Checklisten* für alle Kompetenzebenen zur Verfügung); die schriftlichen Gesundheitsförderungskonzepte schliessen die Themen ausdrücklich ein.

Organisation der HIV/Aids-Prävention und des Sexualunterrichts an Schulen: Merkmale, Vorzüge und Nachteile der verschiedenen Organisationsmodelle

Umfeld	Externes Modell	Internes Modell
Kurzbeschreibung	Sexualunterricht, einschliesslich der HIV/Aids-Prävention, wird durch ausser-schulische Einrichtungen oder durch eine Fachkraft, die dem Schulwesen angehört, sichergestellt. Die Kantone und Gemeinden sind zuständig für die Durchführung dieses Unterrichts. Auf diese Weise wird eine bestimmte Anzahl Unterrichtsstunden während der obligatorischen Schulzeit sämtlicher Schülerinnen und Schüler sichergestellt.	Sexualunterricht und HIV-Prävention sind normalerweise in den Lehrplänen aufgeführt; die Lehrkräfte sind für die Organisation und für die Durchführung des Unterrichts verantwortlich, evt. können auch externe Fachleute beigezogen werden. In der Praxis ist es jeder einzelnen Lehrperson oder der Schuldirektion überlassen, in welchem Masse sie die Vorgaben der Lehrpläne umsetzen will. Das Konzept 'Sexualunterricht' existiert als solches nicht in jedem Fall.
Administrative Verantwortlichkeit	In der Regel sind eine grosse Zahl Akteure auf allen Ebenen beteiligt: Politik, Verwaltung, Umsetzung. Gemäss den Antwortenden erfolgt nicht immer eine adäquate Koordination und häufig sind die Aufgaben und Zuständigkeiten zwischen den verschiedenen Organen nicht genügend klar definiert. Verschiedene Massnahmen können in Betracht gezogen werden: Wenn verschiedene Departemente beteiligt sind, könnte eine kantonale Kommission die Aufteilung der Zuständigkeiten vornehmen; die Kantone bestimmen klar die Einrichtungen, welche tatsächlich die Verantwortung für diese Themen übernehmen und vertrauen diesen Einrichtungen die Sicherstellung von Qualität und Nachhaltigkeit dieses Unterrichts an; das BAG unterstützt diese Strukturen (z.B. Guidelines, Checklisten und Argumentationshilfen zur Verfügung stellen). Für die obligatorische Schulstufe haben alle Kantone eine zuständige oder beauftragte Stelle bezeichnet. In drei Kantonen ist eine einzige Stelle für den Sexualunterricht auf allen Schulstufen verantwortlich.	Die Zuständigkeit der verschiedenen Strukturen ist nicht immer klar definiert, dies ist besonders für die nachobligatorische Schulstufe problematisch.
Wer ergreift die Initiative?	Die Initiative wird auf Kantons- oder Gemeindeebene (obligatorisch) oder durch die Schule selber (nachobligatorisch) ergriffen.	Die Lehrperson entscheidet, wie sie die Lehrplanvorgaben umsetzen will (obligatorische Stufe). Auf der nachobligatorischen Stufe ergreifen die Schuldirektionen und/oder die einzelnen Lehrkräfte die Initiative. Manchmal wird die Initiative auch von externen Stellen ergriffen.
Kontrolle	Eine Kontrolle der Abdeckung gehört prinzipiell zu den behördlichen Routineaufgaben. Hinsichtlich des Inhalts arbeiten die Fachleute in Teams und unterstützen einer Supervisionen, um die Qualität der Leistung zu sichern.	Kontrollorgane (Schulinspektoren) stellen selten Fragen zum Sexualunterricht. Wird der Sexualunterricht fächerübergreifend vermittelt oder fehlt die Koordination zwischen den Lehrpersonen, ist eine Kontrolle kaum möglich.
Finanzmittel	Die externen Fachleute erhalten entweder Beiträge oder stehen unter Vertrag (von den Kantonen oder Gemeinden sichergestellt). Die Verträge müssen teilweise jährlich neu abgeschlossen werden.	Die Saläre der Lehrpersonen machen den Grossteil der finanziellen Aufwendungen aus.
Verständnis des Sexualunterrichts	Sexualunterricht wird als eigenständige Einheit anerkannt, allerdings als 'Spezialfach', das von ausser-schulischen Fachleuten erteilt wird. Prinzipiell unterliegt es dem elterlichen Veto. Die Eltern können ihr Kind von diesem Unterricht befreien.	Sexualunterricht wird nicht unbedingt als eigenständiges Thema angesehen, sondern er kann auf verschiedene Stellen des Lehrplans aufgeteilt werden. Wird das Thema als solches im Lehrplan erwähnt, muss es mit den Eltern abgesprochen werden. Sexualunterricht ist nie Gegenstand einer Prüfung.

Umfeld	Externes Modell	Internes Modell
Einbezug von HIV-Prävention	<p>In der Regel wird die HIV/Aids-Prävention in breitere Konzepte einbezogen, mehrheitlich unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung. Der Einbezug dieses Themas, wie dies im nationalen Programm erläutert wird, scheint mehrheitlich stattzufinden. Dennoch äussersten einige Kantone zum Zeitpunkt der Studie die Ansicht, dieses Ziel sei nicht erreicht. Probleme stellen sich im Wesentlichen bei der nachobligatorischen Schulstufe. Das nationale Programm ist in diesem Umfeld nicht überall bekannt und es besteht eine gewisse Unklarheit rund um das Ziel 5, da dieser Einbezug unterschiedlich ausgelegt wird.</p>	<p>Das Thema ist in der Regel Bestandteil der Gesundheitsförderung oder anderer Schulfächer (meistens der Biologie). Daneben werden auch punktuelle Veranstaltungen organisiert.</p>
Ausbildung	<p>Die HIV-Prävention wird immer in die Sexualkundeaktionen eingeschlossen (ausser auf der Primarschulstufe). Daneben werden auch punktuelle Veranstaltungen organisiert.</p>	<p>Das Thema ist in der Regel Bestandteil der Gesundheitsförderung oder anderer Schulfächer (meistens der Biologie). Daneben werden auch punktuelle Veranstaltungen organisiert.</p>
Ausbildung	<p>Das Lehrpersonal verfügt oft über eine soziopädagogische Ausbildung, welche für alle Präventionsthemen nützliche, soziale Kompetenzen beinhaltet (Kommunikation, Übernahme von Verantwortung, Umgang mit Risiken), aber die HIV/Aids-Prävention und der Sexualunterricht sind in der Regel in der Grundausbildung nicht vorgesehen; die in der Weiterbildung angebotenen themenspezifischen Kurse werden selten besucht. Das Lehrpersonal kann zwischen vielen didaktischen Lehrmitteln auswählen, es besteht jedoch ein Bedürfnis, über eine Auswahl an Material zu verfügen, das bereits vorselektioniert worden ist, sozusagen speziell konzipierte 'didaktische Pakete'.</p>	<p>Das Lehrpersonal verfügt oft über eine soziopädagogische Ausbildung, welche für alle Präventionsthemen nützliche, soziale Kompetenzen beinhaltet (Kommunikation, Übernahme von Verantwortung, Umgang mit Risiken), aber die HIV/Aids-Prävention und der Sexualunterricht sind in der Regel in der Grundausbildung nicht vorgesehen; die in der Weiterbildung angebotenen themenspezifischen Kurse werden selten besucht. Das Lehrpersonal kann zwischen vielen didaktischen Lehrmitteln auswählen, es besteht jedoch ein Bedürfnis, über eine Auswahl an Material zu verfügen, das bereits vorselektioniert worden ist, sozusagen speziell konzipierte 'didaktische Pakete'.</p>
Hauptsächliche Vorzüge	<p>Die Ausbildung der externen Fachleute aus der Romandie ist seriös (zweijährige theoretische und praktische Ausbildung). Trotzdem ist die Zahl der Personen mit einer derartigen Ausbildung nicht zahlreich genug im Verhältnis zum Bedarf; auch sind Arbeitsstatus sowie Arbeitsbedingungen von einem Kanton zum anderen verschieden. Vor kurzem wurde in Lausanne/Genf und in Luzern eine Weiterbildung auf Hochschulebene eingerichtet.</p>	<p>Derzeit besteht keine systematische Vorbereitung für die Unterrichtung dieser Themen, obwohl der Lehrkörper mit dieser Aufgabe betraut worden ist.</p>
Hauptsächliche Nachteile	<p>Die Qualität der Interventionen ist garantiert. Eine zumindest minimale Abdeckung wird sichergestellt. Der Sexualunterricht ist nicht auf die Motivation der Lehrkräfte angewiesen. Eine Kontrolle erübrigt sich.</p>	<p>Die Interventionen können 'auf Mass zugeschnitten' und nach den Bedürfnissen einzelner Klassen zum gewählten Zeitpunkt erfolgen. Im Prinzip ruht die Finanzierung auf einer soliden Basis, da die Themen in das Schulsystem integriert sind.</p>
Hauptsächliche Nachteile	<p>Die Stabilität der Mittel schwankt. Obwohl es die Arbeit der externen Teams nicht ausschliesst, dass die Lehrpersonen diesen Themenbereich ebenfalls ansprechen, gibt das System Anlass zum Gedanken, dass dieser Bereich schon genügend abgedeckt ist und einige Interventionsmöglichkeiten laufen so in Gefahr, verloren zu gehen. In diesem System versteht es sich nicht von selbst, dass das Thema integriert wird und es ist notwendig, dass die Arbeit der externen Teams von den Lehrpersonen übernommen und weitergeführt wird. Eine besondere Koordination ist nicht nötig.</p>	<p>Der Unterricht der Themen ist von der Motivation der Lehrpersonen und/oder der Schuldirektionen abhängig. Auf der nachobligatorischen Stufe ist die administrative Zuständigkeit breit verteilt (was zwar unerwünscht ist, aber nichts mit dem Modell selbst zu tun hat). Vieles weist darauf hin, dass besonders ältere Schüler mit ihren Lehrern eher ungern über Sexualität sprechen².</p>

Inhalt des Sexualunterrichts und der HIV/Aids-Prävention

Die wesentlichen Themen, die im Sexualunterricht und der HIV/Aids-Prävention zu behandeln sind, sind in der Regel in den Lehrplänen und Richtlinien enthalten; in einigen Kantonen werden die im Sexualunterricht behandelten Themen jedoch sehr unklar formuliert. Einige Themen werden nicht in allen Kantonen erwähnt (Schwangerschaftsabbruch, Pornographie, Homosexualität, Informationen über Beratungsstellen).

Im internen Modell sind die Angaben über den Inhalt des Unterrichts vor allem in den Lehrplänen zu den verschiedenen Fachbereichen zu finden, diese Referenzdokumente garantieren jedoch keine einheitlichen Inhalte in den Schulklassen. Sind die Lehrpersonen mit diesem Unterricht betraut, hängen die Vermittlung des Sexualunterrichts und der Stellenwert, der diesem gewährt wird, häufig von ihrer Motivation ab. Es ist ihnen überlassen, wie sie nach ihrem Dafürhalten den Inhalt und die Pädagogik den Bedürfnissen ihrer Klassen anpassen wollen.

Werden die Interventionen von Fachleuten übernommen (externes Modell), ist der Inhalt des Unterrichts aufgrund der gemeinsamen und spezifischen Ausbildung der Unterrichtenden viel einheitlicher. Hingegen wird ihnen für die Aufgabe, die sie zu erfüllen haben, nur wenig Zeit zugestanden.

Auf der nachobligatorischen Stufe, in der jede Schule über eigene Lehrpläne verfügt, kann keine einheitliche kantonale Regelung festgestellt werden. Der Sexualunterricht wird häufig von der Schule organisiert (auf Initiative der Direktion oder einer anderen Person, die mit dem Bereich Gesundheit oder Prävention betraut ist) und infolgedessen sind die Interventionen dennoch eher homogen, da sie oft durch externe Fachleute durchgeführt werden.

Evaluation der Nachhaltigkeit der HIV-Prävention an Schulen: Kriterien?

Angesichts der Komplexität der Situation ist es äusserst schwierig, zuverlässige Indikatoren für die Nachhaltigkeit auszumachen. So kann es vorkommen, dass die Realität im Widerspruch zur Theorie steht: Es gibt beispielsweise in einigen Fällen gute Lehrpläne, die jedoch von den Lehrpersonen nicht befolgt werden. Andererseits gibt es Kantone mit einer soliden praktischen Tradition auf diesem Gebiet, obwohl die administrativen oder rechtlichen Grundlagen dafür fehlen. Die Frage nach der Nachhaltigkeit stellt sich in jedem Modell anders. Im externen Modell ist die Praxis fest verankert und alles weist darauf hin, dass unter der Bedingung eines stabilen Budgets der Sexualunterricht weiter bestehen und immer neue Fragen der sexuellen Gesundheit integrieren wird, wie dies der Fall bei HIV/Aids war. Im internen Modell stellt sich die Situation instabiler dar, da aufgrund der überfüllten Stundenpläne und der ständigen Weiterentwicklung der pädagogischen Konzepte Massnahmen getroffen werden müssen, damit dieser Themenbereich seinen Platz im Unterricht finden und auch behaupten kann. Daher gilt es eine Reihe von Leitplanken zu definieren (die unabhängig vom Modell Gültigkeit haben), damit die minimalen Voraussetzungen für die Grundlagen der Nachhaltigkeit geschaffen werden können, etwa die Berücksichtigung der HIV/Aids-Prävention und des Sexualunterrichts in den Lehrplänen, die Unterbreitung eines klaren Konzeptes für die Umsetzung; Einbezug von HIV/Aids-Prävention und Sexualunterricht in der Lehrerausbildung und schliesslich ein Monitoring der Unterrichtspraxis.

3.3.2 Erfahrungen mit der HIV/Aids-Prävention und dem Sexualunterricht an Schulen

Die im Jahr 2000 bei der Allgemeinbevölkerung durchgeführte EPSS-Umfrage zeigt, dass die Mehrheit der Jugendlichen von 17 bis 20 Jahren (ungefähr 9 von 10) die Gelegenheit hatte, wenigstens einmal während ihrer Schulzeit über HIV/Aids oder über Sexualität im Allgemeinen zu spre-

chen^a. Bei diesen Fragen, sowie bei denjenigen, die weiter unten erwähnt werden, sind die Ergebnisse bei Frauen und Männern sehr ähnlich; sie werden daher nicht nach Geschlecht unterschieden. Hingegen wurden auf unter den Sprachregionen mehrere Unterschiede festgestellt.

In der Romandie und im Tessin ist die Wahrscheinlichkeit, einmal in der Schule über HIV/Aids gesprochen zu haben, höher als in der Deutschschweiz und unabhängig von der Region, ist dies bei diesem Thema wahrscheinlicher, als über Sexualität im Allgemeinen gesprochen zu haben. Dieser Unterschied kann durch die Veranstaltung einzelner Tagesaktionen zum Thema HIV/Aids erklärt werden, diese wurden in den beiden lateinischen Regionen häufiger erwähnt (Tabelle 3.1).

Bei denjenigen, welche einen Sexualunterricht besucht haben, ist der Zufriedenheitsgrad relativ hoch: Drei Viertel der Befragten gaben an, dass ihre Fragen dort fast vollständig oder vollständig beantwortet worden sind. Zwischen den Regionen lässt sich kein signifikanter Unterschied feststellen.

Tabelle 3.1 Diskussion rund um HIV/Aids und die Sexualität an Schulen, nach Region

	Total	Westschweiz	Deutschschweiz	Tessin
% sagen aus, sie hätten an der Schule über HIV/Aids gesprochen				
einmal	26	10	31	27
mehrmals	66	86	58	70
nie	9	4	11	3
% sagen aus, sie hätten über Sexualität im Allgemeinen gesprochen				
einmal	23	13	30	13
mehrmals	64	71	58	74
nie	14	17	12	13

IUMSP/UEPP

Den Befragten, die nach ihren Angaben in den Genuss einer derartigen Diskussion gekommen sind, wurde eine Reihe möglicher Themen unterbreitet (Tabelle 3.2). Einige Themen werden systematischer behandelt als andere, vor allem der Präservativgebrauch, den 9 von 10 Personen erwähnten. Die am wenigsten behandelten Themen sind Pornographie, sexuelle Enthaltsamkeit oder Prostitution.

Der Inhalt des Unterrichts variiert je nach Region. Ein bedeutender Unterschied zwischen den Regionen liess sich bei 8 von 17 Themen feststellen. Bei mehr als der Hälfte der Themen sind es die Befragten aus der Deutschschweiz, die nach eigener Aussage am wenigsten darüber in der Schule gesprochen haben. Dies ist der Fall bei Themen, welche direkter mit HIV/Aids verbunden sind, mit der bemerkenswerten Ausnahme der Enthaltsamkeit vor der Ehe. Dies war zudem das einzige Thema, das am häufigsten in der Deutschschweiz behandelt wurde. In der Westschweiz ist bei Fragen zum Präservativgebrauch, zu Sexualkontakten im Allgemeinen und zu Hilfe- und Beratungsstellen eine sehr gute Abdeckung (mehr als 90%) feststellbar. Zwei spezifische und wichtige Themen, die postkoitale Empfängnisverhütung und der HIV-Test, werden an Deutschschweizer Schulen unzureichend behandelt, da 2 von 5 Befragten angeben, nie darüber in der Schule gesprochen zu haben.

^a Es war nicht möglich, die obligatorische und die nachobligatorische Schulstufe zu vergleichen, da nicht alle Befragten diese bereits abgeschlossen hatten.

Tabelle 3.2 Im HIV/Aids- und Sexualunterricht behandelte Themen, nach Region

% der Befragten geben an, sie hätten in der Schule über folgende Themen gesprochen	Total	West-schweiz	Deutsch-schweiz	Tessin
Präservativgebrauch*	90	96	87	92
Hilfe/Beratungsstellen*	85	95	79	87
Schwangerschaft und Geburt	83	84	84	80
Sexualkontakte im Allgemeinen*	82	96	75	83
Andere STI als HIV/Aids	69	73	66	73
Schwangerschaftsabbruch	69	68	69	75
'Pille danach'*	68	81	57	86
HIV/Aids-Test*	67	83	59	69
Sexuelle Belästigung oder sexueller Missbrauch	66	74	61	70
Einander gut kennen, bevor man Sexualkontakte hat*	62	73	52	82
Homosexualität	53	52	52	61
Treue gegenüber seinem Partner	52	60	46	57
Häufiger Partnertausch vermeiden	47	51	42	59
Seinen Partner sorgfältig auswählen*	47	55	40	58
Prostitution	36	39	34	39
Sexuelle Enthaltsamkeit vor der Ehe *	33	24	40	25
Pornographie	23	27	20	28

* p<=.05

IUMSP/UEPP

Da in der Schweiz zwei verschiedene Organisationsmodelle nebeneinander existieren, könnte man erwarten, dass Unterschiede je nach dem Rahmen, in welchem die Befragten ihre Informationen über HIV/Aids und über Sexualität in der Schule erhalten haben, festzustellen sind. In der Tat gibt es, wie Tabelle 3.3 aufzeigt, vor allem in der Region Westschweiz verschiedene Veranstaltungen, die von schulexternen Personen organisiert werden. In der Deutschschweiz sind die erwähnten Kontexte weniger unterschiedlich und der Unterricht findet hauptsächlich innerhalb der Biologie oder der naturwissenschaftlichen Fächern statt. Im Tessin bilden diese Fächer ebenfalls bei weitem die Hauptinformationsquelle, hier werden jedoch häufiger externe Spezialisten beigezogen. Das aus diesen Ergebnissen erhaltene Profil reflektiert gut die qualitativen Daten, d.h. das vor allem in der Westschweiz angewandte externe Modell, das interne Modell in der Deutschschweiz und die Koexistenz beider Modelle im Tessin. Hingegen lassen die Ergebnisse in den Deutschschweizer Kantonen nicht wirklich auf das Vorhandensein eines fächerübergreifenden Ansatzes (d.h. Behandlung in mehreren Unterrichtsfächern) für die HIV/Aids-Prävention und den Sexualunterricht schliessen: Ausser der Biologie, den naturwissenschaftlichen Fächern und der Lebenskunde wurden relativ wenige Fächer als Informationsquelle genannt. Zudem wäre es nur logisch, dass bei diesem Konzept die Themen HIV/Aids und Sexualität in der Schule häufiger zur Sprache kämen; in der Deutschschweiz geben jedoch weniger Befragte an, sie hätten darüber in der Klasse mehrmals darüber gesprochen (Tabelle 3.3).

Tabelle 3.3 Rahmen der an Schulen erhaltenen Informationen über HIV/Aids und über 'Sexualität im Allgemeinen', nach Region (in%, mehrere Antworten möglich)

	Westschweiz		Deutschschweiz		Tessin	
	Aids	Sexualität	Aids	Sexualität	Aids	Sexualität
Biologie/naturwissenschaftliche Fächer	14	15	57	65	67	66
Fach Lebenskunde	4	5	17	16	2	1
Mit der Lehrperson eines anderen Faches	9	14	13	7	11	21
Externe Fachpersonen für Sexualunterricht	38	36	2	2	22	25
Externe Fachpersonen für Gesundheit	5	5	0	0	2	0
Externe Lehrperson für Sexualunterricht	26	20	5	6	11	4
Externe Lehrperson für Gesundheit	9	1	4	1	5	0
'Gesundheits-' oder 'Aids'-Tag	23	14	9	4	13	5
Tagung mit einem Experten	4	6	4	0	4	3
Anderer Rahmen	6	1	1	6	1	3
Weiss nicht mehr	7	7	7	9	6	8

IUMSP/UEPP

3.3.3 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schlussfolgerungen

■ **Grundsätzlich:** Der Grundsatz der Durchführung des Sexualunterrichts und der HIV/Aids-Prävention ist in den meisten Kantonen auf obligatorischer Stufe unbestritten. Diese Feststellung gilt jedoch nicht für die nachobligatorische Schulstufe. Regionale Unterschiede sind zu erkennen. Sie ergeben sich aus dem Einsatz zweier unterschiedlicher Modelle, die beide Vor- und Nachteile aufweisen. Derzeit macht es jedoch den Anschein, dass das in der Deutschschweiz eingesetzte interne Modell weniger zuverlässig ist.

■ Die vorgesehene Einsetzung eines Kompetenzzentrums für Sexualunterricht ist ein positiver Schritt, insbesondere weil es die Arbeit der verschiedenen Akteure besser koordinieren soll. Diese Massnahme allein reicht jedoch bei weitem nicht aus.

■ **Rechtliche und administrative Grundlagen:** Auch wenn eine rechtliche Grundlage allein noch keine Nachhaltigkeit garantiert, ist sie doch ein wesentlicher Faktor für den langfristigen Einbezug des Sexualunterrichts in die Allgemeinbildung.

Empfehlungen

⇒ Gesamtschweizerisch müssen Massnahmen zur Verbesserung der Abdeckung, der Qualität und der Kontrolle der Unterrichtung dieser Themen an den Schulen erfolgen. Es sind Massnahmen auf verschiedenen Ebenen notwendig, um die Nachhaltigkeit im Schulsystem sicher zu stellen: Rechtliche und administrative Grundlagen, Organisation, Finanzierungssystem, Ausbildung.

⇒ Die HIV/Aids-Prävention und der Sexualunterricht müssen in den Lehrplänen aller Schulstufen ausdrücklich erwähnt werden. Zudem muss sie von einem Massnahmenkatalog für deren Durchführung begleitet werden. An die zuständigen Behörden sollten entsprechende Empfehlungen gerichtet werden.

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<p>■ Organisation: Die Zuständigkeiten sind auf allen Ebenen unklar geregelt. Zudem sind häufig mehrere Akteure beteiligt, auf politischer und administrativer Ebene, wie auch in den Schulen. Auf nachobligatorischer Stufe ist die Verantwortung für den Unterricht sehr breit verteilt (vor allem an die Schuldirektion übertragen).</p>	<p>⇒ Es ist wichtig, die politischen und administrativen Zuständigkeiten zu klären.</p> <p>⇒ Es sind besondere Bemühungen erforderlich, um eine gute Koordination aller Akteure zu gewährleisten.</p>
<p>■ Finanzielle Nachhaltigkeit: Im externen Modell wurden verschiedene Systeme zur Finanzierung der Fachleute verwendet und ihre Stabilität ist unterschiedlich.</p>	<p>⇒ Für die schwächsten Systeme muss eine stabilere Finanzierungsart sichergestellt werden.</p>
<p>■ Ausbildung: Die Ausbildung der Lehrpersonen wird diesem besonderen Bereich häufig nicht gerecht.</p>	<p>⇒ Eine angemessene Ausbildung für alle Lehrpersonen ist unabdingbar. Es braucht eine materielle Unterstützung sowie Sensibilisierungsmaßnahmen an den Ausbildungsstätten der Lehrkräfte. Die Ausbildung der externen Fachleute, sowie der vermittelnden Personen (Mediatoren) innerhalb der Schulen muss unterstützt und verankert werden.</p>
<p>■ Abdeckung: Ungefähr 9 von 10 in der Schweiz wohnhaften Personen, im Alter zwischen 17 und 20 Jahren, geben an, HIV/Aids-Prävention und Sexualunterricht erhalten zu haben. Von diesem Gesichtspunkt her kann von einer guten Abdeckung gesprochen werden. Sie lässt jedoch punkto Intensität noch zu wünschen übrig, da eine gewisse Zahl der Personen während ihrer gesamten Schulzeit nur in den Genuss eines einzigen Kurses kam.</p> <p>■ Lücken in der Abdeckung sind vor allem auf der nachobligatorischen Stufe auszumachen.</p> <p>■ In der Deutschschweiz präsentiert sich der Unterrichtsrahmen weniger unterschiedlich und der Kursinhalt ist stärker eingeschränkt. Gestaltet sich der Unterricht fächerübergreifend, scheint dessen praktische Umsetzung nicht dem theoretischen Konzept zu entsprechen: Beinahe die Hälfte der 17-20-jährigen Deutschschweizer haben nie oder nur ein einziges Mal einen Kurs besucht. Die Abdeckungskontrolle und die Lehrqualität dieser Themen sind nur zum Teil sichergestellt, vor allem auf nachobligatorischer Stufe. Dieses Modell ist mit dem Risiko behaftet, dass es Lücken geben kann, da der Unterricht dieser Themen nicht prioritär ist und von der Motivation jeder Lehrperson abhängt.</p>	<p>⇒ Es muss eine Sensibilisierung der Schuldirektionen erfolgen. Die Verwendung des externen Modells könnte für die nachobligatorischen Schulen gefördert werden.</p> <p>⇒ Verschiedene Massnahmen können in Betracht gezogen werden: Bestimmung genauer Zeitfenster für diese Themen, Bereitstellung von Unterrichtsmodulen für jede Schulstufe, Checklisten für alle Verantwortungsebenen und/oder Beispiele der guten Praxis.</p>

Bibliographie

- 1 Spencer B, So-Barazetti B, Glardon MJ, Scott S. Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2001. (Raisons de santé, 66).
- 2 Meyer Z. Das Informations-Verhalten Jugendlicher bezüglich Aids und Aids-Prävention [Lizentiatsarbeit an der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern]. Bern: Institut für Marketing und Unternehmensführung; 1999.

3.4 BESTIMMTE ZIELGRUPPEN

Dieses Kapitel befasst sich mit der HIV/Aids-Prävention bei Bevölkerungsgruppen, die den Übertragungsrisiken im besonderen Masse ausgesetzt sind: Männer, die Sex mit Männern haben, weibliche und männliche Sexworker, gefährdete Jugendliche^a sowie Drogenkonsumierende. Ausserdem wird ebenfalls die Prävention bei Menschen mit HIV und bei Migranten behandelt.

Die Daten dieses Kapitels stammen aus verschiedenen Quellen:

- **Evaluation der Umsetzung des nationalen HIV/Aids-Programms 1999-2003 (3. Phase)**¹. Das Ziel dieser Studie war nicht die Evaluation der Präventionsprogramme in ihrer Gesamtheit, sondern die Analyse der Umsetzung sowie der Nutzung der Präventionsmassnahmen durch die oben erwähnten Zielgruppen (ausgenommen Drogenkonsumierende und Migranten). Diese Fragen werden aus der Sicht der Ausführenden und der Zielpersonen der Prävention behandelt. Dazu wurden in folgenden Städten ausführliche Fallstudien durchgeführt: Basel, St. Gallen, Lausanne, Neuenburg und Lugano^b.
- **Zusätzliche Studien** über die Sexworker², Jugendliche aus der Allgemeinbevölkerung³ sowie über junge Männer, die sich von anderen Männern angezogen fühlen⁴. Das Ziel dieser Studien war es, die Kenntnisse über diese verschiedenen Bevölkerungsgruppen und der damit verknüpften Präventionsprogramme, die in Europa und/oder jenseits des Atlantiks konzipiert und umgesetzt werden, zu aktualisieren.
- Daten aus dem **Monitoringsystem der niederschweligen Einrichtungen (NSE)** für Drogenkonsumierende, d.h. die fortlaufende Sammlung von Informationen über die Funktionsweise der NSE und die Abgabe von Injektionsmaterial (nationales Monitoring) und wiederholte Befragungen bei der Klientel dieser Strukturen^{5,6}.
- Zudem wurden die Daten bezüglich der Abdeckung der nationalen Präventionsprogramme (Städte/Kantone, in welchen die Programme eingeführt wurden, mit der Umsetzung beauftragte Organisationen, Personalzuteilung) rasch aktualisiert. Diese Daten wurden von der Aids-Hilfe Schweiz (AHS) übermittelt.

Das Kapitel ist nach Zielgruppen unterteilt. Da die zur Verfügung stehenden Informationen nicht für jede Zielgruppe einheitlich vorhanden sind sowie angesichts der Vielfalt der Probleme weisen die verschiedenen Abschnitte dieses Kapitels nicht die gleiche Einteilung auf.

^a Definition dieser Gruppe siehe 3.4.9.

^b In jeder Stadt wurden für jede Bevölkerungsgruppe Auskunftspersonen befragt, die über einen privilegierten Zugang zu diesen Zielgruppen verfügen. Diese Gespräche wurden anschliessend durch Einzelgespräche und Gruppengespräche (Fokus-Gruppen) mit Personen aus den verschiedenen Zielgruppen ergänzt.

3.4.1 Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)

Seit ihrer Gründung im Jahr 1985 leisten die Aidshilfe Schweiz (AHS), die regionalen Aids-Hilfen sowie die Homosexuellenvereinigungen der grösseren Städte den wesentlichen Teil der HIV/Aids-Prävention bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM). Die meisten Präventionsinterventionen sind Bestandteil des Programms MSM^{7,8} der AHS, dessen Umsetzung auf lokaler Ebene den sogenannten *Outreachworkern* (nachstehend: ORW) anvertraut wird, die von den kantonalen Aids-Hilfen oder den Homosexuellenvereinigungen rekrutiert werden. Wie aus Tabelle 3.4 ersichtlich wird, deckt das Programm MSM hauptsächlich die eher städtisch geprägten Kantone ab (in denen ein relativ gut entwickeltes schwules Kommerz- und Kontaktnetz besteht), während es die ländlicheren Kantone/Regionen in geringerem Masse vertreten ist. Die Arbeitspensen der ORW bewegen sich je nach Kanton zwischen 20 und 40% (bzw. zwischen 20 und 80%, wenn man die zusätzlichen Arbeitspensen berücksichtigt, welche von den am Programm teilnehmenden Organisationen finanziert werden).

Tabelle 3.4 Abdeckung durch das Programm MSM

Region	Organisation	Arbeitspensum (%) der ORW (AHS)	Zusätzliches Arbeitspensum (%)	Gesamtes Arbeitspensum (%) ORW-MSM
BS	Aids-Hilfe beider Basel	30		30
BE	Aids-Hilfe Bern	30	20 (AHBe)	50
LU	Aids-Hilfe Luzern	20	10 (AHL)	30
ZG/SZ	Fachstelle für Aidsfragen Zug	20		20
SG/AI/AR	Aids-Hilfe St. Gallen und Appenzell	20		20
ZH	Zürcher Aids-Hilfe	40	40 (ZAH)	80
VD	ASS/Vogay	40		40
TG/SH/Winterthur	Aids-Hilfe Thurgau	30		30
GE	Dialogai	30	20 (Dialogai)	50
TI	Aiuto Aids Ticino	30		30
Total				380

Anmerkung: Im Kanton Wallis gibt es seit März 2002 keine ORW mehr.

Quelle: AHS

Seit 1999 betreibt das Programm MSM auch eine Internetseite (www.drgay.ch), welche eine anonyme und individuelle Beratung über verschiedene für die Prävention relevante Themen anbietet. Diese Dienstleistung existiert in den drei Hauptlandessprachen^a.

Auf dem Gebiet der Prävention sind auch andere Organisationen aktiv:

- Seit 1997 koordiniert Pink Cross^b ein **Beratungstelefon** (RainbowLine), das von den Homosexuellenvereinigungen der Romandie und der Deutschschweiz geführt wird (alternierender

^a Die italienischsprachige Version ging im Februar 2003 online.

^b Pink Cross ist die Dachorganisation der Homosexuellenvereinigungen in der Schweiz. Sie vertritt die Interessen der Homosexuellen, vor allem auf politischer Ebene.

Beratungsdienst am Abend, an sechs von sieben Tagen). Im Kanton Tessin besteht ein ähnliches Angebot (Linea gay Ticino)^a.

- Die Selbsthilfegruppen junger Homosexueller bieten ebenfalls eine HIV/Aids-Präventionsberatung an. In den Schweizer Städten existieren ca. fünfzehn Gruppen^b. Die Mehrheit steht mit den ORW des MSM-Programms in Verbindung, die manchmal auch deren Gründung angeregt haben. Seit einigen Jahren arbeiten die Deutschschweizer Gruppen für besondere Aktionen an den *Coming-Out*-Tagen^c zusammen. Im letzten Quartal 2002 fand innerhalb des Dachverbandes DIAGONAL eine Versammlung dieser Gruppen statt^d.

Outreachwork

Für Outreachwork sind die *Outreachworker* (ORW) des Programms MSM zuständig, die häufig von einem Team Freiwilliger unterstützt werden. Outreachwork besteht aus Besuchen an von MSM frequentierten Orten, um Präventionsmaterial und -botschaften zu verteilen sowie eine persönliche Beratung anzubieten. Diese Interventionen finden an anonymen Treffpunkten (Autobahnraststätten, öffentliche Toiletten und Parkanlagen) und in der kommerziellen Schwulenszene (Bars, Discos und andere Lokale, an denen Sex konsumiert wird) statt.

▪ Anonyme Treffpunkte

Durch Outreachwork an den anonymen Treffpunkten kann eine heterogene Bevölkerungsgruppe erreicht werden, welche die Anonymität sucht und anderswo nicht unbedingt erreichbar oder erkennbar wäre. Die Interventionen an diesen Treffpunkten erhöhen die Chance, diejenigen MSM zu erreichen, die nicht über ausreichende Präventionsmittel verfügen (in diesem Fall die Jugendlichen) oder die sich durch die HIV/Aids-Thematik nicht oder kaum angesprochen fühlen (dies ist insbesondere der Fall bei Männern, die sich als heterosexuell definieren, oder bei denjenigen, die in einer festen, nicht exklusiven homosexuellen Beziehung leben). Die an diesen unterschiedlichen Orten durchgeführten Aktionen haben einen punktuellen Charakter. Auch wenn die ORW die Orte regelmässig aufsuchen, ist die Häufigkeit der Interventionen relativ gering (im besten Fall ein- bis zweimal im Monat). Dies hängt vor allem mit den niedrigen Arbeitspensen der ORW und den Schwierigkeiten dieser Arbeit zusammen. Dennoch liesse sich die Wirksamkeit dieser Aktionen erhöhen, wenn man sie in Zeiten oder an Abenden, von denen man weiss, dass die Orte stärker frequentiert werden, verstärken und dazu die Hilfe von Freiwilligen in Anspruch nehmen würde. Die Präsenz der ORW an diesen Treffpunkten wird von der Zielgruppe in der Regel gut akzeptiert.

Die Umsetzung der Prävention vor Ort hängt auch von der formellen oder informellen Zusammenarbeit ab, welche die ORW mit den von der nächtlichen Frequentierung dieser Orte betroffenen Gemeindeverwaltungen erreichen konnten. Die Verwaltungen behindern in der Regel die Präventionsarbeit nicht. In einigen Städten oder Kantonen (BS, TI) sind sie sogar voll in die Präven-

^a Diese Helpline wurde ebenfalls von Pink Cross gegründet, aus logistischen Gründen ist sie jedoch nicht der Rainbow-line angeschlossen.

^b Gruppen 'junger Homosexueller' gibt es in folgenden Kantonen: GE, VD, GR, ZH (3 Gruppen), SG, UR, BS, AG (2), ZG, NE, FR, LU, BE (5). Die Adressen der verschiedenen Gruppen sind auf <http://www.purplemoon.ch/jgruppen.php?kid=10> zu finden.

^c Diese Veranstaltung findet in der Regel im Herbst in den grossen Deutschschweizer Städten statt. Die Bewegung ist in den französisch- und italienischsprachigen Landesteilen vermutlich weniger aktiv. Die AHS und die regionalen Aids-Hilfen unterstützen die Aktionen in den verschiedenen Städten.

^d Im November 2002 umfasste der Verband zehn Organisationen von jungen Schwulen und Lesben, hauptsächlich aus der Deutschschweiz. Seine Tätigkeit erstreckt sich auf die gesamte Schweiz (Unterstützung verschiedener Projekte, Koordination, Lobby-Arbeit).

tionsaktionen eingebunden (Aufstellen von Präservativautomaten, gemeinsame Herstellung von *Catchcovers*³ etc.). Der Wille, die Attraktivität der Parkanlagen zu mindern, bleibt jedoch bestehen. Aus diesem Grund gehen einige Gemeinden so weit, Parkanlagen abzuholzen und auf Beleuchtung zu verzichten⁹.

- Kommerzielle Schwulenszene

Die Interventionen in der kommerziellen Schwulenszene betreffen ebenso die Betreiber der Lokale (als Partner) als auch deren Kundschaft (Zielgruppe). In erster Linie fällt die Entscheidung den Betreibern zu, ob sie der Prävention in ihrem Lokal einen mehr oder weniger grossen Stellenwert einräumen wollen (Vorhandensein von Plakaten, Auflegen von Broschüren und Präservativen etc.). In der Regel begrüssen die Betreiber eine Prävention. Es zeigte sich aber, dass deren blosser Zustimmung noch keine ausreichende Sichtbarkeit der Präventionsaktionen garantiert, insbesondere wenn die Interventionen sich auf eine passive Abgabe von Material beschränkt. Damit dieses Defizit behoben werden kann, zielen die in mehreren Städten entwickelten Interventionen vermehrt auf die Kundschaft und darauf, diese direkt auf spielerische oder interaktive Weise anzusprechen. Durch diese in der Regel zeitlich begrenzten und von Freiwilligen unterstützten Interventionen kann eine grosse Zahl von Personen erreicht, die Aufmerksamkeit der Zielgruppe geweckt und vor allem die HIV/Aids-Prävention in dieser Bevölkerungsgruppe neu thematisiert werden.

In den Lokalen der Schwulenszene (Saunas, *Sexclubs*, *Backrooms*^b) kommt der Abgabe von Präventionsmaterial eine zentrale Bedeutung zu, da es sich hier um ein Umfeld handelt, in dem die Risiken einer HIV-Übertragung potenziell hoch sind. Aus diesem Grund können die Lokalbetreiber eine wichtige Rolle spielen, insbesondere indem sie einen freien Zugang zu den Präservativen und anderen Präventionsmitteln sicherstellen. Die Rolle und die Verantwortlichkeit der Betreiber der Lokale bei der Prävention sind nicht definiert. Da keine genauen Richtlinien oder Normen bestehen, ist die Praxis von einem Lokal zum andern unterschiedlich. Es ist anzunehmen, dass eine erhebliche Zahl der Lokale in Sachen Prävention 'unterversorgt' ist, obwohl in diesem Bereich ein grosses Aktionspotenzial besteht.

Anonymer Beratungsdienst und Beratungstelefon

Die anonyme Beratung ist ein Teil einer ganzen Reihe von Präventionsmassnahmen. Es handelt sich dabei hauptsächlich um die auf der Internetseite drgay.ch und im Rahmen der Beratungstelefone (RainbowLine und Linea Gay Ticino) angebotene Beratung. Diese Angebote haben eine wichtige Gatekeeper-Funktion hin zu anderen Stellen.

- Website drgay.ch

Die AHS hat 2001 in Zusammenarbeit mit dem Psychologischen Institut der Universität Zürich eine Studie über die Besucher der Website durchgeführt¹⁰. Diese Studie beschreibt das soziodemografische Profil der Nutzer sowie die Art der Beratung, welche diese suchen^c.

Seit der Inbetriebnahme im Jahr 1999 verzeichnete drgay.ch eine steigende Besucherzahl (insgesamt mehr als 6000 Fragen). Im Jahr 2002 wurden drgay.ch im Durchschnitt 5 bis 6 neue Fragen pro Tag gestellt (3-4 in der deutschen Version, 1-2 in der französischen Version)^a.

^a Kartonhüllen mit Präservativ und verschiedenen Botschaften, häufig die Adresse von Teststellen.

^b Orte, an denen Sex stattfindet, häufig im hinteren Teil der Lokale, kaum oder gar nicht beleuchtet und geeignet für anonymen Sex.

^c Die AHS hat uns freundlicherweise die ersten Ergebnisse ihrer Analysen für die Evaluationszwecke mitgeteilt. Ihr sei an dieser Stelle herzlich gedankt.

Die Website stellt eine relativ wichtige Informations- und Beratungsquelle für Präventionsfragen dar. Am häufigsten betreffen die Fragen der Nutzer den *Safer Sex* (36%) und das körperliche Wohlbefinden (33%). Danach folgen Fragen zur Identität (19%) und zu den Gefühlen (12%). Es lässt sich feststellen, dass Nutzer aus Städten eher Fragen über das körperliche Wohlbefinden stellen, während Nutzer aus ländlichen Gebieten mehr Fragen zur schwulen Identität haben. In der Kategorie Safer Sex lässt sich hingegen kein Unterschied beobachten.

Die Analysen der AHS lassen Unterschiede in der Nutzung der Website nach Region und nach Altersstruktur erkennen:

- Nutzer aus den stärker städtisch geprägten Kantonen sind im Gegensatz zu Nutzern aus ländlicheren Kantonen übervertreten.
- Die Altersverteilung zeigt, dass Männer unter 20 Jahren bei den Nutzern untervertreten sind. Diese sind im Durchschnitt deutlich älter als die Internetnutzer aus der Allgemeinbevölkerung. Der Kontrast ist noch grösser, wenn man die Altersverteilung der weiblichen (17% der Anfragen) und der männlichen Nutzer betrachtet. Beinahe zwei Drittel der Nutzerinnen sind jünger als 21 Jahre gegenüber einem Viertel bei den männlichen Nutzern^b.

Diese Unterschiede haben vermutlich mit den Mitteln zu tun, die für die Internetwerbung bei den MSM verwendet werden. Die besonders häufig in den Lokalen der Schwulenszene aufgelegte einschlägige Presse (Gratispresse und andere Publikationen) ist Hauptträger der Werbung für dieses Angebot. Diese Publikationen sind in Städten mit einer gut entwickelten Schwulenszene leichter zugänglich.

- Beratungstelefon (RainbowLine)

Die Internetberatung und Beratungstelefone wie die RainbowLine sind zusätzliche Angebote. Das Beratungstelefon eignet sich besonders gut für individuelle und prospektive Gespräche.

Eine Teilanalyse der Monitoringdaten der Deutschschweizer Vereinigungen^c zeigt, dass die Gespräche vor allem informativen Charakter haben und das Problem der Isolierung betreffen. Ein Viertel der Gespräche dreht sich um das *Coming-Out* und etwas weniger als 10% um die sexuelle Gesundheit.

Es ist schwierig, den Benutzungsgrad des Beratungstelefons zu schätzen. 2001 haben sich die Westschweizer Vereinigungen vorübergehend vom Projekt zurückgezogen, da nach ihrer Meinung der Benutzungsgrad nicht mit der Höhe der Kosten zu vereinbaren war. Der Betrieb der RainbowLine wurde jedoch im September 2002 mit einigen organisatorischen Änderungen wieder aufgenommen¹¹. Es ist noch zu früh, um sich zum Erfolg dieser Unternehmung zu äussern. In der Deutschschweiz wird das Beratungstelefon kritisiert, sein Nutzen wird von einigen in Frage gestellt^d.

Interventionen bei jungen Homo-/Bisexuellen

Die HIV/Aids-Prävention für junge Homo-/Bisexuelle stützt sich hauptsächlich auf die Selbsthilfegruppen junger Homosexueller, die anonymen Beratungsstellen, die punktuellen Interventionen an

^a Es steht keine Information für die italienischsprachige Version zur Verfügung.

^b Dies soll trotz des grossen Unterschiedes mit Vorsicht beurteilt werden. Einerseits sind die Frauen den Männern bei der Befragung von dr.gay.ch zahlenmässig stark unterlegen und andererseits sucht ein Teil der jüngsten Besucherinnen die Seite auf, um Informationen über Homosexualität für schulische Arbeiten zu erhalten.

^c Nicht veröffentlichte Daten, freundlicherweise von Pink Cross übermittelt.

^d Zu diesem Punkt siehe Evaluation der Umsetzung des nationalen HIV/Aids-Programms 1999-2003¹.

Schulen und auf die Broschüre *Coming-Out*^a. Die Prävention bei diesen Jugendlichen baut im Wesentlichen auf drei miteinander verbundenen Themenkreisen auf:

- Akzeptanz der homosexuellen Orientierung für sich selber und für das Umfeld (*Coming-Out*);
- Prävention von HIV/Aids und anderen STT^b;
- Verbesserung der psychischen Gesundheit (Prävention von Suizid und anderen Formen psychischer Erkrankungen).

HIV/Aids figuriert nicht an erster Stelle der Sorgen junger Homo-/Bisexueller (egal ob weiblich oder männlich). In der Praxis fügt sich die HIV-Prävention ein in eine Reihe von mehr oder weniger zum Ausdruck gebrachter Anliegen und Bedürfnissen, unter denen das Durchbrechen der Isolation, der Aufbau eines Hilfs- und Sozialnetzwerks, die Aneignung von positiven Identifikationsmodellen und der Aufbau einer eigenen Identität eine wichtige Rolle spielen⁴. Die Interventionen, die in der Regel von den Vereinen und Netzwerken getragen werden, können nicht die gesamte Problematik abdecken. Einerseits setzt die Inanspruchnahme von Beratungsstellen wie die Selbsthilfegruppen voraus, dass die jungen Homo-/Bisexuellen bereits einen gewissen Identitätssinn erreicht haben, andererseits hängt der Zugang zu den Ressourcen der Community für viele von der Bereitstellung von Informationen während der ersten Phase der Suche nach ihrer sexuellen Orientierung ab.

▪ Selbsthilfegruppen junger Homosexueller

Die implizite Funktion der Selbsthilfegruppen junger Homosexueller besteht in der Sozialisierung der Jugendlichen als Schwule oder Lesben, ohne eine allzu stereotype homosexuelle Lebensweise zu fördern, sondern eher ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung gegenüber ihrem Umfeld und den Normen der Gesellschaft zu stärken. Die Tätigkeit dieser Gruppen setzt auf einen Erziehungsvorgang durch ihresgleichen, der im Bereich der HIV-Prävention den Aufbau kollektiver Normen, welche für die Aneignung und die Beibehaltung sicherer Sexualpraktiken förderlich sind, begünstigen kann. Durch den Austausch innerhalb dieser Gruppen kann eine Erziehungsarbeit in Sexualität und Gesundheit geleistet werden, welche der Situation dieser Jugendlichen angepasst ist.

Im Ausland haben Evaluationen von Präventionsprogrammen für junge Homo-/Bisexuelle den Nutzen von Selbsthilfegruppen bekräftigt^c. Eine Evaluation aus Quebec einer vergleichbaren Gruppe wie denjenigen, die es in der Schweiz gibt, zeigt unter anderem, dass die Teilnahme an der Gruppe einen positiven Einfluss auf das Selbstbewusstsein ausübt und den Prozess des *Coming-Out* erleichtert¹².

▪ Sensibilisierung für Homosexualität an Schulen

Unter den Jugendlichen der Allgemeinbevölkerung von 17-20 Jahren hat jede zweite Person im Schulunterrichts noch nie Informationen über Homosexualität erhalten (siehe Kapitel 3.3: HIV/Aids-Prävention im Sexualunterricht an Schulen).

^a Die Broschüre wurde von der Schweizer Aids-Hilfe in Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen hergestellt. Sie richtet sich hauptsächlich an Jugendliche in der Phase der Suche nach ihrer sexuellen Orientierung. Dazu behandelt sie mehrere Themen, insbesondere die Beziehung zu den Eltern, die Prävention von HIV/Aids und anderer STI.

^b *Sexually Transmitted Infections* (sexuell übertragbare Infektionen).

^c Dennoch existieren derzeit sehr wenige Evaluationsstudien über Selbsthilfegruppen 'junger Homosexueller'. Zudem werden die Interventionen bei jungen Homo-/Bisexuellen in den meisten europäischen Ländern in breiter angelegte Programme für MSM im Allgemeinen integriert, daher ist es relativ schwierig, diese separat zu behandeln. Siehe zu diesem Thema die Studie *'Populations particulières pour la prévention du sida: les jeunes hommes attirés par d'autres hommes'*⁴.

1999 hat Pink Cross im Anschluss an die Gay Pride in Freiburg die Fachgruppe Jugend und Schule gegründet^a – in Zusammenarbeit bzw. mit der Unterstützung der AHS, der LOS^b und der FELS^c – um Lehrpersonen und Schuldirektionen auf Probleme junger Homosexueller und damit verbundene gesundheitliche Risiken zu sensibilisieren. 2001 hat Pink Cross eine breit angelegte Kommunikationskampagne bei den Schuldirektionen geführt. In der Deutschschweiz ist die Kampagne auf keine grösseren Widerstände gestossen, in der Westschweiz haben hingegen einige Kantone Pink Cross Bekehrungseifer vorgeworfen. Seither hat sich die Funktionsweise der Fachgruppe stark verändert. Heute obliegt die Verwaltung der Kontakte mit den Schulen einzig der Zuständigkeit der Fachleute (Lehrpersonen und Psychologen), deren berufliche Identität stark in den Vordergrund gerückt wird, zum Nachteil eines Zugehörigkeitsgefühls zu einer Gemeinschaft.

Für die Mitglieder der Fachgruppe gehört die Suizidprävention bei jungen Homo-/Bisexuellen zu den prioritären Anliegen. Sie sind der Meinung, dass Homosexualität für viele Schuldirektionen und Lehrpersonen ein Tabu bleibt: Sei es, dass diese der Meinung sind, dass die Behandlung dieser Thematik Angelegenheit der Familie ist, oder dass sie gerade die Reaktion der Familien fürchten, wenn dieses Thema an der Schule behandelt würde. Es scheint aber, dass in der Westschweiz die *Gay Pride* dazu beiträgt, diese Schwierigkeiten abzuschwächen: Die Tatsache, dass die *Gay Pride* jedes Jahr in einem anderen Kanton stattfindet, verleiht der Homosexualität eine ganz neue Sichtbarkeit. Trotz des Unmuts, den die Veranstaltung bei einigen Gemütern erregt, bringt der Umstand, dass sie von einer Vorbereitungsphase von fast einem Jahr begleitet wird, die lokale Bevölkerung und die institutionellen Akteure dazu, sich über das Thema Homosexualität Gedanken zu machen (insbesondere an Schulen). Dieser Prozess schafft sehr günstige Rahmenbedingungen für die HIV-Prävention, die anschliessend genutzt werden können.

Abdeckung der MSM-Präventionsmassnahmen

Die Abdeckung des Präventionsmassnahmenkatalogs für MSM ist im Allgemeinen zufriedenstellend. Das Programm der AHS wurde in allen städtischen Zentren mit einer grösseren MSM-Szene oder mit Anziehungspunkten für die aus der Peripherie kommenden MSM eingeführt (sogar verstärkt). In ländlicheren Kantonen ist die Abdeckung weniger ausgewogen. Wenn auch die Kantone der Zentral- und Ostschweiz sowie das Tessin relativ gut abgedeckt sind, so werden die Mittellandkantone (FR, JU, NE, SO) sowie das Wallis vergleichsweise benachteiligt. Eine frühere Evaluation empfahl daher auch, einen ORW für die Kantone Neuenburg, Jura und Freiburg zu verpflichten⁸; dieser Vorschlag wurde jedoch bisher nie verwirklicht. Bei den Selbsthilfegruppen junger Homosexueller ist mit Befriedigung festzustellen, dass diese in mehr als der Hälfte der Kantone präsent sind und über eine bemerkenswerte Organisations- und Koordinationskapazität verfügen. Auch wenn die anonymen Beratungsdienste und Beratungstelefone über eine nationale Abdeckung verfügen, sind die für die Promotion dieser Dienste eingesetzten Kommunikationsmedien in der Schweiz ungleich verteilt. Die städtischen Kantone sind offensichtlich viel besser abgedeckt als die ländlicheren Kantone.

^a Sie setzt sich hauptsächlich aus Lehrpersonen und Psychologen zusammen. Ihre Tätigkeit besteht darin, Bildungs- und Sensibilisierungsmodule in Zusammenhang mit der Homophobie für den Lehrkörper und die im ausserschulischen Bereich tätigen Lehrpersonen, Interventionen in Schulklassen aller Stufen, Seminare und Workshops für Einrichtungen und Körperschaften rund um die Erziehung (Eltern, Sexualpädagogen, Fachkräfte des Gesundheitswesens etc.) und Unterstützung für schwule, lesbische und bisexuelle Lehrpersonen anzubieten.

^b Lesbische Organisation Schweiz (<http://www.los.ch/>).

^c Freundinnen, Freunde und Eltern von Lesben und Schwulen (<http://www.fels-eltern.ch>).

Überblick

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die wichtigsten Aspekte der Umsetzung der Präventionsaktivitäten bei den MSM.

Initiative	Interventionsmodalitäten	Akteure	Leistungen	Abdeckung
Nationales Programm MSM	<ul style="list-style-type: none"> Internetseite www.drgay.ch 	<ul style="list-style-type: none"> AHS 	<ul style="list-style-type: none"> Anonyme und individuelle Beratung (drei Landessprachen) 	<ul style="list-style-type: none"> Gesamtschweizerisch Jederzeit online abrufbar
	<ul style="list-style-type: none"> Outreachworker (manchmal unterstützt durch Freiwillige) 	<ul style="list-style-type: none"> AHS und regionale Aids-Hilfen 	<ul style="list-style-type: none"> An den anonymen Treffpunkten - Anonyme und individuelle Beratung - Abgabe von Präventionsmaterial 	<ul style="list-style-type: none"> Mehrheitlich in den Städten Je nach Kanton regelmässige Präsenz, jedoch mit grossen zeitlichen Abständen
			<ul style="list-style-type: none"> In der kommerziellen Schwulenszene - Anonyme und individuelle Beratung - Präventionsmaterial - 'Sensibilisierung' der Betreiber von diesen Orten und deren Kunden 	<ul style="list-style-type: none"> Mehrheitlich im städtischen Milieu Allgemein gute Abdeckung
NGO-Projekte	<ul style="list-style-type: none"> Telefonzentrale (Rainbow Line)/ deutsch 	<ul style="list-style-type: none"> Pink Cross (Koordination) 	<ul style="list-style-type: none"> Zuhören, anonyme und individuelle Beratung, Orientierung im Aids-Netzwerk 	<ul style="list-style-type: none"> In der gesamten Deutschschweiz An sechs von sieben Tagen besetzt
	<ul style="list-style-type: none"> Telefonzentrale (Rainbow Line)/ französisch 	<ul style="list-style-type: none"> Vogay / Pink Cross (Koordination) 		<ul style="list-style-type: none"> In der gesamten Romandie An sechs von sieben Tagen besetzt Während der Referenzperiode teilweise unterbrochen, anschliessend erfolgte eine Reorganisation
	<ul style="list-style-type: none"> Telefonzentrale (Linea gay Ticino)/ italienisch 	<ul style="list-style-type: none"> Pink Cross 		<ul style="list-style-type: none"> Tessin Mehr oder weniger ständig besetzt (Natel)
	<ul style="list-style-type: none"> Selbsthilfegruppen junger Homosexueller 	<ul style="list-style-type: none"> Augomome Gruppen junger Homosexueller Regionale Aids-Hilfen 	<ul style="list-style-type: none"> Unterstützung durch 'Gleiche an Gleiche', Aufbau einer Identität Prävention der STI^a (sekundäres Ziel) 	<ul style="list-style-type: none"> Mehrheitlich im städtischen Milieu In der Deutschschweiz: Interventionen bei den Coming-Out-Tagen (über den Dachverband Diagonal)
	<ul style="list-style-type: none"> Interventionen an Schulen 	<ul style="list-style-type: none"> Fachgruppe Jugend und Schule / Aiuto Aids Ticino 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisierung des Schulentwesens für die Probleme junger Homosexueller 	<ul style="list-style-type: none"> Deutschschweiz: Je nach Stadt relativ gute Abdeckung Romandie: Abdeckung über Ausbildungsgruppe Tessin : Pilotinterventionen

IUMSP/UEPP

^a STI = *Sexually Transmitted Infection* (sexuell übertragbare Infektionen).

3.4.2 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<p>■ Die Präventionsinterventionen, die sich auf das kommerzielle Homosexuellennetzwerk stützen, werden von den Betreibern der Lokale (alle Kategorien) begrüsst. Ihr Wohlwollen allein garantiert jedoch nicht unbedingt eine ausreichende Sichtbarkeit der Prävention. Beschränkt sich diese ausschliesslich auf eine passive Verteilung von Material, kann sich die Prävention als unzureichend erweisen.</p>	<p>⇒ Es muss versucht werden, gezielte Interventionen für die Kunden der Schwulenlokale zu entwickeln, wobei gleichzeitig darauf geachtet werden sollte, das Wohlwollen der Betreiber zu erhalten.</p>
<p>■ In den Sexclubs, Saunas, <i>Backrooms</i> kommt der Abgabe von Präventionsmaterial eine wichtige Bedeutung zu, da sie in einem Umfeld stattfindet, in dem die Risiken einer HIV-Übertragung potenziell hoch sind. Bezüglich der Prävention sind die Rolle und die Verantwortlichkeit der Betreiber nicht definiert. Es existiert keine Richtlinie für die Abgabe von Präventionsmaterial an die Kunden.</p>	<p>⇒ Die Abgabe von Präventionsmaterial an Kunden der Sexszene muss Gegenstand präziser und dauerhafter Normen werden, begleitet von einem wirkungsvollen Kontroll- und Sanktionssystem. Diese Normen müssen dergestalt sein, dass die Interessen der Betreiber, ihrer Kundschaft und des öffentlichen Gesundheitswesens gewahrt werden. Mit Hilfe einer Charta könnten diese Ziele erreicht werden.</p>
<p>■ Durch die Interventionen an anonymen Treffpunkten kann eine heterogene MSM-Gruppe erreicht werden, welche die Anonymität sucht und anderswo nicht unbedingt erreichbar wäre.</p>	<p>⇒ Die Prävention an anonymen Treffpunkten muss aufrechterhalten, ja sogar verstärkt werden, insbesondere an den bekanntermassen am meisten frequentierten Treffpunkten, und an passenden Orten müssen Präservativautomaten aufgestellt werden.</p>
<p>■ HIV/Aids figuriert nicht an erster Stelle der Sorgen junger Homo-/Bisexueller (egal ob weiblichen oder männlichen Geschlechts). In der Praxis fügt sich die HIV-Prävention in eine Reihe von ausgesprochenen Anliegen und/oder Bedürfnissen, bei denen das Durchbrechen der Isolation, die Errichtung eines Hilfs- und Sozialnetzwerks, die Aneignung von positiven Identifikationsmodellen und der Aufbau einer eigenen Identität eine wichtige Rolle spielen. Trotz der Vorteile des Engagements der Gemeinschaften für die HIV/Aids-Prävention können diese nicht die gesamte Problematik abdecken. Tatsächlich sind die von den Vereinigungen entwickelten Aktionen begrenzt, da die Inanspruchnahme von Beratungsstellen wie die Selbsthilfegruppen voraussetzt, dass die jungen Homo-/Bisexuellen sich bereits einen gewissen Identitätssinn angeeignet haben, insbesondere aber über einen adäquaten Informationszugang verfügen konnten.</p>	<p>⇒ Junge Homo-/Bisexuelle müssen so früh als möglich mit den Ressourcen in Kontakt treten, mit deren Hilfe sie die Schwierigkeiten, mit denen sie konfrontiert sind, überwinden können. Konkret müssen eine Strategie und ein Massnahmenkatalog für die Prävention und Unterstützung erstellt werden, welche die <i>Community</i>, die Beratungstelefone und Internetplattformen, die medizinischen Fachleute, die Schule, die Eltern und die auf die Thematik der Homosexualität in der Jugend sensibilisierten Lehrpersonen einbinden (siehe Abbildung 6.7.1. im Anhang dieses Kapitel). In der Schweiz scheinen die Hauptbestandteile dieses Massnahmenkatalogs trotz unterschiedlicher Entwicklung vorhanden zu sein:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Die Werbung für die Beratungstelefone und -dienste muss verstärkt und insbesondere auf Schulen ausgedehnt werden;■ Die geleistete Arbeit innerhalb der Selbsthilfegruppen junger Homosexueller muss besser anerkannt und infolgedessen unterstützt werden. Ausserdem muss die Gründung solcher Gruppen in Regionen, in denen sie noch nicht vorhanden sind, angeregt und begleitet werden.

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
	<p>⇒ Einige Wege müssen noch besser genützt werden: Insbesondere die Beratung durch die Eltern, die auf die Thematik der Homosexualität in der Jugend sensibilisiert sind, damit andere Eltern begleitet und auf dem Weg zur Akzeptanz der sexuellen Orientierung ihres Sohnes oder ihrer Tochter unterstützt werden können.</p>
<p>■ Die Website drgay.ch verzeichnet einen kontinuierlichen Anstieg der Besucherzahl. Diese Plattform ist eine wichtige Informationsquelle zur HIV/Aids-Prävention und zu anderen Gesundheitsrisiken. Trotz der steigenden Nutzerzahl ist ein gewisses Ungleichgewicht in der Verteilung der Nutzer nach Wohnort und Alter festzustellen. Nutzer aus ländlicheren Kantonen und Männer unter 20 Jahren sind untervertreten. Diese Unterschiede haben offensichtlich einen Zusammenhang mit den Mitteln, die für die Werbung für die Internetseiten eingesetzt werden (die einschlägige Presse), sowie mit deren Abdeckung.</p>	<p>⇒ Eine gezielte Diversifikation der Kommunikationsmedien würde die Chancen erhöhen, die schwer erreichbaren MSM (besonders die Jungen) anzusprechen. In der Folge muss auch darauf geachtet werden, dass drgay.ch über ausreichend Mittel verfügt, um der Nachfrage entsprechen zu können.</p>

3.4.3 Sexarbeiterinnen

Die Prostitution gehört zu den Schwerpunkten der HIV/Aids-Prävention. In der Schweiz floriert die Prostitution vor allem in 'geschlossenen' Räumen (d.h. nicht auf der Strasse). Genährt vom grossen Strom der Migranten, hat sie in den letzten Jahren beträchtlich zugenommen.

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) hat die Schweizer Aidshilfe (AHS) das Programm APiS (**A**ids-**P**rävention **i**m **S**exgewerbe), das sich hauptsächlich an Migrantinnen wendet, entwickelt und koordiniert. Dieses Programm wurde lokal von den AHS-Stellen oder den Hilfsorganisationen für Prostituierte umgesetzt und beruht auf dem Prinzip der kulturellen Vermittlung: Frauen – Prostituierte wie auch Nicht-Prostituierte – mit demselben 'sprachlichen und kulturellen Hintergrund' wie die im Sexgewerbe arbeitenden Migrantinnen suchen ihre Landsfrauen an ihrem Arbeitsplatz auf, beraten sie und verteilen Informations- und Präventionsmaterial.

Im Jahr 2003 war das Programm APiS in ungefähr 15 Regionen eingerichtet. Es beschäftigt ca. dreissig Mediatorinnen, deren Arbeitspensum sich auf ungefähr 20% beläuft^a. Sie werden von Fachleuten aus dem Sozialwesen oder von Angestellten der Mitglieds- oder Partnerorganisationen der AHS professionell begleitet¹³. Die AHS koordiniert auch ein Präventionsprojekt für Freier (Don Juan), von welchem im Weiteren noch die Rede sein wird.

^a Es existieren keine ausführlichen Informationen über die kumulierten Arbeitspensum in den verschiedenen Kantonen. Die Zahl der Mediatorinnen schwankt lokal zwischen 1 und 7 (Zürich).

Tabelle 3.5 Abdeckung des Programms APiS

Kanton	Organisation	Kanton	Organisation
AG	Aids-Hilfe Aargau	SZ	Fachstelle für Aidsfragen
BS	Aids-Hilfe beider Basel	TH/Schaffhausen	Aids-Hilfe Thurgau Schaffhausen
BE	Xenia*	TI	Aiuto Aids Ticino/Venere
GR	Aids-Hilfe Graubünden	VD	Fleur de Pavé*
GE	Aspasie*	VS	Antenne sida du Valais romand
Lichtenstein	Aids-Hilfe Lichtenstein	ZH	Aids-Infostelle Winterthur
LU	Aids-Hilfe Luzern	ZH	Isla Victoria Zurich*
SG/AI/AR	Fachstelle für Aids- und Sexualfragen (AHSGA)		

* Lokale Hilfsorganisationen für Prostituierte

Quelle: AHS

Lokal wird das Programm APiS parallel mit anderen Präventionsprojekten für Sexarbeiterinnen umgesetzt. Diese lokalen Projekte werden in der Regel von Hilfsorganisationen für Prostituierte oder von Akteuren des lokalen Sozial- und Gesundheitsnetzwerks durchgeführt. Diese Organisationen versuchen ihren Interventionsbereich in verschiedener Weise auszuweiten, indem sie ihre Unterstützung auch auf anderen Gebieten als der HIV-Prävention anbieten^a. Dies ist insbesondere der Fall für die Cabaretkünstlerinnen, die in die Schweiz kommen, ohne eine Landessprache zu sprechen und die nur unzureichend über ihre Rechte^b (Löhne, Sozialversicherungen, Rechtsschutz etc.) informiert sind. Die lokalen Projekte zielen nicht nur auf Migrantinnen wie das Programm APiS, sondern auch auf gut integrierte Frauen, welche sich ganz legal und professionell prostituieren, auf Konsumentinnen illegaler Drogen und, in geringerer Masse, auf Frauen, welche bei *Escort*-Agenturen arbeiten oder Frauen, die gelegentlich im Sexgewerbe arbeiten^c.

Prostitution und Migration

Die grosse Mehrheit der Sexarbeiterinnen sind Migrantinnen. Viele unter ihnen sind mit einem Artistinnenvisum (L-Bewilligung) oder einem Touristenvisum in die Schweiz gekommen. Andere sind illegal hier. Diese Frauen arbeiten hauptsächlich in Cabarets, Champagnerbars, Massagesalons, Saunas, *Sexclubs* oder auf der Strasse. Als Hauptnutznießerinnen des Programms APiS besteht bei diesen Sexarbeiterinnen die Tendenz, dass sich die Vulnerabilitätsfaktoren kumulieren (siehe Kapitel 2.5 Sexarbeiter in der Schweiz und in Europa).

- Die Cabaretkünstlerinnen

Gemäss der geltenden Gesetzgebung dürfen Cabaretkünstlerinnen mit einer L-Bewilligung keiner anderen Erwerbstätigkeit nachgehen als jener, die in ihrem Arbeitsvertrag ausdrücklich erwähnt

^a Dies ist auch der Fall beim Programm APiS, das sich dennoch sehr auf die Prävention von HIV/Aids und anderer STI konzentriert.

^b In einigen Kantonen kooperiert die Einwohnerkontrolle mit den Hilfsorganisationen für Prostituierte und gibt den Cabaretkünstlerinnen bei ihrer Einreise eine Informationsbroschüre ab, die von oder in Zusammenarbeit mit den Hilfsorganisationen für Prostituierte erarbeitet wird.

^c Es existiert kein gezieltes HIV-Präventionsprojekt für Frauen, die für *Escort*-Agenturen arbeiten. Diese sind vermutlich schwierig zu erreichen (auch nicht telefonisch).

wird. In der Praxis wird dieses Verbot nicht respektiert und viele Cabaretkünstlerinnen gehen illegal der Prostitution nach. Läuft ihre Aufenthaltsgenehmigung ab, geraten viele unter ihnen in die Illegalität. In diesem Zusammenhang hängen die Präventionsaktionen bei diesen Frauen in hohem Masse von der Kooperationsbereitschaft der Lokalbetreiber ab. In der Regel sind die Betreiber der Lokale nicht abgeneigt gegen Besuchen von Mediatorinnen. Im Kanton Waadt beispielsweise werden diese Besuche im Voraus angekündigt und profitieren von der Unterstützung der Gesundheitsbehörden (Kantonsarzt). Auf diese Weise vollziehen sich die Besuche in Anwesenheit aller Frauen und unter guten Bedingungen. Aber es kommt auch vor, dass die Betreiber bewusst abstreiten, dass ihre Angestellten während ihrer Beschäftigung als Tänzerin der Prostitution nachgehen. Dies ist insbesondere im Tessin der Fall, wo der Grossteil der Lokalbetreiber jegliche Intervention während der Arbeitszeit der Künstlerinnen verhindert^a. Die Zahlen sprechen für sich: In Lausanne kamen 2001 788 der 900 erfassten Tänzerinnen in den Genuss einer Intervention durch eine Mediatorin, gegenüber lediglich 26 im Tessin, obwohl in diesem Kanton in selben Jahr 1609 L-Bewilligungen ausgestellt worden sind. Dieses Beispiel zeigt auf, welche Bedeutung der Handhabung der Prostitution auf kantonaler Ebene sozialpolitisch beigemessen wird. Dies kann gegebenenfalls in der Praxis Schwierigkeiten für die Prävention verursachen.

Auch andere Schwierigkeiten können Präventionsaktionen verhindern. So bezeichnen sich beispielsweise Zentral- und Osteuropäerinnen nicht unbedingt als Prostituierte und geben aus diesem Grund an, nicht von den Präventionsinterventionen betroffen zu sein. Die Mediatorinnen können diese Schwierigkeiten jedoch mit ihrem Know-how umgehen und die Präventionsbotschaften trotzdem überbringen.

- Sexarbeiterinnen in Salons, Bars, Hotels, Clubs

In Massagesalons, Champagnerbars, Clubs und Hotels ist die Zahl der Migrantinnen ebenfalls deutlich höher als diejenige der Schweizerinnen. Einige von ihnen besitzen eine Arbeitsbewilligung oder ein Touristenvisum, andere gehen der Prostitution illegal nach. Viele Hindernisse erschweren eine Kontaktaufnahme mit den verschiedenen Gruppen der Sexarbeiterinnen: Das Misstrauen von Frauen in der Illegalität, ihr schwierige Lokalisierung, verwehrt Zutritt zu einigen Salons. Aus diesen verschiedenen Gründen, denen noch die schwache Ausstattung der lokalen Programme mit personellen und finanziellen Ressourcen beizufügen wäre, decken die Interventionen bei weitem nicht alle betroffenen Lokale ab.

- Nachhaltigkeit und Akzeptanz des Programms APiS

In der Regel ist der Besuch der Mediatorinnen sowohl in den Cabarets als auch an den anderen geschlossenen Räumen, zu denen sie Zugang haben, willkommen. In den Räumen, die explizit zur Prostitution bestimmt sind, erfolgt die Beratung direkter. Die Abgabe von Präservativen und Gleitmitteln sowie von Informationsmaterial ist für eine erste Kontaktaufnahme unabdingbar und erleichtert den Schritt hin zu einer individuellen Beratung.

In den zwei Lokalarten (Cabarets und Salons) geniesst das Programm APiS einen Bekanntheitsgrad, der mittelfristig die Präventionsarbeit erleichtert. Weil die Frauen in diesem Sektor sehr mobil sind, sind das Programmkonzept sowie das im Rahmen des Programms hergestellte Material von Region zu Region homogen. Es wird daher von Frauen, die bereits anderswo mit ihm Bekanntschaft gemacht oder darüber sprechen gehört haben, leicht wieder erkannt. Die Bekanntheit der Interventionen erlaubt es so, rasch ein Vertrauensverhältnis mit dem Zielpublikum herzustellen und die mit der hohen Fluktuation der Frauen in diesem Betätigungsfeld verbundenen Schwierigkeiten auszu-

^a Im vorliegenden Fall treffen die Mediatorinnen die Prostituierten während deren Freizeit (am Morgen oder am Nachmittag).

gleichen. Ausserdem kommt es nicht selten vor, dass den Mediatorinnen die Ankunft neuer Sexarbeiterinnen angekündigt wird. Ebenso gestehen die Betreiber den Mediatorinnen immer mehr Zeit zu, um ihre Arbeit auszuüben.

Die Weiterleitung hin zu verschiedenen Beratungsstrukturen gehört zu den Dienstleistungen, die von den Sexarbeiterinnen am meisten geschätzt werden. Diese Frauen wären ohne die Ermutigung der Mediatorinnen nie mit dem medizinischen und sozialen Netzwerk (insbesondere den Familienplanungsstellen) in Kontakt getreten. Die Mediatorinnen begleiten diese auch persönlich dorthin, falls dies nötig ist. Am besten platziert und akzeptiert wird die HIV-Prävention in der Regel im Rahmen von Dienstleistungen, die auch andere gesundheitliche oder soziale Probleme einbeziehen.

Prostitution und Konsum illegaler Drogen

Am prekärsten ist die Situation von drogenabhängigen Prostituierten. Diese Frauen, die sich prostituieren, um ihren Drogenkonsum zu finanzieren, identifizieren sich nicht mit dem Beruf und werden von den anderen Prostituierten abgelehnt. Da sie von den traditionellen Prostitutionsorten verjagt werden, suchen sie ihre Kundschaft an unsicheren Orten und stellen eine leichte Beute für gewalttätige Freier dar. Sie arbeiten häufig für andere Personen, ihren 'Freund' oder ihren Dealer. Sie befinden sich so in einer Situation der multiplen Abhängigkeit, welche sie dazu bringen kann, unsicheren Sexualpraktiken beizustimmen, die ihnen entweder vom Kunden aufgezwungen werden oder die sie aus finanziellen Motiven akzeptieren.

Im Schnittfeld zwischen den Interventionen des Netzwerks 'Prostitution' und denjenigen des Netzwerks 'Drogenabhängigkeit' haben diese Frauen Bedürfnisse, die besondere Interventionen verlangen. In den grossen Städten bieten ihnen Einrichtungen eine spezielle Betreuung (etwa in Lausanne, Basel, Genf, Zürich). Diese ihrem Lebensrhythmus und ihren Bedürfnissen angepassten Einrichtungen berücksichtigen die meisten Probleme, mit denen sie konfrontiert werden. Die HIV/Aids-Prävention stellt dabei nicht immer das vordringlichste Thema dar, wenn es die Umstände erlauben, wird es jedoch behandelt. Auch wenn das Präventionsmaterial (saubere Spritzen, Präservative, Broschüren etc.) vom Zielpublikum gut akzeptiert wird, setzt das Beratungsangebot voraus, dass die Präventionsakteurinnen vorgängig ein Vertrauensverhältnis mit ihrer Klientel aufgebaut haben, da das Thema nicht unbedingt willkommen ist.

In den kleinen und mittleren Städten sind diese Frauen in den niederschweligen Einrichtungen (NSE) des Hilfsnetzwerks für Drogenabhängige erreichbar. Diese Einrichtungen sind nicht immer geeignet, um Probleme der Prostitution zu behandeln, da sie mehrheitlich von Männern besucht werden und mit der Prostitutionsthematik wenig vertraut sind. Die von der AHS angebotenen Ausbildungen für Fachleute im Bereich der Suchterkrankungen sollen diese Probleme verringern helfen.

Die professionalisierte Prostitution

Hier handelt es sich um professionelle Sexarbeiterinnen, die auch als solche anerkannt sind. Diese Frauen identifizieren sich in einem hohen Mass mit ihrem Beruf und haben die HIV-Präventionsnormen gut integriert. In diesem Segment sind Schweizerinnen als auch Ausländerinnen zu finden, die ihrem Beruf ganz legal nachgehen. Sie stellen eine Zielgruppe des Programms APiS dar und in diesem Segment existieren auch die Prostituiertenvereinigungen.

Escort und gelegentliche Prostitution

Die Frauen, die bei einem *Escort*-Service arbeiten oder sich nur gelegentlich prostituieren, sind durch die Prävention schwierig zu erreichen, einerseits weil sie sich nicht mit dem Beruf der Prostituierten identifizieren, andererseits weil nur sehr beschränkte Kontaktmöglichkeiten bestehen. Im Präven-

tionsmilieu nimmt man an, dass diese Frauen Schwierigkeiten haben, bei ihrer Kundschaft ein Präservativ zu gebrauchen. Ausserdem sind sie mehr oder weniger abhängig von ihrer Agentur und verbergen ihre Tätigkeit vor ihrem Umfeld. Zurzeit gibt es keine Intervention, die sich spezifisch an dieses Prostituiertensegment richtet.

Abdeckung der Präventionsmassnahmen für die Sexarbeiterinnen

Die Abdeckung der Präventionsmassnahmen (APiS und andere Projekte) für im Sexgewerbe tätige Frauen ist in den grossen Agglomerationen im Allgemeinen befriedigend. Die Interventionen sind hier relativ zahlreich und den verschiedenen Prostitutionsegmenten angepasst. In den Kantonen, die in der Peripherie der grossen Stadtzentren liegen, ist die Abdeckung unterschiedlich gut. Berücksichtigt man nur das Programm APiS, sind mehr oder weniger dieselben Abdeckungslücken festzustellen wie für das Programm MSM (siehe 3.4.1). Im vorliegenden Fall ist das Programm in den Mittellandkantonen (NE, JU, FR, SO) nicht vertreten. Nichts deutet aber darauf hin, dass die Prostitution in diesen Kantonen nur eine Randerscheinung ist. Alleine in der Stadt Neuenburg registriert die Stadtpolizei jedes Jahr zwischen 500 und 600 Cabaretkünstlerinnen mit einer L-Bewilligung¹. Trotzdem wurde bis vor kurzem (Mai 2003) keine spezifische Präventionsintervention bei diesen Frauen durchgeführt^a. Desgleichen wurden im Kanton Freiburg zwischen dem 1. November 2001 und dem 31. Oktober 2002 mehr als 600 Aufenthaltsbewilligungen (L-Bewilligung) für Cabaretkünstlerinnen ausgestellt^b. Alle kamen aus Ländern ausserhalb der Europäischen Union (für das betreffende Jahr). Trotz der grossen Zahl dieser Frauen wurde in den letzten Jahren kein einziges Präventionsprojekt durchgeführt. Die genaue Situation in den übrigen Kantonen ohne Programm APiS ist nicht bekannt^c.

Reglementierung der Prostitution und Lobby-Arbeit

Prinzipiell liegt die Zuständigkeit für die Reglementierung der Prostitution bei den Kantonen. Aus diesem Grund haben mehrere in den letzten Jahren eine Reform der Gesetzgebung über die Prostitution unternommen, um diesen Tätigkeitsbereich besser zu kontrollieren (namentlich mittels einer obligatorischen Registrierung der Sexworker). Im Detail auf die erfolgten oder laufenden Reformen in den verschiedenen Kantonen einzugehen, würde den Rahmen dieses Berichts sprengen. Es sei hier nur anzumerken, dass der gesetzliche und administrative Rahmen die Zugangsmöglichkeiten zu den Sexworkern ziemlich stark bestimmt. Einige Bestimmungen zu den Aufenthaltsbewilligungen und den Bedingungen für die Ausübung der Prostitution beinhalten Aspekte, welche für die Prävention praktische Schwierigkeiten schaffen^d. Im besten Fall werden die Präventionsakteure aktiv an den laufenden Gesetzgebungsverfahren beteiligt. Diese Teilnahme ist

^a Die Aids-Hilfe Neuchâtel (*Groupe sida Neuchâtel - GSM*) wollte das Programm APiS einführen, erhielt jedoch nur ein Drittel der notwendigen finanziellen Mittel. Im Mai 2003 konnte dennoch, in Zusammenarbeit mit der kantonalen Ausgabestelle der Bewilligung L, eine reduzierte Intervention auf die Beine gestellt werden. Die Künstlerinnen werden automatisch von zwei Vertretern der GSM erwartet, wenn sie ihre Arbeitserlaubnis abholen (für alle 'neuen' Künstlerinnen derselbe Tag im Monat). Diese beraten sie über HIV/Aids sowie über andere Bereiche. Diese Beratung ist allgemeiner Art und behandelt nicht die Prävention innerhalb der Prostitution: Einerseits weil die Cabaretkünstlerinnen mit einer L-Bewilligung der Prostitution nicht nachgehen dürfen (administrativer und gesetzlicher Widerspruch aufgrund des Ortes, an welchem die Beratung stattfindet), andererseits weil einige unter ihnen sich dessen noch nicht bewusst sind, dass «... sie wahrscheinlich der Prostitution zugeführt werden».

^b Information des Abteilungsleiters des Amtes für Bevölkerung und Migration des Kantons Freiburg.

^c Für den Kanton Solothurn kann man sich insbesondere auf die Fallstudie von Kübler und al³⁴ beziehen.

^d Diese erinnern an die Interessenskonflikte zwischen der Polizei und dem Gesundheitswesen, die während den ersten Massnahmen zur Risikoreduktion bei Drogenkonsumenten entstanden sind.

nicht nur für die Begrenzung der negativen Auswirkungen von neuen gesetzlichen und administrativen Bestimmungen notwendig, sondern auch um die Interessen der Sexworker (namentlich für die Randgruppen) zu vertreten. Es ist hier beizufügen, dass in Abwesenheit von ausreichend organisierten und stabilen Gemeinschaftsstrukturen die Präventionsakteure die Einzigen sind, welche der Stimme der Sexworker im sozialen und politischen System Gehör verschaffen können. In diesem Sinne betreiben sie eine Lobby-Arbeit, um die Rahmenbedingungen der Prostitution zu verbessern^a.

Prävention bei den Freiern (Projekt Don Juan)

Seit 1999-2000 leiten die AHS und ihre Partnerorganisationen im Auftrag des BAG das Projekt Don Juan, das sich an die Kunden von Prostituierten wendet¹⁴. Das Projekt ist lokal auf einige Abende begrenzt und besteht in einer Face-to-Face-Beratung (*Face-to-Face-Freierbildung*). Diese Gespräche finden in der Regel in einem speziell für diese Gelegenheit aufgebauten Zelt in den 'heissen' Quartieren oder direkt in den betreffenden Lokalen statt. Die untenstehende Tabelle zeigt die Abdeckung des Projektes zwischen 2000 und 2003.

Tabelle 3.6 Abdeckung des Projektes Don Juan zwischen 2000 und 2003

Jahr	Städte/Regionen
2000	Genf, Lausanne, St. Gallen, Basel, Luzern, Chur, Tessin
2001	Bern, Basel, Chur, Genf, Lausanne, Zürich
2002	Biel, Basel, Zürich, Chur, Genf, Lausanne, Zürich, Tessin
2003 (im Gang)	Basel, Zürich, Freiburg*, Lausanne, Genf

* Das Freiburger Don-Juan-Projekt (September 2003) hatte vor allem zum Ziel, die Behörden für das Problem der Prostitution zu sensibilisieren. Sie wurde von Empreintes, einer Mitgliedsorganisation der AHS, durchgeführt.

Quelle: AHS

2002 wurden in den verschiedenen Städten insgesamt vierzig Interventionen durchgeführt (5 Abende in jeder Stadt, doppelt so viele in Zürich). Die Akteure (2 bis 5 pro Stadt) sind mit mehr als 2780 Freiern in Kontakt getreten, wobei ungefähr 50% von diesen die Teilnahme an einem Gespräch verweigert haben (ungefähr 50% verweigerten das Gespräch in ZH, zwischen 20 und 30% in den anderen Städten). Nach den Beobachtungen der Akteure sind die Kenntnisse des Zielpublikums bezüglich HIV/Aids lückenhaft und besonders schwach bei den anderen STI.

In der Regel werden die Don-Juan-Aktionen gut aufgenommen. Freier, die einem Gespräch zustimmten, zeigten sich im Grossen und Ganzen für die Präventionsaktionen empfänglich und schätzten die spezifische Beratung, die sie erhielten. Die Sexarbeiterinnen sind ihrerseits die indirekten Empfängerinnen der Intervention. Die Mehrheit unter ihnen fühlt sich vermehrt unterstützt und schätzt insbesondere die Tatsache, dass auch die Freier zur Verantwortung gezogen werden. Zudem erleichtern die Interventionen das Verhandeln über das Schutzverhalten im Rahmen des käuflichen Sexes. Schliesslich scheint es, dass in der Mehrzahl der Städte Don Juan über eine gute

^a Hierzu ist anzumerken, dass ein Schweizer Netzwerk von Personen, die im Sexgewerbe arbeiten, existiert (ProKoRE: Prostitution Kollektiv Reflektion). Diese Gruppe vereinigt ungefähr zwanzig Organisationen, die im Bereich der weiblichen und männlichen Prostitution tätig sind. In ihrer Charta wird der Prävention und der Gesundheitsförderung ein wichtiger Platz eingeräumt.

Abdeckung in den Medien verfügt, diese unterstützt die Bewusstseinsförderung der Bevölkerung hinsichtlich der HIV/Aids-Thematik im Sexgewerbe.

Die Partnerorganisationen wünschen übereinstimmend, dass die Aktion in Zukunft weitergeführt wird. Diese hat sich seither auf das Internet ausgedehnt, dank der seit Februar 2003 von der AHS betriebenen Internetplattform www.don-juan.ch (Pilotprojekt). Diese Plattform bietet präzise Informationen über HIV/Aids sowie über andere STI und 'testet' die Haltung und das Verhalten der Freier gegenüber den Sexarbeiterinnen.

Die Präventionsprogramme im internationalen Vergleich

Bei einer Durchsicht der Literatur² über Interventionsprojekte für Sexworker in Europa konnten zahlreiche Analogien festgestellt werden, sei es im Inhalt oder in der Umsetzung der Interventionen. Die in der Schweiz laufenden Programme teilen die Mehrheit dieser Ähnlichkeiten^a.

- Prävention

In der Regel zeichnen sich alle Projekte durch eine stark präventive Dimension aus. Die Beratung über die STI und die Abgabe von Präventionsmaterial ist einer ihrer Hauptbestandteile. Viele bieten zudem sanitäre Dienstleistungen (Test, Untersuchung, Impfungen, medizinische Behandlungen) und soziale Dienstleistungen an, welche in erster Linie auf die Bedürfnisse der am stärksten ausgrenzten Personen (Migranten ohne Aufenthaltsbewilligung) eingehen.

- Komplementarität zu den bereits bestehenden sanitären Massnahmen

Die Projekte fügen sich komplementär in das Gefüge der bestehenden sanitären und sozialen Massnahmen ein. Im Wesentlichen bieten sie Leistungen an, die innerhalb des Netzwerks nicht existieren oder aus administrativen (keine Leistungen an Nichtberechtigte), organisatorischen (Öffnungszeiten, Distanz zu den Bezirken, in welchen sich die Prostitution abspielt) oder psychosozialen (bieten nicht die von den Sexarbeiterinnen gewünschte Betreuungsqualität – nicht wertend) Gründen nicht zugänglich sind. Die Projekte möchten aus dem Bestehendem das Beste machen und nicht unbedingt neue Einrichtungen schaffen. Die Vernetzungsarbeit und die Anpassung des potenziell Verfügbaren sind wichtig. Insbesondere sollen die negativen sozialen Vorstellungen, durch welche die Sexworker stigmatisiert werden und welche seitens der Präventionsakteure, die sich um sie kümmern sollen, ablehnendes oder verachtendes Verhalten hervorrufen können, umgewandelt werden. Sie umfassen auch eine wichtige Begleitfunktion für die Sexworker, wenn diese Stellen, insbesondere öffentliche, aufsuchen müssen, deren Reaktionen sie fürchten.

- Interventionen durch Peers (Gleichgestellte) und kulturelle Mediatoren

Die in den besonderen Strukturen für Sexarbeiterinnen geleistete Arbeit stützt sich vor allem auf die Interventionen durch Peers, d.h. Gleichgestellte, und kulturelle Mediatoren. Es handelt sich dabei um Personen, die mit dem Prostitutionsmilieu vertraut sind, da sie selber dort gearbeitet haben und die, vertraut mit den Herausforderungen und den Modalitäten dieser Art von Tätigkeit, besser aufgenommen und a priori als glaubwürdiger als andere Präventionsakteure betrachtet werden^b. In einem von starken Migrationsströmen geprägten Umfeld scheint die Rolle der kulturellen Mediatoren eine zentrale Bedeutung einzunehmen. Diese Präventionsakteure haben eine Verbindungsfunktion zwischen Personen aus verschiedenen Umfeldern, deren Vorstellungen und Verhaltensweisen aus einer interkulturellen Perspektive wahrgenommen werden müssen. Diesen Prä-

^a Diese Studie bezog auch Programme für männliche Prostituierte ein.

^b Nicht alle lokalen Projekte des MSW-Programms der AHS nehmen die Hilfe von Mediatoren aus dem Zielpublikum in Anspruch. Dabei ist jedoch anzumerken, dass die Sexworker an der Erarbeitung der im Rahmen dieses Programms abgegebenen Broschüren beteiligt sind.

ventionsakteuren schliessen sich, je nach den Besonderheiten des Projektes, andere Akteure mit verschiedenen beruflichen Profilen an (Medizin- oder Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Juristen etc.).

- Ressourcen

Viele Projekte wurden von nicht gewinnorientierten regierungsunabhängigen Organisationen umgesetzt. Ihre Durchführung wird mit Subventionen der öffentlichen Hand sowie mit Unterstützungsgeldern privater Organisationen (Stiftungen) sichergestellt. Die gewährten Mittel sind der Art, der Verschiedenheit und der Dringlichkeit der auf diesem Gebiet anzutreffenden Probleme häufig nicht angepasst. Sie werden zudem häufig nur für einen begrenzten Zeitraum garantiert. Der Mangel an Mittel und die Unsicherheiten bezüglich der Zukunft bilden ein gemeinsames Anliegen der Leiter von zahlreichen Projekten. Sie haben ausserdem eine negative Auswirkung auf die Personalpolitik (unsichere Löhne, Motivationsverlust, Schwierigkeit, die Mitarbeiter zu halten, insbesondere die 'Gleichgestellten' – in der Regel die, die am schlechtesten bezahlt werden).

- Akzeptanz durch das Zielpublikum

Bis auf einige wenige Ausnahmen ist bei den Projekten festzustellen, dass ihre Angebote ein Publikum finden und dieses einen hohen Zufriedenheitsgrad bezeugt. Einige Bereiche der Prostitution (Escort-Services, Personen, die ihre Dienste auf Internet anbieten, Jugendliche etc.) sind jedoch schwierig zu erreichen; die Probleme, welche die illegale Einwanderung stellt, machen diese aufgrund gesetzlicher oder polizeilicher Massnahmen noch vorsichtiger und durch die begrenzten Mittel der Projekte ist es nicht möglich, diese Personen zu erreichen.

Überblick

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die wichtigsten Aspekte der Umsetzung der Präventionsaktivitäten bei den Sexarbeiterinnen.

Initiative	Interventionsmodalitäten	Akteure	Leistungen	Abdeckung
Nationales Programm APIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Outreachworker</i> ▪ Kulturelle Mediatorinnen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AHS ▪ NGO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung, Abgabe von Prophylaxe- und Informationsmaterial, Orientierung über Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens für Prostituierte aus dem Ausland 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In ungefähr 15 Regionen der Schweiz ▪ Gute Abdeckung in den grossen Städten, im übrigen Gebiet unregelmässige Abdeckung
NGO-Projekte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Outreachworker</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NGO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung, Prophylaxematerial, soziale und medizinische Leistungen ▪ Zudem Injektionsmaterial für drogenabhängige Prostituierte und für Frauen, die im weiten Umfeld der Prostitution arbeiten (Nachtlokale) ▪ Lobbyarbeit bei politischen und administrativen Behörden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Allgemeinen zufriedenstellend in den grösseren Städten, aber dürftig in den übrigen Gebieten ▪ Die Interventionen in den Nachtlokalen sind nicht allgemein verbreitet ▪ Keine besondere Intervention bei Frauen im <i>Escort Service</i>
An die Freier gerichtetes nationales Projekt 'Don Juan'	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Outreachworker</i> ▪ Internetseite www.don-juan.ch 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AHS ▪ NGO ▪ AHS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung der Freier ▪ Informationen über HIV und andere STI, Selbstevaluation der Haltung und des Verhaltens gegenüber Prostituierten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einige Abende in einer begrenzten Anzahl Städten (2000: 7, 2001: 6, 2002: 8) ▪ Seit Anfang 2003 in der Versuchsphase

IUMSP/UEPP

3.4.4 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<p>■ Das Prostitutionsmilieu ist sehr heterogen, einerseits im Bezug auf die betroffenen Bevölkerungsgruppen und andererseits in Bezug auf die Orte, an denen Prostitution ausgeübt wird. Es vereint ausserdem verschiedene Kategorien von Sexarbeiterinnen, die sich nicht alle als Prostituierte betrachten. Ein Teil von ihnen ist überhaupt nicht erreichbar für die Präventionsinterventionen und/oder lebt in einem Zustand der Unterwerfung oder der multiplen Abhängigkeit. Aufgrund dieser Heterogenität müssen die Präventionsinterventionen differenziert und den Bedingungen angepasst werden, in denen die Sexarbeiterinnen ihre Tätigkeit ausüben und der Art, wie sie sich ihre Tätigkeit vorstellen.</p>	<p>⇒ Aufgrund der Heterogenität des Prostitutionsmilieus müssen die Präventionsinterventionen differenziert und den Bedingungen angepasst werden, in denen die Sexarbeiterinnen ihre Tätigkeit ausüben und der Art, wie sie sich ihre Tätigkeit vorstellen.</p>
<p>■ Der gesetzliche Rahmen schränkt die Möglichkeiten der Präventionsakteure, die Prostituierten zu erreichen, ziemlich stark ein, insbesondere bei ausländischen Prostituierten. Einige gesetzliche und administrative Bestimmungen über die Aufenthaltsbewilligungen und die Bedingungen zur Ausübung der Prostitution bringen Aspekte mit sich, die für die Prävention praktische Schwierigkeiten schaffen.</p>	<p>⇒ Die Präventionsakteure müssen aktiv in künftige oder noch laufende Gesetzgebungsverfahren in den Kantonen einbezogen werden.</p>
<p>■ Das Erreichen des Zielpublikums wird durch mindestens drei Faktoren erleichtert: a) die aktive Unterstützung der Gesundheitsbehörden, b) die Zusammenarbeit mit den Betreibern der Lokale in der Sexszene in Bezug auf Präventionsinterventionen, c) die Dauerhaftigkeit und der Bekanntheitsgrad der Interventionen.</p>	<p>⇒ Damit dieser erleichterte Zugang zum Zielpublikum aufrechterhalten und erweitert werden kann, braucht es:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Die aktive Unterstützung der Gesundheitsbehörden und das Wohlwollen der Lokalbetreiber (oder der Agenturen);▪ nicht kooperativwillige Betreiber müssen gezwungen werden, die Präventionsinterventionen zuzulassen;▪ Interventionen desselben Typs müssen unter einem gemeinsamen Label, das für Zielpublikum und Betreiber der Lokale in der Sexszene Wiedererkennungswert besitzt, vereint werden.
<p>■ Die HIV/Aids-Prävention ist für Sexarbeiterinnen nicht unbedingt das Hauptanliegen. Sie sind meist mit einer Vielfalt von juristischen, sozialen und gesundheitlichen Problemen konfrontiert. Daher findet die HIV-Prävention am besten innerhalb von Angeboten, die auf diese verschiedenen Probleme erweitert werden, ihren Platz und wird so auch akzeptiert.</p>	<p>⇒ Damit den Bedürfnissen besser entsprochen werden kann, müssen formelle Vereinbarungen mit dem Sozial- und Gesundheitsnetzwerk getroffen werden, damit die Sexarbeiterinnen in den für sie bestimmten Strukturen akzeptiert werden. Die Aufmerksamkeit der kantonalen Gesundheitsbehörden muss zudem auf die Notwendigkeit gelenkt werden, die Betriebsmodalitäten der Gesundheitsdienste den Besonderheiten dieser Bevölkerungsgruppe anzupassen (Öffnungszeiten, Ausbildung und Verhalten des Pflegepersonals).</p>

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<p>■ Die Wirksamkeit der Interventionen hängt von einem langfristigen Engagement ab, sowohl auf der Ebene des nationalen Programms (APiS), der Interventionen, als auch der Präventionsakteure selber. Die Notwendigkeit, längerfristig zu denken, ist nicht vereinbar mit dem kurzfristigen Finanzierungsmodus, der einerseits negative Auswirkungen auf das Engagement und auf die Arbeitsbedingungen der Präventionsakteure hat und andererseits die Projektverantwortlichen dazu verpflichtet, wertvolle Zeit für die Geldsuche zu opfern.</p>	<p>⇒ Eine Verlängerung der Leistungsverträge zwischen den kantonalen oder kommunalen (oder eidgenössischen) Verwaltungen und den betreffenden NGO ist notwendig.</p>
<p>■ Die Prostitution ist ein sich ständig veränderndes Phänomen, das durch hohe Migrationsströme geprägt ist.</p>	<p>⇒ Aufgrund dem hohen Migrationsanteil und dem sich ständig verändernden Prostitutionsphänomen ist es wichtig, dass die Schweizer Präventionsprojekte für Sexarbeiterinnen neben anderen nationalen Projekten (Projekte MSW und MSM) in den entsprechenden europäischen Netzwerken (Europap/Tampep^a) vertreten sind.</p>
<p>■ Präventionsinterventionen bei Freiern (Projekt Don Juan) werden insbesondere von den Sexarbeiterinnen geschätzt. Die Entwicklung eines Verantwortungsbewusstseins und die Sensibilisierung der Freier für HIV-Infektionsrisiken (oder andere STI) sollen die Verhandlungsfähigkeiten der Sexarbeiterinnen stärken.</p>	<p>⇒ Der Erfolg dieser Interventionen bei den verschiedenen Parteien spricht für deren Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung.</p>

3.4.5 Sexarbeiter

Die männliche Prostitution vollzieht sich mehr oder weniger offen in den grossen Städten, in der Umgebung von Bahnhöfen, in Saunas, in einigen Schwulenclubs oder Schwulenbars. Sie ist im Internet, in einigen Titeln der homosexuellen Presse und in den regionalen Tageszeitungen präsent. Gemäss der AHS gibt es derzeit in der Schweiz zwischen 1000 und 2500 Sexarbeiter¹⁵.

Seit 1999 koordiniert die AHS im Auftrag des BAG das Projekt MSW (*Male Sex Work*), ein Präventionsprogramm, das sich speziell an männliche Sexarbeiter richtet^b. Auf lokaler Ebene wird das Programm durch einen ORW, der an eine AHS-Stelle oder einer Vereinigung angeschlossen ist, durchgeführt. Der Zugang zum Zielpublikum wird im Wesentlichen durch Outreachwork (Abgabe von Präventionsmaterial) mit einer möglichen Vertiefung in Form von persönlichen Konsultationen sichergestellt^c.

^a <http://www.europap.net/>, Siehe auch Anmerkung b, Seite 57.

^b Im Gegensatz zum Projekt APiS, das nicht in das europäische Prostitutionsnetzwerk TAMPEP integriert ist, wird das Programm MSW in ein entsprechendes Netzwerk eingebunden (ENMP): <http://www.enmp.org/>.

^c Für weitere Einzelheiten zu diesem Projekt, siehe die Beiträge von verschiedenen Präventionsakteuren anlässlich einer Tagung, die im August 2003 von der AHS zum Thema der männlichen Prostitution organisiert wurde. Verfügbar auf <http://www.malesexwork.ch/>.

Das Programm wird in den drei grössten Agglomerationen des Landes durchgeführt: In Zürich, Basel-Stadt und Genf sowie in Luzern (Tabelle 3.7). Das Programm wurde früher ebenfalls in Bern durchgeführt, aus finanziellen Gründen und aufgrund eines zu schwierigen Zugangs zum Zielpublikum wurde das Projekt jedoch im Januar 2000 eingestellt¹⁶. Wie aus Tabelle 3.7 ersichtlich ist, unterscheiden sich die Arbeitspensen der ORW von einer Stadt zur andern stark. Sie reflektieren augenscheinlich die Grösse der MSW-Szene in jeder Stadt.

Tabelle 3.7 Abdeckung des Programms MSW (Male Sex Work)

Stadt	Organisation	Arbeitspensum
Zürich	Beratungsstelle HERMANN (Verein Zürcher Sozialprojekte)	170%
Basel-Stadt	Aids-Hilfe beider Basel	50%
Genf*	Aspasie ^a	40%
Luzern	Aids-Hilfe Luzern	20%

* Ursprünglich wurde das Projekt Dialogai (Homosexuellenvereinigung und AHS-Stelle) anvertraut, nach einer Restrukturierung der Vereinstätigkeit und auf Wunsch der ORW wurde das Projekt jedoch im April an Aspasie, Genfer Hilfsorganisation für Prostituierte, übertragen.

Quelle: AHS

In Zürich ist das Programm MSW in einer breiteren Betreuungsstruktur eingegliedert, die ein Beratungsbüro, eine monatliche Gesundheitssprechstunde und einen Treffpunkt umfasst¹⁷. In Genf findet zweimal wöchentlich eine Sprechstunde in den Räumlichkeiten der Aspasie statt (abends). Der ORW hat zudem eine Website aufgeschaltet^b, auf der gewisse Dienstleistungen ausschliesslich den Sexarbeitern vorbehalten sind (insbesondere die Beratung durch den ORW oder andere Sexarbeiter).

- Relevanz und Akzeptanz der Interventionen

Kurz nach seiner Lancierung wurde das Programm MSW unter dem Gesichtspunkt der Nachhaltigkeit der lokalen Projekte in den Städten Basel, Bern, Genf und Zürich evaluiert¹⁶. Diese Studie bewertete die Art der Interventionen, die im Rahmen dieses Programms entwickelt wurden. Es stellte sich heraus, dass die Arbeit auf der Strasse wirksam ist, um das Zielpublikum zu erreichen. Es ist beizufügen, dass diese Feststellung vor allem dann zutrifft, wenn die männliche Prostitution innerhalb einer örtlich begrenzten, relativ grossen Szene ausgeübt wird, was vor allem in den grossen Stadtzentren wie Zürich, Basel und Genf sowie Luzern der Fall zu sein scheint.

Allgemein ausgedrückt können durch die Arbeit auf der Strasse die Bedürfnisse der Sexarbeiter am genauesten eingeschätzt werden; dabei kann ein Vertrauensverhältnis, auf dem die Prävention eigentlich beruht, aufgebaut werden. Wie Christine Spreyermann¹⁸ bereits festgestellt hat und wie ebenfalls im Abschnitt über die Sexarbeiterinnen (Kap. 3.4.3) hervorgehoben wurde, sind die mit der Prävention bei dieser Bevölkerungsgruppe beauftragten Personen auch diejenigen, die den bedürftigsten Menschen Zugang zu den grundlegendsten Gesundheitsdienstleistungen verschaffen können.

^a Aspasie definiert sich als: «... une association de solidarité qui, dans une attitude de non jugement, défend les droits des personnes travaillant dans les métiers du sexe» (... Solidaritätsvereinigung, welche – ohne zu werten oder zu verurteilen – die Rechte von Menschen, die im Sexbusiness arbeiten, verteidigt).

^b <http://www.malesexwork.net/>.

Wenn auch die Prävention von HIV/Aids und anderen STI das Kernstück der Interventionen bildet, so bevorzugt das Programm doch eine globale Annäherung an die Problematik der männlichen Prostitution. Zu diesem Zweck behandelt das abgegebene Informationsmaterial nicht nur Infektionsrisiken, sondern auch die Risiken, die mit der Ausübung der Prostitution verbunden sind: Schwierigkeiten, die mit den Freiern auftreten können, der Konsum von verbotenen Substanzen, Probleme mit der Polizei etc. Die Behandlung dieser Themen entspricht in adäquater Weise den klar definierten Bedürfnissen. Der Umstand, dass die Sexarbeiter an der Erarbeitung des Broschüreninhaltes teilnehmen, erleichtert die Aufnahme der Botschaften. Allgemein ausgedrückt hat das Material ebenso wie auch das Programm selber eine sozialisierende Tragweite: Sie schaffen günstige Bedingungen für die Entwicklung einer beruflichen Identität und handhaben somit besser die Risiken, die ihre Tätigkeit mit sich bringt.

- Faktoren einer verstärkten Vulnerabilität

Der Migrantenstatus, der Drogenkonsum und der Mangel an Erfahrung sind Faktoren für eine verstärkte Vulnerabilität in Bezug auf die Infektionsrisiken^{1,2}. Eine Studie über die Situation in Basel stellt fest, dass die Osteuropäer zu den am stärksten gefährdeten Gruppen gehören¹. Die meisten haben sehr mangelhafte Kenntnisse über HIV und andere STI. Viele sind bereits bei ihrer Ankunft gesundheitlich angeschlagen und kennen ihren HIV-Serostatus nicht. Hinzu kommt das Sprachproblem, das eine nicht zu vernachlässigende Behinderung für die Präventionsarbeit darstellt, insbesondere wenn es darum geht, die Bedürfnisse zu identifizieren und die Intervention in Form einer psychosozialen Betreuung zu vertiefen^a. Ausländischen Broschüren, namentlich diejenigen der Deutschen Aids-Hilfe, helfen jedoch, diese Schwierigkeiten zu mindern. Drogenkonsumenten und unerfahrene Sexarbeiter benötigen ebenfalls eine besondere Aufmerksamkeit. Im Gegensatz zu den MSW, die eine gefestigte berufliche Identität besitzen, praktizieren sie die Sexualkontakte nicht nur zu niedrigeren Preisen, sondern stimmen auch ungeschützten Sexualkontakten zu. In Basel scheint es, dass die Akteure aus dem Bereich der Suchthilfe nicht ausreichend auf diese Problematik sensibilisiert sind. Die Stigmatisierung durch andere Drogenkonsumenten und die Unkenntnis der Drogenfachleute begrenzen die Aktionskapazität in diesen Betreuungseinrichtungen.

Abdeckung der MSW-Präventionsmassnahmen

Obwohl das Programm MSW nur in vier Städten durchgeführt wird, deckt es wahrscheinlich einen grossen Teil der männlichen Prostitutionsszene in der Schweiz ab, auf jeden Fall den sichtbarsten Teil. Insofern erscheint die Abdeckung des Programms angemessen. Das Konzept der vorgesehenen Interventionen scheint für die MSW-Szenen, wie sie sich in den einzelnen Städten präsentieren, passend zu sein. Die Präsenz einer relativ grossen, stabilen und mehr oder weniger gut lokalisierbaren Szene ist in gewisser Weise eine notwendige Bedingung für die Einführung und dauerhafte Verankerung des Programms. In Bern war der Abbruch des Programms MSW teilweise an die Schwierigkeit, das Zielpublikum zu erreichen, gebunden (aber auch an finanzielle Gründe).

In den Städten, in denen das Programm MSW nicht eingeführt wurde, ist es schwierig, eine verlässliche Diagnose über das Ausmass und die Merkmale dieser Prostitution zu erstellen. Die Untersuchungen sind nicht nur durch das Fehlen oder die Nichtlokalisierbarkeit der männlichen Prostitution begrenzt, sondern auch durch den Mangel an ausreichend über dieses Phänomen unterrichteten Antwortenden.

^a Unter den Staatsangehörigen der ehemaligen Sowjetunion sind Schreib- und Leseunkundigkeit nicht selten. In diesen Fällen sind Broschüren mit mehrheitlich schriftlichen Texten nicht von grossem Nutzen².

- Beobachtungen in Städten, in denen das Programm MSW nicht eingeführt wurde

Ausserhalb der grossen Stadtzentren ist die männliche Prostitution praktisch nicht an ein Gebiet gebunden: Die Kleinanzeigen in der regionalen Presse oder auf bestimmten Internetseiten stellen die Haupttreffpunkte zwischen Angebot und Nachfrage dar. Die Sexarbeiter suchen ihre Kundschaft in einem relativ grossen geographischen Gebiet, das die Kantonsgrenzen bei weitem überschreitet. Einige prostituieren sich auf mehr oder weniger professionelle Weise (*Escort*). Andere machen dies gelegentlich (Gelegenheitsprostituierte) und aus punktuell auftretenden finanziellen Bedürfnissen. In mehreren Städten erwies es sich, dass sich einzelne Drogenkonsumenten prostituierten, um ihren Drogenkonsum zu finanzieren. Meistens suchen sich diese Männer ihre Kundschaft an öffentlichen Orten (Toiletten, Parks etc.). Sie verfügen vermutlich über keine Unterstützung, die ihrer Situation angepasst ist. Schliesslich können geschlossene Orte wie die Saunas den Konsum von käuflichem Sex begünstigen. Über die Haltung der Betreiber ist diesbezüglich beinahe nichts bekannt.

Die Präventionsprogramme im internationalen Vergleich

Siehe entsprechender Abschnitt im Kapitel 'Sexarbeiterinnen' auf S. 114 und insbesondere folgende Abschnitte: Prävention, Komplementarität zu den bereits bestehenden sanitären Massnahmen und Interventionen durch 'Gleichgestellte' und kulturelle Mediatoren.

Überblick

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die wichtigsten Aspekte der Umsetzung der Präventionsaktivitäten bei Sexarbeitern.

Initiative	Interventionsmodalitäten	Akteure	Leistungen	Abdeckung
Nationales Programm MSW	▪ <i>Outreachworker</i>	▪ Regionale Aids-Hilfen	▪ Information, Beratung, psychosoziale Begleitung, medizinische Behandlung (nur in ZH)	▪ Projekt in fünf Städten (ZH, BS, GE, LU und BE; wurde 2000 jedoch unterbrochen), das einen Grossteil der Schweizer 'Szene' der männlichen Prostitution repräsentiert ... wenigstens der sichtbarste Teil davon
	▪ Internetseiten www.malesexwork.ch www.malesexwork.net	▪ AHS und Aids-Hilfe Genf	▪ Information, Beratung	▪ Gesamtschweizerisch ▪ Rund um die Uhr zugänglich

IUMSP/UEPP

3.4.6 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<p>■ Es ist schwierig, eine verlässliche Diagnose der lokalen Situation im Bereich der männlichen Prostitution (<i>Settings</i>, Ausmass und Entwicklung des Phänomens) für Regionen zu erstellen, in welchen das MSW-Programm nicht eingeführt wurde oder nicht mehr durchgeführt wird.</p>	<p>⇒ In den Regionen, in denen das Programm MSW nicht oder nicht mehr durchgeführt wird, ist es notwendig, die ORW des Programms MSM sowie andere potenziell von der MSW-Problematik betroffenen Präventionsakteure folgendermassen zu sensibilisieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstellen einer verlässlichen Diagnose über die Situation oder wiederholte Diagnose; ▪ Abklärung, ob ein Bedarf besteht, das Programm MSW einzuführen; ▪ Abklärung, ob es möglich ist, über bereits bestehende Angebote oder Programme zu intervenieren.

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<p>■ In einigen Städten, in denen das MSW-Programm nicht eingeführt wurde, existieren lokale und wenig bekannte Szenen der männlichen Prostitution. Die Männer, häufig Drogenkonsumenten, die hier ihre Kundschaft finden, kommen vermutlich nicht in den Genuss einer ihrer Situation angepassten Intervention.</p>	<p>⇒ Ist die Präsenz kleiner, lokalen Szenen bekannt, müssen sich die ORW des Programms MSM um diese kümmern und im Rahmen ihrer Möglichkeiten intervenieren, im gegebenen Fall auch mit der Unterstützung anderer Präventionsakteure.</p>
<p>■ Sexuelle Dienste gegen Entgelt werden vermutlich in Saunen oder Sexclubs konsumiert. Es ist jedoch nicht bekannt, welche Haltung die Betreiber dieser Lokale dazu einnehmen und wie sie dabei vorgehen.</p>	<p>⇒ Es wäre von Nutzen, die MSW-Problematik in die Überlegungen zur Rolle der Sauna- oder Sexclub-Betreiber im Präventionsmassnahmenkatalog einzubeziehen (siehe 3.4.1).</p>

3.4.7 Drogenkonsumierende

Die Abgabe von Injektionsmaterial und von Präservativen bildet den Schwerpunkt des Angebotes zur Prävention der HIV/Aids- und der Hepatitisübertragung. Mehrere Arten von Einrichtungen sind in der Lage, diese Leistungen zu erbringen:

- Niederschwellige Einrichtungen (NSE) für Personen, die sich Drogen injizieren;
- Apotheken;
- Programme zur heroingestützten Behandlung;
- andere Einrichtungen (Strafvollzugsanstalten, Drogenentzugseinrichtungen, Spritzen- und Präservativabgabeautomaten).

Niederschwellige Einrichtungen (NSE)

Diese Einrichtungen für Menschen, die sich Drogen injizieren, tauchten in der Schweiz erstmals Ende der 1980er Jahre auf. Sie bemühen sich, den Gesundheitszustand der Drogenkonsumierenden in der aktiven Phase der Drogenabhängigkeit, die noch nicht bereit sind für einen Entzug oder die einen Rückfall erlitten, stabil zu erhalten. Einige verfügen zusätzlich zum Spritzentausch über einen Injektionsraum, ein Raum, in dem sich die Drogenkonsumierenden unter guten Hygienebedingungen und in aller Ruhe ihre eigenen, auf dem Schwarzmarkt erworbenen Substanzen injizieren können. Diese Einrichtungen garantiert insgesamt ausserdem eine Verbindung zwischen Strasse und den sozialen und medizinischen Diensten, welche schwerer zugänglich sind. Ihre Finanzierung geht in der Regel zu Lasten der Städte oder Kantone, in denen sie sich befinden.

Seit 1993 führt die UEPP/IUMSP eine Studie über die NSE (fortlaufende Sammlung von Daten zur Abgabe von Injektionsmaterial in den NSE¹⁹ und wiederholte Befragungen der Klientel der NSE⁶ (siehe Kapitel 2.4: Die abhängigen Drogenkonsumierenden). Ende 2002 nahmen 26 NSE an dem nationalen Monitoring teil^a. Die NSE sind in 11 Kantonen vorzufinden^b, die Mehrheit befindet sich in der Deutschschweiz (siehe Anhang zu diesem Kapitel). 11 NSE verfügen über einen Injektionsraum^c.

^a Die abgegebenen Spritzen werden monatlich gezählt (sei es durch direktes Abzählen oder sei es unter Bezugnahme auf das Lager) und die Daten einmal pro Jahr dem IUMSP übermittelt. Dasselbe gilt im Prinzip auch für die Präservative, die Statistik wird von den NSE jedoch nicht mit der gleichen Sorgfalt verfolgt.

^b Die 11 Kantone sind AG, BE, BS, GE, JU, LU, SG, SH, SO, VD, ZH.

^c Die 11 Einrichtungen mit einem Injektionsraum befinden sich in BE 2, BS 2, ZH 4, SO 1, SH 1, GE 1.

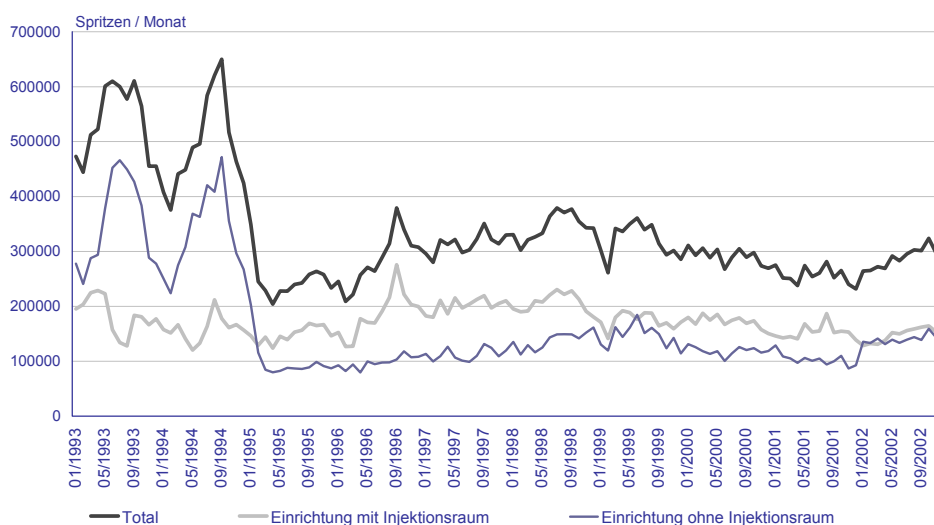
- Anzahl verteilter Spritzen in den NSE

Abbildung 3.2 zeigt die Entwicklung der Abgabe von Injektionsmaterial in den NSE von 1993 bis 2002 auf. Nach einem Spitzenwert in 1993 und 1994 ist die Spritzenabgabe in den NSE 1995 stark gesunken, die Anzahl sank von 6'400'000 Spritzen im Jahr 1993 auf 3'000'000 im Jahr 1995. Seither ist die Anzahl der verteilten Spritzen bis 1998 schrittweise auf 4'100'000 Spritzen angestiegen, um dann zwischen 3'800'000 (1999) und 3'100'000 (2001) zu schwanken. 2002 wurden gesamthaft 3'500'000 Spritzen in den NSE verteilt, dies entspricht einem monatlichen Durchschnitt von 290'000 Spritzen.

- Anzahl der verteilten Präservative in den NSE

Alle NSE stellen ihrer Klientel Präservative zur Verfügung, aber nur eine Minderheit erstellt eine monatliche Aufstellung der verteilten Präservative: 7 von 26 im Jahr 2002 (dies lässt vielleicht auf die Aufmerksamkeit schliessen, die der Prävention im sexuellen Bereich in diesem Einrichtungstyp beigemessen wird). Diese 7 Einrichtungen (2 in BS, 1 in Solothurn, 3 in Bern, 1 in Luzern) haben 2002 insgesamt 72'818 Präservative verteilt. In den Einrichtungen, in denen die Entwicklung der Präservativabgabe im Laufe der Zeit verfolgt werden kann (z. B. in dem Injektionsraum in Basel und im Spritzenabgabebus in Luzern) ist festzustellen, dass diese zwischen 1993 und 2002 wenig angestiegen ist.

Abbildung 3.2 Entwicklung der Anzahl Spritzen, die in den NSE in der Schweiz 1993-2002 verteilt wurden*



* Zahl der niederschweligen Einrichtungen (NSE):
1993: N=28, 1994: N=23, 1995: N=23, 1996: N=25, 1997: N=26, 1998 und 1999: N=27,
von 2000 bis 2002 N=26

IUMSP/UEPP

- Nutzung der niederschweligen Angebote (NSE)^a

Die NSE werden sehr häufig besucht. Die Mehrheit der Benutzer begeben sich regelmässig dorthin: 36% gehen beinahe jeden Tag dorthin, 40% ein- bis zweimal pro Woche und 24% gelegentlich (nationale Befragung bei der Klientel der NSE im Jahr 2000⁶). Die durchschnittliche Dauer der Besuche in den NSE ist relativ hoch (5 Jahre). Für drei Viertel der Besucher sind die NSE der Hauptversorgungsort für steriles Spritzenmaterial.

^a Quelle: Befragung der Klientel der NSE im Jahr 2000.

Apotheken und heroingestützte Behandlungsprogramme

In 15 Kantonen sind die Apotheken die Hauptversorgungsquelle für Spritzen, aber die zur Verfügung gestellte Menge ist relativ niedrig im Vergleich zu den Kantonen mit NSE. Die Zahl der in Apotheken abgegebenen Spritzen wird auf monatlich 120'000 geschätzt²⁰.

Injektionsmaterial wird auch im Rahmen der heroingestützten Behandlung HeGeBe abgegeben. Im Jahr 2000 wurden schätzungsweise 93'500 Spritzen monatlich gebraucht.

Insgesamt wurden also in der Schweiz gegen 500'000 Spritzen pro Monat in den drei hauptsächlichen Einrichtungstypen (NSE, Apotheken und heroingestützte Behandlungsprogramme) verteilt oder verkauft.

Gefängnisse

Einige Gefängnisse stellen ihren Insassen Injektions- oder Desinfektionsmaterial zur Verfügung. Die letzten veröffentlichten Daten aus dem Jahr 1999²¹, die aus verschiedenen Quellen stammen, sagen aus, dass mehrere Anstalten Präventivmassnahmen hinsichtlich der Drogeninjektion getroffen haben, sei dies durch die Abgabe von Injektionsmaterial (8 Anstalten) oder durch die Verteilung von Desinfektionsmitteln mit Gebrauchsanweisung (10 Anstalten). Diese Anstalten decken ungefähr ein Drittel aller inhaftierten Personen in der Schweiz ab. Das Angebot hat sich zweifelsohne seitdem weiterentwickelt, die derzeitige Abdeckung ist jedoch nicht bekannt.

Überblick

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die wichtigsten Aspekte der Umsetzung der Präventionsaktivitäten bei Drogenkonsumierenden.

Initiative	Interventionsmodalitäten	Akteure	Leistungen	Abdeckung
Lokale Projekte des Gemeinwesens (Kantone und Gemeinden) oder der NGO	▪ 'Niederschwellige' Sozial- und Gesundheitseinrichtungen welche Injektionsmaterial und Präservative abgeben	▪ Gemeinwesen ▪ NGO	▪ Abgabe von Injektionsmaterial (3.5 Millionen Spritzen wurden 2002 in den niederschweligen Einrichtungen abgegeben) ▪ Präservative, Beratung, Weiterweisung an andere Sozial- und Gesundheitsdienste, medizinische Grundversorgung ▪ Räume für den Konsum von Drogen (Injektions- und Raucherräume)	▪ Geographisch ungleichmässige Abdeckung der Schweiz (26 niederschwellige Anlaufstellen – davon 11 mit einem Raum für den Konsum von Drogen – in 11 Kantonen). Mehr Anlaufstellen in der Deutschschweiz, vor allem in den grossen Städten ▪ Leistungsangebot ungleichmässig
Gemeinwesen	▪ Gefängnisse	▪ Kantone	▪ Abgabe von Injektions- und Desinfektionsmaterial, Präservative	▪ Ungefähr ein Drittel aller inhaftierten Personen
Privat	▪ Apotheken	▪ Apotheken	▪ Verkauf von Injektionsmaterial (schätzungsweise 120'000 Spritzen pro Monat), Beratung	▪ In 15 Kantonen, Hauptquelle der Spritzenversorgung. Keine neueren Daten über das wirkliche Ausmass und die Qualität des Angebots
Kantone, private Ärzte	▪ Therapiezentren, insbesondere Programm der heroingestützten Behandlung (HeGeBe)	▪ Kantone, Ärzte	▪ Abgabe von Injektionsmaterial (schätzungsweise 94'000 pro Monat für die HeGeBe), Beratung, Präservative	▪ 21 Zentren in 11 Kantonen für das Heroinprogramm ▪ Unbekannte Abdeckung für die anderen Angebote

3.4.8 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<ul style="list-style-type: none">■ Die Schweiz verfügt über ein breites und stabiles Netz von Einrichtungen, die zur Prävention der HIV-Übertragung auf dem Injektionsweg bei Drogenkonsumierenden beitragen. Die zur Verfügung stehenden Daten (NSE) deuten auf eine Stabilisierung der Abgabe von Injektionsmaterial hin.	<p>⇒ Die Abgabe von Injektionsmaterial könnte noch ausgeweitet werden, namentlich in Kantonen ohne NSE oder Spritzenabgabeautomaten. Zudem müssen auch andere Materialien für die Injektionsvorbereitung (steriles Wasser, Löffel, Filter, Watte sowie Desinfektionsmittel) und Präservative abgegeben werden.</p>
<ul style="list-style-type: none">■ Der im Rahmen der Evaluation über das nationale Monitoring der Spritzenabgabe in den NSE eingeführte Massnahmenkatalog funktioniert und ist nützlich, um die Abdeckung der Präventionsaktivitäten zu messen.	<p>⇒ Das nationale Monitoring der Spritzenabgabe muss weiterverfolgt und erweitert werden, insbesondere beim Verkauf durch die Apotheken (periodisch zu wiederholende Befragungen) und bei der systematischen Sammlung von Daten über die in den NSE abgegebenen Präservative.</p>
<ul style="list-style-type: none">■ Die Präventionsaktivitäten bezüglich der sexuellen HIV-Übertragung sind in den NSE unvollständig dokumentiert und offenbar noch ungenügend.	<p>⇒ Die Prävention der sexuellen HIV-Übertragung, in einen allgemeineren Kontext der sexuellen Gesundheit gestellt und einschliesslich der Prävention von STI, unerwünschten Schwangerschaften und von sexueller Gewalt etc., muss in den NSE sowie in den anderen Einrichtungen für Drogenkonsumierende (insbesondere in den Behandlungseinrichtungen) verstärkt werden.</p>

3.4.9 Gefährdete Jugendliche

Die gefährdeten Jugendlichen bilden kein stabiles und homogenes Bevölkerungssegment, sondern zeichnen sich vor allem durch ihren Weg in die soziale Ausgrenzung aus. Sie wurden von der Schule, vom Ausbildungssystem, ja sogar von der Arbeitswelt, ausgeschlossen oder stehen kurz davor, ausgeschlossen zu werden. In der Regel wird davon ausgegangen, dass diese Jugendlichen durch das traditionelle Sicherheitsnetz (Familie, Schule, Arbeit, Wohnung usw.) gefallen sind. Von der heutigen Gesellschaft ausgegrenzt, sind sie nicht nur schwierig zu erreichen, sondern es ist auch schwer, ihnen zu helfen³. Sie stellen keine eigenständige Zielgruppe dar, da sie aus soziologischer Sicht unter keine vordefinierte oder bestehende Kategorie fallen.

Die Unterstützung, die diesen Jugendlichen zuteil kommen kann, begrenzt sich nicht auf einzelne Interventionen, sondern auf eine koordinierte Aktion, die verschiedene Akteure des Sozial- und des Gesundheitswesens mit einbezieht. Derzeit existiert kein spezifisches nationales Programm für die HIV-Prävention bei gefährdeten Jugendlichen^a. Sie sind hingegen häufig eine prioritäre Zielgruppe für Präventionsinterventionen auf lokaler Ebene.

^a 1996 stellte das BAG ein Programm mit dem Titel 'Young people close to risk' auf die Beine, dessen Ziel es war, Interventionsprojekte zur HIV-Prävention und Gesundheitsförderung bei gefährdeten Jugendlichen zu unterstützen. Dieses Programm wurde hauptsächlich über den Film 'Eldorado' finanziert, jedoch in der Folge abgebrochen. Es bestehen nationale Präventionsprojekte im Bereich der Gesundheitsförderung und der Prävention, die sich nicht spezifisch auf HIV/Aids ausgerichtet sind, darunter: *Fantasy Project* und der Dachverband offene Jugendarbeit. Diese verschiedenen, nicht HIV/Aids-spezifischen Angebote werden an dieser Stelle nicht näher behandelt. Gegenwärtig existiert kein spezielles nationales Programm für die HIV-Prävention bei gefährdeten Jugendlichen.

Interventionsbereiche

Die Intervention bei diesen Jugendlichen setzt einen Erkennungsprozess (ausfindig machen) oder gar ein Triage-Verfahren voraus, damit eine Ausgrenzung verhindert und die damit verbundenen sozialen Risiken verringert werden können. Damit diese Mechanismen funktionieren, müssen zudem auch Interventionsangebote von anderen Akteuren vorhanden sein. Man unterscheidet mindestens vier Hauptinterventionsbereiche:

- **Niederschwellige Einrichtungen**
Es handelt sich hier um Anlauf- und Kontaktstellen oder um mobile Interventionseinheiten, welche häufig in die Netzwerke der Drogensucht integriert sind, obwohl der Drogenkonsum nicht unbedingt der gemeinsame Nenner dieser Zielgruppe ist. Die Akteure aus diesem Bereich verfolgen Ziele im Rahmen der Sekundär- oder Tertiärprävention, seltener der Primärprävention. Sie betreuen eine marginalisierte Klientel.
- **Sozialpädagogische Massnahmen in offenen oder halboffenen Einrichtungen**
Diese Massnahmen sehen eine pädagogische Betreuung am Rande der Schuleinrichtungen für Jugendliche in Krisensituationen vor. Diese fallen in der Regel in der Schule, in der Berufsberatungsstelle oder den Jugendämtern oder sogar dem Jugendrichter auf. Es kann sich hierbei auch um Heime für Jugendliche handeln^a.
- **Sonderschulklassen**
Es handelt sich hier sowohl um Schulklassen für Jugendliche, welche in der Schule versagen oder mit dem Lehrplan nicht mehr nachkommen, als auch um Schulklassen für Jugendliche, welche nach Abschluss der obligatorischen Schulzeit keinen Ausbildungsplatz gefunden haben.
- **Der Bereich HIV/Aids und sexuelle Gesundheit**
Die Familienplanungsstellen und die kantonalen Aids-Hilfen (im Folgenden: HIV/Aids-Präventionsakteure) sind die Hauptakteure in diesem Bereich, sie verfügen aber nicht unbedingt über einen direkten Zugang zur Zielgruppe. Hauptsächlich erreichen sie diese über die 'Weichenstellung' bzw. über Vermittler aus den oben erwähnten Einrichtungen, welche naturgemäss über einen besseren Zugang zu dieser Zielgruppe verfügen. Die **Sensibilisierung der vermittelnden Akteure** für die HIV/Aids-Problematik verbessert möglicherweise den Zugang zu einer spezialisierten und angepassten Beratung auf diesem Gebiet. Diese Sensibilisierung wird zum Teil durch die Informationsarbeit der Aids-Präventionsakteure sichergestellt.
- **Spezialisierte medizinische Sprechstunden für Jugendliche**
Bei einem Teil der Patienten dieser Einrichtungen handelt es sich um Jugendliche in Krisensituationen.

Die HIV/Aids-Präventionsakteure garantieren das ständige Angebot an **spezialisierten Leistungen**, auf welche sich die vermittelnden Akteure und damit die Jugendlichen in Krisensituationen stützen können. Die Mehrheit der Akteure, welche von der Problematik der gefährdeten Jugendlichen betroffen sind, haben selten explizit formulierte Zielsetzungen im Bereich der HIV-Prävention. Anders ausgedrückt, das Thema HIV/Aids bildet nicht das zentrale Ziel ihrer Intervention. Es kann jedoch jederzeit zu einem werden, nämlich sobald sie annehmen, dass die Jugendlichen

^a Die Interventionen in Heimen wurden in der Studie über die Umsetzung des nationalen HIV/Aids-Programms¹ nicht systematisch untersucht. Die Aufmerksamkeit galt primär den Interventionen für Jugendliche ausserhalb von Betreuungseinrichtungen oder für Jugendliche mit Schwierigkeiten, welche der Anlass für eine frühere oder spätere Einweisung in eine derartige Institution sein könnten.

‘Schwierigkeiten mit der Prävention’ haben oder dass ihr Verhalten sie einem hohen HIV-Übertragungsrisiko oder der Gefahr einer unerwünschten Schwangerschaft^a aussetzt. Eine der möglichen Lösungen, welche die vermittelnden Akteure für diese Probleme anbieten können, besteht in der Weiterleitung an passende Betreuungseinrichtungen. Aus diesem Blickwinkel kann die HIV/Aids-Prävention bei gefährdeten Jugendlichen nicht nur über Interventionen oder Programme erfolgen, sondern über Netzwerke oder Interventionssysteme. In der Tat wird die **Abdeckung durch das Netzwerk** und nicht durch einzelne Interventionen **sichergestellt**. Konkret setzt dies voraus:

- Die Präsenz eines ‘harten Kerns’ von HIV/Aids-Präventionsakteuren als Träger eines spezialisierten Präventionsangebots im Interventionsnetzwerk.
- Eine hohe **Dichte und Vielfältigkeit des Interventionsnetzwerks**, welche die Abdeckung während den verschiedenen Phasen im Lebensweg der Jugendlichen maximiert.
- Eine hohe Reaktionsfähigkeit der vermittelnden Akteure, das heisst ihre Fähigkeit, die angetroffenen Probleme wahrzunehmen, darauf zu reagieren und sich ihnen anzupassen, damit sie gegebenenfalls die passenden Weichenstellungen in die Wege leiten oder die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren (im vorliegenden Fall die HIV/ Aids-Präventionsakteure) suchen können.

Das Ausmass der Vulnerabilität von gefährdeten Jugendlichen hängt ebenso von ihrem Lebensweg und ihrem Alter wie auch von Faktoren struktureller Art ab; die Milderung der negativen Auswirkungen bedingt eine tief greifende Änderung des wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Umfelds. Bei der HIV-Prävention ist zu vermuten, dass diese Jugendlichen dank der Besonderheiten des Interventionssystems erreicht werden. Dies bedeutet nicht, dass das System alle Bedürfnisse abdeckt, aber es ist wahrscheinlich illusorisch – und die Erfahrungen vor Ort beweisen dies^b – anzunehmen, dass einzelne Interventionen ausreichen, um stets passende Lösungen zur Hand zu haben. Deshalb ist die Einbindung und Vernetzung der Netzwerke auch derart wichtig.

Des Weiteren kommt dem Sexualunterricht an Schulen eine grundlegende Bedeutung zu³. Einerseits befinden sich die Jugendlichen während der ersten Phase ihrer Vulnerabilität noch in einem schulischen Umfeld, andererseits müssen sich die Präventionsakteure auf die in diesem Umfeld erworbenen Kenntnisse stützen können. Für die Mehrheit der gefährdeten Jugendlichen bleibt die Schule die Hauptinformationsquelle für Themen in Zusammenhang mit Sexualität und HIV/Aids¹.

Für die Prävention relevante Probleme

- Alkohol und Risikoverhalten

Der steigende Alkoholkonsum bei Jugendlichen figuriert unter den relativ neuen Problemen, welche direkt die HIV-Prävention betreffen. Dieses Problem ist nicht ausschliesslich bei den gefährdeten Jugendlichen anzutreffen, sondern es lässt sich ebenfalls bei den jungen Leuten generell

^a In der Praxis ist die Angst vor einer unerwünschten Schwangerschaft grösser als diejenige vor einer Ansteckung mit HIV oder anderen STI.

^b Da die gefährdeten Jugendlichen keine eigenständige Gruppe darstellen, stossen die vom Konzept her an sie gerichteten Interventionen auf verschiedene praktische Schwierigkeiten, da die für diese Zielgruppe vorgeschlagenen Definitionen sich für die Praxis zu wenig eignen. Dies war insbesondere eine der Schlussfolgerungen der Profa Jeunes (VD) bezüglich des Begriffes der ‘young people close to risk’: « Die Jugendlichen, auf welche die Animateure treffen und die am ehesten den gestellten Kriterien entsprechen (...) stellen eine gemischte Bevölkerungsgruppe dar (...), welche Jugendliche jeglicher Art umfasst (...). Wir bestreiten nicht, dass in den epidemiologischen Studien [Studie über Schulabbrecher - drop out] gewisse Merkmale deutlich gemacht wurden, vor Ort ging aus der praktischen Erfahrung jedoch hervor, dass dieser Begriff differenziert werden muss »³⁵.

beobachten. Offensichtlich haben sich die Konsumgewohnheiten und -motive im Laufe der Zeit verändert²². Die Suche nach dem Rausch ist zu einem Selbstzweck geworden. Der missbräuchliche Alkoholkonsum geht jedoch einher mit einem beträchtlichen Risikoverhalten, was die Familienplanungsstellen als erste beobachten können (vermehrte Inanspruchnahme der postkoitalen Verhütung oder Notfallkontrazeption).

- Migration

Ein grosser Teil der Jugendlichen, welche in den oben erwähnten Einrichtungen betreut werden, sind Migranten der zweiten oder sogar der dritten Generation. So wird die Vulnerabilitätsproblematik mehr oder weniger mit den Schwierigkeiten bei der sozialen Integration der Migrantengemeinschaften oder -familien in Verbindung gebracht. Bei der HIV-Prävention geht es in erster Linie darum, die Angebote entsprechend anzupassen und die Sensibilität der verschiedenen Präventionsakteure im Hinblick auf den Einfluss, den die Herkunftskultur auf das Verhalten der Jugendlichen und insbesondere auf ihr sexuelles Verhalten ausübt, zu entwickeln. Zudem sind Jugendliche ohne Aufenthaltsbewilligung nur während ihrer obligatorischen Schulzeit potenziell erreichbar.

Die Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage trägt dazu bei, das Phänomen der sozialen Ausgrenzung noch zu verstärken und begünstigt gewisse 'Kurzschlusshandlungen'. Dazu gehört beispielsweise die Prostitution, welcher die Jugendlichen in der Hoffnung, ihre Situation zu verbessern, nachgehen können. Junge Migrantinnen sind diesem Risiko besonders stark ausgesetzt.

- Gewalt und Stigmatisierung von gewalttätigem Verhalten

Es lässt sich eine steigende soziale und politische Intoleranz gegenüber dem 'gewalttätigen' Verhalten von Jugendlichen (Jugendgewalt, Gewalt in den Städten) beobachten. Dabei sind diese Verhaltensweisen häufig das Spiegelbild für erhebliche Probleme im familiären Bereich und/oder bei der sozialen Eingliederung. Der Prozess der Stigmatisierung behindert die Integrationschancen noch mehr. Zudem wird dadurch auch die Tätigkeit der verschiedenen Akteure erschwert. Das Auftauchen eines repressiveren Klimas bleibt zudem nicht ohne Folgen für die Erreichbarkeit der gefährdeten Jugendlichen. So wird ihre Präsenz im öffentlichen Raum immer weniger toleriert.

- Ein seit langem erkanntes Problem ...

Was das Angebot anbelangt, verfügen junge Mädchen über einen breiteren Zugang zu Gesundheitsfachleuten (Frauenärzte und Familienplanung), wogegen die Jungen im 'toten Winkel' der Prävention bleiben²³. Häufig suchen sie nur im äussersten Notfall Hilfe bei Fachleuten. Die blossen Tatsache, dass dieses Problem schon vor langer Zeit erkannt wurde, hat nichts zu seiner Lösung beigetragen. Es bleibt für jede neue Generation von Jugendlichen aktuell.

Überblick

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die wichtigsten Aspekte der Umsetzung der Präventionsaktivitäten bei gefährdeten Jugendlichen.

Initiative	Interventionsmodalitäten	Akteure	Leistungen	Abdeckung
Lokale, nicht unbedingt spezifische Projekte (d.h. nicht in erster Linie der HIV-Prävention gewidmet)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Networking 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Familienplanungsstellen und Aids-Hilfen ▪ 'Niederschwellige' Sozial- und Gesundheitseinrichtungen ▪ Soziale und erzieherische Massnahmen ▪ Spezifische Schulklassen ▪ Auf Jugendliche spezialisierte Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexuelle Beratung (z.B. Verhütung) ▪ Weiterleitung an andere Akteure 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Potenziell gross ▪ Abdeckung durch das Netzwerk und nicht durch einzelne Interventionen

IUMSP/UEPP

3.4.10 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<ul style="list-style-type: none"> ■ In der Praxis beruht die HIV/Aids-Prävention bei gefährdeten Jugendlichen nicht so sehr auf einzelnen Interventionen, sondern auf einem Interventionsnetzwerk, das auch andere Akteure einbezieht, welche einen direkten Zugang zu diesen Jugendlichen haben (Erzieher, Lehrer, Sozialarbeiter, Betreuer etc.). Innerhalb dieses Netzwerks garantieren die auf HIV-Prävention spezialisierten Fachleute die Bereitstellung besonderer Leistungen, auf welche die anderen Mitglieder des Netzwerks zurückgreifen können. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Die kantonalen Aids-Hilfen müssen verstärkt eine strategische Position im Interventionsnetzwerk einnehmen, um die Akteure zu sensibilisieren, die einen direkten Zugang zu den gefährdeten Jugendlichen haben und um Weiterleitungen zu erleichtern.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Zu Beginn ihres Wegs in die soziale Ausgrenzung werden gefährdete Jugendliche innerhalb des Schulsystems erkannt. Sie werden an besondere Schulklassen oder an Institutionen verwiesen, in denen sie für die HIV-Präventionsfachleute noch leicht erreichbar sind. Dies gilt auch für jugendliche Migranten ohne Aufenthaltserlaubnis. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Die Schulklassen, in welche gefährdete Jugendlichen verwiesen werden, müssen zu prioritären Settings für die HIV/Aids-Prävention werden.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Die meisten gefährdeten Jugendlichen zeigen Verhaltensweisen oder befinden sich in Lebenssituationen, in denen gewisse Aspekte oder Folgen diese dem Risiko einer HIV-Infektion aussetzen. Dies gilt insbesondere für Risiken infolge missbräuchlichen Alkoholkonsums, dem Einfluss der kulturellen Herkunft auf ihr Sexualverhalten und dem unangebrachten Wechsel vom Präservativ zur Pille allein. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Diese Probleme müssen innerhalb der Interventionen für diese Jugendlichen berücksichtigt werden, insbesondere wenn sie Migranten der ersten, der zweiten oder sogar der dritten Generation sind.

3.4.11 Die Migranten

Die Migrantenfrage wurde in der Präventionsstrategie seit Beginn der 1990er Jahre mit einer konzeptuellen Anpassung berücksichtigt. Auf Bundesebene verdienen drei nationale Projekte Erwähnung, die sich mehr oder weniger stark mit dieser Problematik befassen:

- Das Projekt Migration und Gesundheit (PMG), das 2001 abgeschlossen wurde;
- Migration und Gesundheit: Strategie des Bundes 2002-2006, Fortsetzung des Projektes PMG;
- HIV/Aids-Prävention bei Migranten aus der Sub-Sahara: Schweizer Tropeninstitut und Rotes Kreuz Schweiz im Auftrag der Fachstelle Migration und Gesundheit des BAG.

Projekt Migration und Gesundheit (PMG) (1991-2001)

Das Programm Migration und Gesundheit, im Jahr 1991 vom BAG ins Leben gerufen, befasste sich speziell mit der HIV/Aids-Thematik. Die damaligen Zielgruppen waren die zu jener Zeit in der Schweiz grössten ausländischen Bevölkerungsgruppen: Spanier, Portugiesen, Türken sowie Asylbewerber. Es wurde zudem festgestellt, dass in den Bevölkerungsgruppen der Saisoniers und Asylbewerber ein Bedarf nach einer kulturell angepassten Information über HIV/Aids bestand. Die der Prävention bei Migranten zugrunde liegende Philosophie war, dass jede in der Schweiz lebende Person einen gleichberechtigten Zugang zur Prävention haben sollte. Dabei wurde in einer ersten Phase den zahlenmässig grössten Bevölkerungsgruppen Priorität eingeräumt; dieser Entscheid hing also nicht mit einer besonderen epidemiologischen Situation dieser Bevölkerungsgruppen zusammen. Das Projekt nahm die Hilfe von Mediatoren aus den betroffenen Gemeinschaften in Anspruch.

In den Jahren 1995-1996 wurden die Interventionsbereiche des PMG auf die Suchtproblematik ausgeweitet und das Programm wählte den breiteren Gesichtspunkt der Gesundheitsförderung. Es wandte sich zudem an neue Bevölkerungsgruppen (Lateinamerikaner, Italiener, Jugoslawen, Tamilen und Afrikaner).

Parallel dazu wurde 1996 eine spezifische Fachstelle 'Migration' innerhalb des Fachbereichs 'Sucht und Aids' des BAG geschaffen.

Das PMG wurde in den ersten Jahren seines Bestehens im Rahmen einer Globalevaluation ausgewertet. Es wurde als innovatives Modellprojekt anerkannt, durch welches die Bedürfnisse der in der Schweiz lebenden Migranten auf den neusten Stand gebracht werden konnten. Sein Gemeinschaftscharakter, der interkulturelle Mediatoren aus den Zielgruppen (Gesundheitspromotoren, Multiplikatoren, Fazilitatoren) in den Prozess einbezieht, wurde auf breiter Ebene begrüsst²⁴. Hingegen hat eine jüngere Evaluationsstudie die Auswahl der Zielgruppen in Frage gestellt und diese als zu willkürlich und streng, die Fokussierung auf die HIV/Aids-Prävention und den Suchtbereich als zu ausschliesslich beurteilt²⁵. Das PMG in seiner ursprünglichen Form wurde gestoppt und die Unterstützung der Netzwerke von Mediatoren, welche speziell für HIV/Aids ausgebildet und in ihren Gemeinschaften tätig waren, wurde aufgegeben. Damals ging wahrscheinlich ein Teil der im Bereich HIV/Aids gesammelten Erfahrungen verloren.

Migration und Gesundheit: Strategie des Bundes für die Jahre 2002 bis 2006

Diese Strategie wurde unter der Leitung des BAG in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Flüchtlinge, dem Bundesamt für Ausländerfragen und der eidgenössischen Ausländerkommission erarbeitet²⁶. Sie ersetzt das frühere PMG und ist eine allgemeine, nicht spezifisch ausgerichtete Strategie.

Die Ausrichtung dieser Strategie wurde auf der Grundlage einer Arbeit des Schweizerischen Forums für Migrations- und Bevölkerungsstudien festgelegt. Ungefähr 300 Akteure aus dem Bereich Gesundheit, Integration und Migration wurden zu diesem Zweck befragt. Fünf Schwerpunkte sollen die künftigen Interventionen des Programms leiten: Die Aus- und Weiterbildung, die Information, die Prävention und die Gesundheitsförderung, die Gesundheitsversorgung, therapeutische Leistungen für traumatisierte Asylbewerber und Flüchtlinge, die Forschung (Grundlagen, Evaluation, Monitoring)²⁷.

Regionale Kompetenzzentren wurden eingeführt, so etwa:

- Das regionale Kompetenzzentrum Migration und Gesundheit, das von der Caritas in der Ostschweiz geführt wird;
- der Verein Appartenances in Lausanne, der ein Mandat des BAG ausführt und die Gesundheitsförderung, die Prävention und die Lösung von Gesundheitsproblemen bei Migrantengemeinschaften in den Kantonen Waadt und Wallis begünstigen soll;
- das Kompetenzzentrum von nationaler Bedeutung, das vom Roten Kreuz geführt wird. Es verfügt über besondere Zuständigkeiten im Bereich der Ausbildung des Pflegepersonals.

Die Aufgaben der Zentren bestehen darin, die Gesundheitsfachleute zu sensibilisieren, bei den Migranten Präventions- und Beratungsaktivitäten durchzuführen, den Aufbau eines Angebotes für Gewaltopfer zu unterstützen und als Koordinatoren im Bereich Migration und Gesundheit zu wirken. Zudem soll bei den Migranten wie auch bei den Gesundheitsfachleuten der Einbezug von Dolmetschern/kulturellen Mediatoren gefördert werden. Alle diese Angebote sollen sich so weit als möglich in die bestehenden Strukturen integrieren.

Das BAG beauftragte zudem einen Verein (Interpret) mit der Förderung der Dolmetschertätigkeit und der kulturellen Mediation im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich. Der Verein hat ein didaktisches Video in drei Sprachen für Dolmetscher ausgearbeitet und publiziert. Er soll ausserdem Ausbildungs- und Qualitätsstandards für Dolmetscherschulen erarbeiten und für diese eine Spezialisierung und eine Weiterbildung in den Bereichen der Gesundheit vorsehen.

Man stellt fest, dass die HIV/Aids-Frage in dieser Strategie nicht mehr prioritären Charakter hat. Hingegen werden spezifische Aktionen des BAG, insbesondere solche, die die Informationsarbeit und das didaktische Material betreffen^a, weiterverfolgt.

HIV/Aids-Prävention bei Migranten aus der Sub-Sahara

Nach der epidemiologischen Feststellung einer steigenden Anzahl neuer HIV-Fälle bei Personen aus Ländern der Sub-Sahara oder bei Partnern dieser Personen führte das Ethnologische Institut der Universität Bern im Jahr 1999 eine Kurzevaluation (Rapid Evaluation) der Situation der in der Schweiz lebenden Migranten aus der Sub-Sahara durch²⁸. Es ging darum, Grundlagen für spezifische Interventionsprojekte zu erstellen, Partner aus Ländern der Sub-Sahara ausfindig zu machen und zu vernetzen, um diese Projekte zu führen und zu unterstützen. Die Akzeptanz der Primärpräventionsprogramme ist ein wichtiger Schwerpunkt der Arbeit, da auf dem Gebiet der Sexualität viele Tabus vorhanden sind. Der Zugang zu medizinischen, juristischen und psychosozialen Beratungsdiensten steht ebenfalls auf der Prioritätenliste.

^a Wie die Broschüre 'Sexuelle und reproduktive Gesundheit: Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten und Information zur Schwangerschaft' (BAG/BFF, 2002) für im Migrationsbereich tätige Berufspersonen.

Dem Projekt der HIV/Aids-Prävention bei Migranten aus der Sub-Sahara liegt der vom Ethnologischen Institut ausgearbeitete Interventionsplan zugrunde. Die Philosophie dieses Projektes basiert auf dem Konzept der 'vulnerablen oder gefährdeten Gruppe', welche eine besondere Intervention benötigt. Das Mandat wurde nach einer öffentlichen Ausschreibung^a im Oktober 2002 zu gleichen Teilen dem Schweizerischen Tropeninstitut, dem Schweizerischen Zentrum für Internationale Gesundheit und dem Schweizerischen Roten Kreuz übergeben.

Ziel ist es, primäre (Sensibilisierung) und sekundäre/tertiäre Präventionsmassnahmen im Bereich HIV/Aids koordiniert zu planen und anzuwenden. Es handelt sich um einen partizipativen Ansatz, der die Gruppierungen und Vereinigungen von Migranten aus der Sub-Sahara so weit als möglich in den Prozess der Definition und der Umsetzung der HIV/Aids-Präventionsaktionen einbinden soll. Hierfür kann man sich an die bestehenden Netzwerke wenden und das Personal für diese Problematik schulen. Während einer Pilotperiode von zwei Jahren werden in einer ersten Phase nur die Kantone Genf, Waadt und Zürich berücksichtigt^b. Das Projekt steht noch in seinen Anfängen.

Auf kantonaler Ebene existieren zahlreiche lokale Initiativen zur Unterstützung von Migranten (meistens selbstfinanziert), welche auch HIV/Aids-Präventionsaktionen einbeziehen, die jedoch nirgends verzeichnet sind. Im Rahmen des PMG wurden kantonale Projekte eingeführt, die vom BAG unterstützt werden. Einige Beispiele:

- Das Projekt Peps Anco in Lausanne und in Genf für Migranten aus Angola und dem Kongo, in den Jahren 2000 und 2001 vom BAG unterstützt.
- Das Projekt Multicolore im Kanton Bern, dessen Ziel es ist, im Bereich der Gesundheitsförderung und der Aidsprävention bei der afrikanischen Bevölkerung aus der Sub-Sahara tätig zu werden. Mit Hilfe von afrikanischen Mediatoren werden eine Reihe von Aktionen an den Treffpunkten der verschiedenen afrikanischen Gemeinschaften sowie zu besonderen Anlässen durchgeführt.
- Das Projekt Internetz wurde 1995 in der Region Basel lanciert, um eine systematische Zusammenarbeit zwischen den in den Bereichen Gesundheit und Soziales tätigen Institutionen und den Schlüsselpersonen der Migrationsbevölkerung zu fördern. Es hat folgende Zielsetzung: Integration der Migrationsbevölkerung fördern, speziell für Migranten bestimmte gesundheitsfördernde Massnahmen vermitteln, die Bedürfnisse dieser Bevölkerung besser erkennen. Das Projekt konnte das Zielpublikum mit den verschiedenen sozialen Institutionen in Verbindung bringen und deren Kontakte vervielfachen²⁹.

Die Akteure der verschiedenen Projekte achten sehr stark auf die Gefahr der Stigmatisierung, welche mit dem Umstand verbunden ist, dass zwischen Aids und Migranten eine explizite Verbindung gemacht wird.

Alle diese Projekte arbeiten eng mit den Aids-Hilfen zusammen.

^a Das Verfahren verzögerte sich aufgrund einer Einsprache unberücksichtigter Bewerber.

^b Kantone, in welchen diese Gemeinschaften am stärksten vertreten sind.

Überblick

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die wichtigsten Aspekte der Umsetzung der Präventionsaktivitäten bei Migranten.

Initiative	Interventionsmodalitäten	Akteure	Leistungen	Abdeckung
Nationales Projekt 'Migration und Gesundheit' (2001 unterbrochen)	<ul style="list-style-type: none"> Interkulturelle Mediatoren 	<ul style="list-style-type: none"> BAG NGO (Vereine und Vereinigungen der Migranten-gemeinschaften) 	<ul style="list-style-type: none"> HIV/Aids-Prävention Gesundheitsförderung Suchtprävention 	<ul style="list-style-type: none"> Ursprünglich Projekt für spanische, portugiesische und türkische Migranten sowie für Asylsuchende; dann Ausweitung auf italienische, lateinamerikanische, jugoslawische, tamilische und afrikanische Gemeinschaften
Nationale Strategie 'Migration und Gesundheit 2002-2006'		<ul style="list-style-type: none"> Schweizer Tropeninstitut Kompetenzzentrum des Schweizerischen Roten Kreuzes Regionale Kompetenzzentren, von den NGO verwaltet Verein 'Interpret' 	<ul style="list-style-type: none"> Grund- und Weiterbildung Information Prävention und Förderung der Gesundheit Psychologische Behandlung (insbesondere von traumatisierten Asylbewerbern und Flüchtlingen) Forschung Übersetzung und kulturelle Mediation Definition von Qualitätsstandards 	<ul style="list-style-type: none"> Allgemeine Strategie (nicht speziell auf HIV-Prävention ausgerichtet)
Nationales Projekt 'HIV-Prävention bei Sub-Sahara Migrantinnen'	<ul style="list-style-type: none"> Partizipatives Vorgehen (Unterstützung durch bestehende Gruppierungen und Vereine) 	<ul style="list-style-type: none"> Schweizer Tropeninstitut Swiss Centre for International Health Schweizerisches Rotes Kreuz Migrantenvereinigungen 	<ul style="list-style-type: none"> HIV/Aids-Prävention 	<ul style="list-style-type: none"> Drei Kantone während der noch laufenden Versuchsphase (VD, GE, ZH)
Lokale Projekte	<ul style="list-style-type: none"> Mediatoren intervenieren an Begegnungs-orten der Gemeinschaften 	<ul style="list-style-type: none"> NGO Aids-Hilfen 	<ul style="list-style-type: none"> Informationen, Beratung, Abgabe von Präservativen Verstärkung der interinstitutionellen Zusammenarbeit 	

IUMSP/UEPP

3.4.12 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<ul style="list-style-type: none"> Die Migranten stellen einen grossen Teil der Schweizer Wohnbevölkerung und waren bereits sehr früh Gegenstand einer besonderen Aufmerksamkeit im Rahmen der HIV/Aids-Präventionsstrategie. Es ging dabei darum, ihnen einen gleichberechtigten Zugang zur Prävention und Behand- 	<ul style="list-style-type: none"> Es ist wichtig, das Erreichte (siehe 2.7) zu sichern und die Aufmerksamkeit der Präventionsakteure bezüglich dieser Frage aufrechtzuerhalten, indem sie diese in ihre tägliche Praxis einbeziehen und sich vor Augen halten, dass sie sich für den Grundsatz eines

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
lung sicherzustellen, unter Berücksichtigung ihrer soziokulturellen Besonderheiten und durch das Angebot von geeigneten Interventionen. Die Tatsache, dass von nun an eine gemeinsame Strategie für die Migrations- und Gesundheitsthematik existierte, war daher ein wichtiger Fortschritt. Es besteht jedoch ein gewisses Risiko, dass spezifische Aktivitäten zur Aids-Bekämpfung in den allgemeineren Interventionen verwässern oder verschwinden könnten.	gleichberechtigten Zugangs für alle einsetzen. Hierbei soll die Abdeckung der gesamten Migrationsbevölkerung angestrebt werden.
■ Zudem rechtfertigt sich die Schaffung eines spezifischen Programms 'Sub-Sahara Migranten' mit geeigneten Massnahmen für eine offensichtlich von HIV/Aids besonders betroffene Gruppe, parallel zu den allgemeineren Interventionen. Das Risiko einer Stigmatisierung muss dabei sehr ernst genommen werden.	⇒ Das Risiko einer Stigmatisierung muss mit Sorgfalt behandelt werden, da die Verschleierung des Problems, die Gleichgültigkeit oder die Untätigkeit das Recht auf Gesundheit dieser Bevölkerungsgruppen beeinträchtigen würden ³⁰ .

3.4.13 Menschen mit HIV

Im Laufe der letzten Jahre wurden bei Menschen mit HIV/Aids mehrere Befragungen durchgeführt, insbesondere über das Thema der Sexualität³¹ sowie über die antiretroviralen Therapien³². Wie es Ziel 3 des nationalen Programms vorsah, waren zudem die Bedürfnisse von Menschen mit HIV Gegenstand einer spezifischen Studie³³, deren Schlussfolgerungen und Empfehlungen im Anhang zu diesem Kapitel präsentiert werden (siehe 6.7.3). Die dritte Phase der Evaluation über die Umsetzung des nationalen Programms konzentrierte sich auf das Thema der Prävention bei Menschen mit HIV, welche durch die auf die HIV/Aids-Behandlung spezialisierte Kliniken betreut werden (nachfolgend: Aids-Sprechstunden) oder in Verbindung mit Hilfsorganisationen für Menschen mit HIV (Aids-Hilfen, Vereine, Stiftungen etc.) stehen. Die Interventionen bestehen hauptsächlich in der Präventionsberatung und der Abgabe von Informationsmaterial^a.

Festzustellen ist, dass die Prävention bei Menschen mit HIV in keinem der nationalen Programme vorkommt, im Gegensatz zu den MSM und den Sexworkern. Die Prävention obliegt hauptsächlich den lokalen Präventionsakteuren (Ärzten, NGOs). Die AHS ihrerseits steht den Menschen mit HIV für eine individuelle Beratung zur Verfügung, stellt Informationsmaterial her (ein Teil davon ist via Internet abrufbar) und organisiert regelmässig Seminare für Fachleute oder direkt für Menschen mit HIV. Die AHS vertritt zudem die Interessen von Menschen mit HIV und kämpft in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen gegen die Diskriminierungen, denen diese Personen ausgesetzt sind.

^a Es versteht sich von selbst, dass die Interventionen dieser verschiedenen Akteure sich nicht auf die Präventionsberatung und auf die Abgabe von Informationsmaterial beschränken. Diesen beiden Aspekten wurde dennoch eine besondere Bedeutung eingeräumt, da sie klar als erster Meilenstein in Ziel 7 des nationalen Programms erwähnt wurden: «Präventionsbotschaften sind vermehrt regelmässiger Bestandteil auch in der medizinischen Beratung von HIV-positiven Menschen. Geeignetes Informationsmaterial liegt bereit und wird laufend angepasst»³⁶.

Prävention im medizinischen Bereich

Ein grosser Teil der positiv auf HIV getesteten Personen wird ärztlich betreut, sei dies in Verbindung mit einer hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) oder unabhängig davon. Diese Behandlung wird durch die Aids-Sprechstunden oder durch Ärzte in Privatpraxen sichergestellt (siehe Kapitel über die Rolle der privat praktizierenden Ärzte in der HIV/Aids-Prävention).

Ungeachtet des Ortes, an dem sie ihren Beruf ausüben, sind die Ärzte – im weiteren Sinne das medizinische Personal – die Hauptvermittler von Präventionsbotschaften bei Menschen mit HIV. Diese Feststellung ist umso gewichtiger, als:

- Die formalen Präventionsziele hauptsächlich in den Aids-Sprechstunden definiert werden;
 - die Mehrheit der Fachleute aus dem psychosozialen Bereich (Aids-Stellen, Vereine etc.) dazu tendieren, ihre Rolle bei der Prävention gegenüber derjenigen der Aids-Sprechstunden und der Ärzte als sekundär einzustufen;
 - die Aids-Sprechstunden und die praktizierenden Ärzte zusammen potenziell mehr Menschen mit HIV erreichen als die Fachleute aus dem psychosozialen Bereich, aufgrund der langfristigen therapeutischen Betreuung, welche in der Regel auf die Entdeckung einer HIV-Infektion folgt.
- Wirksamkeit der formellen Verfahren

In Kliniken garantieren das Vorhandensein von **formellen Verfahren**, von Routineverfahren und/oder die Verwendung spezifischer Anamnesefragebögen ein ständiges Präventionsangebot und dessen Nutzung. Diesbezüglich stellt der im Rahmen der *Swiss Cohort Study* erarbeitete Fragebogen ein gutes Beispiel dar. Die Abgabe des Fragebogens an Menschen mit HIV im Rahmen eines Gesprächs bietet Gelegenheiten für eine gezielte Präventionsberatung. Die obligate Behandlung einer bestimmten Anzahl für die Prävention relevanter Fragen erlaubt es, ein Gespräch aufzunehmen, das unter anderen Umständen nicht stattgefunden hätte^a. In diesem Sinne ist der Fragebogen eine wertvolle Unterstützung: Er regelt den Dialog zwischen Arzt und Patient und mindert gegebenenfalls die Schwierigkeiten, Sexualpraktiken anzusprechen, welche die Intimsphäre des Patienten berühren. In der Tat ist die Sexualität kein einfaches Gesprächsthema. Wie es eine frühere Studie des IUMSP gezeigt hat, scheuen 23% der Menschen mit HIV davor zurück, persönliche und intime Fragen mit ihren Ärzten zu behandeln; 17% denken, dass ihr Arzt nicht gerne sehr persönliche und intime Themen behandle³². Es ist zudem möglich, dass die Scham, die das medizinische Personal verspürt, dieses dazu verleitet werden kann, seine Aufmerksamkeit vermehrt der Beobachtung der Behandlung als den Präventionsbedürfnissen der Menschen mit HIV zu schenken^b. Die Einführung von formellen Verfahren oder Routineverfahren können dieses 'Dilemma' abschwächen und in gewisser Weise einen vermutlich ungleichen Zugang zur Präventionsberatung verringern. Zudem eignet sich das Spital in der Regel gut für die Einführung von Verfahren dieser Art.

Auch wenn durch die formellen Verfahren das Vorhandensein des Präventionsangebots im Spital sichergestellt wird, so hängen seine Nutzung und die Adäquatheit an die Bedürfnisse von Menschen mit HIV von ähnlichen Faktoren ab wie denjenigen, welche für die gefährdeten Jugendlichen erwähnt wurden (siehe 3.4.9): D.h. die Fähigkeit der Präventionsakteure, **die angetroffenen Probleme wahrzunehmen, darauf zu reagieren und sich ihnen anzupassen** (Reaktionsfähigkeit). Es sei hier anzufügen, dass die Stabilität der Pflgeteams und deren Erfahrung günstige Rahmenbedingungen für eine angemessene Betreuung von Menschen mit HIV schaffen.

^a Fragen zum Sexualverhalten wurden im Jahr 2000 in den Fragebogen aufgenommen.

^b Ganz offensichtlich geht es hier nicht darum, eine Prioritätenskala zu erstellen.

Bei den **vulnerabelsten** Segmenten oder Einzelpersonen – auf alle Fälle die aus sozioökonomischer Sicht am stärksten benachteiligten – bleiben die Aids-Sprechstunden die Gesundheitsdienste, die zuletzt in Anspruch genommen werden, deren Tätigkeit sich nicht ausschliesslich auf die Sicherstellung des Behandlungszugangs beschränkt, sondern auch in der Organisation einer breiteren Betreuung, über die Mobilisierung ihrer internen (namentlich der Sozialdienst) und der externen (psycho-sozialer Bereich) Netzwerke. Im Allgemeinen beinhalten diese Netzwerke ebenfalls ein Präventionsangebot.

Prävention ausserhalb des Krankenpflegebereichs (psychosozialer Bereich)

Wie weiter oben bereits erwähnt, tendieren die Akteure aus dem psychosozialen Bereich bei der Prävention dazu, ihre Rolle gegenüber derjenigen der Akteure aus dem medizinischen Bereich und gegenüber ihrer Rolle als Betreuer als sekundär einzustufen^a. Das heisst aber trotzdem nicht, dass ihre HIV-positiven Patienten nicht in den Genuss einer individuellen fachgerechten Beratung kommen würden. Dies geschieht auf informelle Weise, im Laufe von Begegnungen oder Gesprächen, nachdem die Akteure die soziale und emotionale Situation sowie die Kenntnisse der Menschen mit HIV bewertet haben.

Verwendung und Angemessenheit des Materials

Die Abgabe von Informationsmaterial ist fester Bestandteil des Präventionsmassnahmenkatalogs für Menschen mit HIV. Seine Nutzung hängt stark, jedoch nicht ausschliesslich, von der Art der Abgabe beim Zielpublikum ab. Einige Aids-Sprechstunden haben formelle Verfahren eingeführt, welche eine gute Abdeckung begünstigen (systematische Abgabe bei Beginn der Betreuung, Evaluation des Inhalts etc.). Es ist nicht bekannt, in welchem Ausmass die praktizierenden Ärzte in die Netzwerke der Materialabgabe einbezogen werden und ob sie dieses in zufrieden stellendem Masse an ihre Patienten weitergeben^b. Dabei ist festzuhalten, dass die Abgabe von Präservativen einem Bedarf entspricht, insbesondere aus wirtschaftlichen Gründen.

Migranten mit HIV

Migranten aus Transitionsländern, darunter Asylbewerber und illegale Einwanderer, stellen ein Bevölkerungssegment dar, für welches unbedingt nach Lösungen gesucht werden muss.

Beim Zugang zum Gesundheitssystem sind **Information- und Kommunikationsprobleme** zu beobachten. Die positiv auf HIV getestete Migrationsbevölkerung scheint nicht in den Genuss einer Information zu kommen, welche kulturelle Faktoren ausreichend berücksichtigt: Insbesondere Sprachprobleme verhindern eine gute Aufnahme der Botschaften und sind nicht geeignet, den kulturellen Graben, der hinsichtlich des Verständnisses der Krankheit und ihrer Schwere existieren kann, zu verkleinern. Informationsschwierigkeiten sind auch in Asylbewerberzentren aufgetaucht. Es ist anzunehmen, dass mangels einer speziellen Information einige Asylbewerber – fälschlicherweise – denken, dass sie während den medizinischen Untersuchungen bei ihrer Ankunft in der Schweiz auf HIV getestet worden sind^c.

^a Für weitere Informationen zur Arbeit der kantonalen AHS-Stellen und von Hilfsorganisationen für Menschen mit HIV ausserhalb des Präventionsbereichs siehe die Studie über die Umsetzung des nationalen HIV/Aids-Programms 1999-2003¹.

^b Im Jahr 2003 möchte die AHS die praktizierenden Ärzte auf proaktivere Weise beliefern.

^c Es wurde hier auf den Fall eines Patienten verwiesen, dessen HIV-Infektion zu einem späteren Zeitpunkt entdeckt wurde, während der Betreffende glaubte, nach allgemein üblichen medizinischen Untersuchungen HIV-negativ zu sein.

Innerhalb der Migrantengemeinschaften ist das Risiko einer **Stigmatisierung** beträchtlich. Das Risiko der Ächtung und der Stigmatisierung könnten Betroffene dazu verleiten, eine Behandlung aus Furcht vor Entdeckung ihrer HIV-Infektion abzulehnen. Es kommt in der Tat nicht selten vor, dass sie nach der Bekanntgabe des positiven Testergebnisses eine Therapie ablehnen.

Unsichtbarkeit

Die Probleme der Stigmatisierung berühren nicht nur die Migrationsbevölkerung, sondern alle Menschen mit HIV/Aids. Die HIV-Infektion ist immer noch kein gesellschaftlich akzeptiertes Faktum. Anders ausgedrückt bildet sie immer noch ein grosses Tabuthema, das in erster Linie die Menschen mit HIV betrifft, welche deshalb Stillschweigen darüber bewahren, um nicht auf Ablehnung zu stossen.

Überblick

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die wichtigsten Aspekte der Umsetzung der Präventionsaktivitäten bei Menschen mit HIV.

Initiative	Interventions-modalitäten	Akteure	Leistungen	Abdeckung
Medizinische Betreuung von HIV-positiven Personen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung ▪ Formelle Verfahren^a, welche bei der Betreuung der Patienten durch die SHCS^b angewandt werden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In öffentlichen oder privaten medizinischen Einrichtungen tätige Personen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuelle Beratung (Prävention) ▪ Psychosoziale Unterstützung ▪ Behandlung und Betreuung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Breite Abdeckung, insbesondere aufgrund der Intensität der Kontakte durch die medizinische Betreuung
Lokale NGO-Projekte ^c	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychosoziale Fachleute 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NGO ▪ Aids-Hilfen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuelle Beratung ▪ Abgabe von relevanter Information ▪ Unterstützung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Praktisch in jedem Kanton
Nationale NGO-Projekte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusammenstellung und Abgabe von Informationsmaterial ▪ Internetseite 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AHS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuelle Beratung (via Internet) ▪ Herstellung und Bereitstellung von Informationsmaterial 	

IUMSP/UEPP

3.4.14 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Im Spitalmilieu schaffen die formellen Verfahren, die Routineverfahren und der Gebrauch von spezifischen Anamnesefragebögen für Menschen mit HIV günstige Rahmenbedingungen für eine gezielte und individuelle Präventionsberatung. 	<p>⇒ Diese formellen Verfahren müssen auf Spitäler ausgeweitet werden, welche diese noch nicht eingeführt haben, indem man sich an den bestehenden Verfahren orientiert oder neue definiert. Bei dem Informationsmaterial müssen sowohl die Fachleute aus dem medizinischen wie auch diejenigen aus dem psychosozialen Bereich (Aids-Hilfen und Vereinigungen) darauf</p>

^a Fragebogen.

^b *Swiss HIV Cohort Study*.

^c Es ist hier ausschliesslich von der HIV-Prävention und nicht von anderen, von den Aids-Hilfen entwickelten Aktivitäten die Rede.

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
	achten, Modalitäten für die Informationsarbeit und -verbreitung festzulegen entwickeln, welche eine möglichst gute Abdeckung sicherstellen, gleichzeitig jedoch die Vertraulichkeit wahren.
■ HIV-positive Migranten, insbesondere Asylbewerber und illegale Einwanderer, stellen ein Bevölkerungssegment dar, bei dem grosse Informations- und Kommunikationsprobleme festgestellt worden sind. Diese Probleme könnten den Zugang zur medizinischen Behandlung und damit zur Präventionsberatung beeinträchtigen.	⇒ Die Probleme der HIV-positiven Migranten, welche den Zugang zur medizinischen Behandlung und Beratung einschränken könnten, haben eine politische, soziale und gesundheitspolitische Dimension. Daher benötigen sie ein koordiniertes Vorgehen der betreffenden Instanzen.
■ Die Risiken einer Stigmatisierung und der Ächtung sind innerhalb gewisser Migrantengemeinschaften beträchtlich. Umso mehr gefährden diese Risiken den Zugang der HIV-positiven Migranten zu einer medizinischen Behandlung.	⇒ Die betroffenen Gemeinschaften müssen über HIV/Aids informiert und sensibilisiert werden und die Ächtungs- und Stigmatisierungsphänomene innerhalb dieser Gemeinschaften müssen bekämpft werden.

Bibliographie

- 1 Balthasar H, So-Barazetti B, Jeannin A, avec la participation de Ralph Thomas. Evaluation de la mise en œuvre du programme national VIH/sida de 1999 à 2003: l'utilisation des offres et du matériel. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- 2 Meystre-Agustoni G. Populations particulières pour la prévention du VIH/sida : les travailleuses et les travailleurs du sexe. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- 3 Klaue K. Populations particulières pour la prévention du sida: les jeunes. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- 4 Balthasar H. Populations particulières pour la prévention du sida: les jeunes hommes attirés par d'autres hommes. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- 5 Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse. *Revue Epidemiol Sante Publique* 1998;46:205-17.
- 6 Benninghoff F, Morency P, Geense R, Huissoud T, Dubois-Arber F. Health and social trends among drug users attending needle exchange programmes in Switzerland (1994 to 2000) (in submission).
- 7 Landert C. Das Projekt Men having sex with men (MSM) der Aids-Hilfe Schweiz: Evaluation Phase 1. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998.
- 8 Thomas R, Dubois-Arber F. Evaluation du programme HSH de l'Aide Suisse contre le Sida: 2ème phase, 1998-1999. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000. (Raisons de santé, 45).
- 9 Valloton F. Promenons-nous dans les bois. 360° Le Magazine. 2000; 12. Available at URL: <http://www.360.ch/presse/200012/promenadeprint.html>.
- 10 Bucher T, Wittwer U. Wo tut es denn www? Evaluation der Klientendaten von www.drgay.ch. Zürich: Aids-Hilfe Schweiz, Universität Zürich, Psychologisches Institut; 2003. (à paraître).
- 11 Bonny D. Rainbow Line : gardons la ligne. 360° Magazine 2002;26:21-3. Available at: URL: <http://www.360.ch/>.

- 12 Otis, J, Ryan, B., and Chouinard, N. Prévention du VIH: impact du "projet 10" sur le mieux-être sexuel de jeunes gais et bisexuels (rapport exécutif) Available from: URL:<http://safespaces.org/library.html>.
- 13 Aide suisse contre le sida. APiS: prévention du VIH/sida dans le commerce du sexe. Zurich: Aide suisse contre le sida (ASS); 2002.
- 14 Godderidge K. Don Juan: éducation en face-à-face des clients de travailleuses du sexe: un projet de prévention du VIH/sida s'adressant aux consommateurs de sexe payant (rapport récapitulatif: actions 2002). Zurich: Aide suisse contre le sida; 2003.
- 15 Akeret, R. Das Projekt Male Sex Work ganz konkret. Aids-Hilfe Schweiz (AHS). Available from: URL: www.malesexwork.ch.
- 16 Spreyermann C. Projekt Male Sex Work der Aids-Hilfe Schweiz : Eine Evaluation zur Nachhaltigkeit der Projekte in den Städten Basel, Bern, Genf und Zürich. Bern: sfinx; 2000. Available at URL: www.bag.admin.ch/cce/studien/aids/d/msw00/berichtmsw.pdf.
- 17 Ammann, H. Praktische Präventionsarbeit in der Szene: Erfahrungsbericht eines Streetworkers Available from: URL:www.malesexwork.ch.
- 18 Spreyermann C. Evaluation Male Sex Work MSW [Zusammenfassung]. Berne: sfinx; 2000. Available at: URL:<http://www.bag.admin.ch/cce/studien/aids/d/msw00/execsummsw.pdf> .
- 19 Zobel F, Thomas R, Arnaud S, De Preux E, Ramstein T, Spencer B, et al. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Vierter zusammenfassender Bericht 1999-2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003.
- 20 Jeannin A, Schmid M, Dubois A, Dubois-Arber F, Meystre-Agustoni G, Benninghoff F, et al. Programme national VIH/sida 1999-2003: état et dynamique de la mise en oeuvre à fin 2001. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 81).
- 21 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. Evaluation der AIDS-Präventionsstrategie in der Schweiz: Sechster zusammenfassender Bericht 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999.
- 22 Schmid H, Graf M, Jordan MD, Kuntsche EN, Kuendig H, Bacher E, Messerli J. Evolution de la consommation de substances psychotropes chez les écolières et les écoliers en Suisse: quelques résultats d'une enquête réalisée sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), avec le soutien financier de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et des cantons. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies; 2003.
- 23 Spencer B. La femme sans sexualité et l'homme irresponsable. Actes de la recherche en sciences sociales 1999;128:29-32.
- 24 Haour-Knipe M, Fleury F, Dubois-Arber F. HIV/AIDS prevention for migrants and ethnic minorities: three phases of evaluation. Soc Sci Med 1999;49(10):1357-72.
- 25 Efionayi-Mäder D, Chimienti M, Losa S, Cattacin S. Evaluation du programme global "Migration et santé" de l'Office fédéral de la santé publique. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations (FSM); 2001. (Rapport de recherche).
- 26 Forum suisse pour l'étude des migrations (FSM) en collaboration avec le Service Migration et Santé (OFSP). Migration et santé: stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006. Berne: Office fédéral de la santé publique; 2002.
- 27 Chimienti M, Cattacin S, en collaboration avec Efionayi D, Nidegger M, Losa S. Migration et santé, priorités d'une stratégie d'intervention: rapport de base d'une étude Delphi. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations; 2001.
- 28 Zuppinger B, Kopp C, Wicker HR. Plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne. Berne: Institut d'ethnologie, Université de Berne; 2000.

- 29 Spreyermann C. Internetz, mise en réseau réussie des institutions oeuvrant dans les domaines socio-sanitaires et de la population migrante: résumé de l'évaluation du projet. Berne: sfinx; 1999.
- 30 Fassin D. L'indicible et l'impensé: la "question immigrée" dans les politiques du sida. *Sci Soc Sante* 1999;17(4):5-34.
- 31 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 universitaire de médecine sociale et préventive; 1998. (Raisons de santé, 17).
- 32 Meystre-Agustoni G, Dubois-Arber F, Morency P, Cochand P, Telenti A. Les thérapies antirétrovirales hautement actives (HAART) du point de vue du patient. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2001. (Raisons de santé, 72).
- 33 Thomas R, Haour-Knipe M, Huynh Do P, Dubois-Arber F. Les besoins des personnes vivant avec le VIH/sida en Suisse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000. (Raisons de santé, 59).
- 34 Kübler D, Neuenschwander P, Papadopoulos Y, unter Mitarbeit von Christian Sartori und Sibylle Stamm. Aidspolitik in der Schweiz: Welche Normalisierung ? Normalisierungsszenarien und neue Partnerschaften in der HIV/Aidsprävention auf Bundesebene und in fünf Kantonen. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 78).
- 35 Fondation Profa. Animation itinérante auprès des jeunes: recherche action. Lausanne: Fondation Profa Lausanne; 1999.
- 36 Somaini B, Twisselmann W, Ferber T, Schlegel F. HIV and AIDS: National program 1999-2003. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1999.

3.5 ROLLE DER FREI PRAKTIZIERENDEN ÄRZTE IN DER HIV/AIDS-PRÄVENTION

Die Wichtigkeit der Rolle der Ärzte in der HIV/Aids-Prävention wurde wiederholt unterstrichen¹. Sie spiegelt sich vor allem in der Art der Beziehung Arzt-Patient – besonders günstig für die Erteilung von persönlichen Ratschlägen – und in der Häufigkeit der Konsultationen wieder. Die Prävention in der Arztpraxis ist eine der wichtigen Säulen der vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) verfolgten Strategie zur Bekämpfung von HIV/Aids.

1990 strich eine erste Studie über die HIV/Aids-Prävention in der Arztpraxis^{2,3} das Interesse der Schweizer Ärzte für die Prävention sowie ihr tatsächliches Engagement in diesem Tätigkeitsbereich heraus. Die Ärzte wichen jedoch deutlich von den Empfehlungen der Gesundheitsbehörden ab. Sie konzentrieren ihre Aufmerksamkeit auf gewisse Patientengruppen, welche im herkömmlichen Sinn mit der Infektion verbunden werden, und gehen bei Patienten aus der Allgemeinbevölkerung weniger konsequent vor. 1995 haben die Ärzte ihre Präventionstätigkeiten merklich verstärkt. Ihre Aufmerksamkeit gegenüber Gruppen, die herkömmlicherweise als 'risikoreich' bezeichnet werden, hat nicht nachgelassen. Bei Patienten aus der 'Allgemeinbevölkerung' bleibt die Anamnese jedoch lückenhaft, insbesondere im Bereich der Sexualität. Die Beratung rund um den HIV-Test ist bei Ärzten zudem lückenhaft⁴.

Zur Präventionstätigkeit wurde 2002 eine erneute Befragung durchgeführt. Diese diente insbesondere folgenden Zielsetzungen:

- Die Einschätzung der Ärzte in Bezug auf ihre gegenwärtige Rolle in der Epidemie;
- die Beschreibung ihrer Präventionstätigkeiten und der Vergleich mit denjenigen, welche 1990 und 1995 ermittelt wurden;

- die Beschreibung ihrer Rolle in der Betreuung von HIV-positiven Patienten;
- die Schätzung des Anteils von Menschen mit HIV, welche von frei praktizierenden Ärzten betreut werden;
- eine Gegenüberstellung der Daten über die Praktiken der Ärzte mit denjenigen, welche mittels einer bei der Allgemeinbevölkerung durchgeführten periodischen Telefonbefragung zur Evaluation der Aids-Prävention in der Schweiz (Ausgabe 1990⁵ und 2000⁶) bei den Patienten gewonnen wurden.

Die Studie soll helfen, folgende Evaluationsfragen zu beantworten:

- Ist die Rolle der Ärzte identisch mit derjenigen, welche das nationale Programm ihnen in der Prävention durch die individuelle Beratung zuordnet?
- Sind im Vergleich zu den Feststellungen in den Jahren 1990 und 1995 Änderungen aufgetreten?
- Welche Intensität und Qualität weisen ihre Interventionen auf? Handelt es sich um ein nachhaltiges Engagement?
- Welche Stellung haben die Hausärzte und Spezialisten in der Betreuung von Menschen mit HIV/Aids?
- Entspricht die Betreuung den Bedürfnissen, die in der Studie 'Die Bedürfnisse der Menschen mit HIV/Aids in der Schweiz'⁷ festgestellt worden sind?

Die Studie wurde bei einer Stichprobe^a von 33% der Schweizer Ärzte durchgeführt und wandte sich an jene Spezialisten, die a priori am direktesten von HIV/Aids und der Aidsprävention betroffen sind (Infektiologen^b, praktische Ärzte ohne FMH-Titel, Allgemeinpraktiker FMH, Internisten, Dermatologen, Gynäkologen). Die definitive Stichprobe setzte sich aus 2018 frei praktizierenden, für die Studie in Frage kommenden Ärzten zusammen; 1234 haben geantwortet (61.1%).

Die Informationen wurden mit Hilfe eines mit der Post zugesandten anonymen Fragebogens zusammengetragen. Einige Fragen zur Präventionstätigkeit der Hausärzte sind identisch mit jenen, die 1990 und 1995 gestellt wurden. Folgendes wurde untersucht:

- Einstellungen der Ärzte in Zusammenhang mit der HIV/Aids-Prävention und gewissen ethischen Problemen;
- Anamnese und Risikoanamnese (Patiententyp, Systematisierung);
- Vorgehen beim Test und bei der Beratung (Häufigkeit und Inhalt);
- Erfahrung mit der Postexpositionsprophylaxe (PEP);
- Betreuung von Patienten mit HIV (Verordnung einer hochaktiven antiretroviralen Therapie – HAART), Erhalten eines informierten Einverständnisses, Inhalt der Betreuung etc.);
- Wünsche bezüglich der Weiterbildung.

Die im Text erwähnten Unterschiede sind signifikant mit einem Alpha-Wert von .05 ($p < .05$).

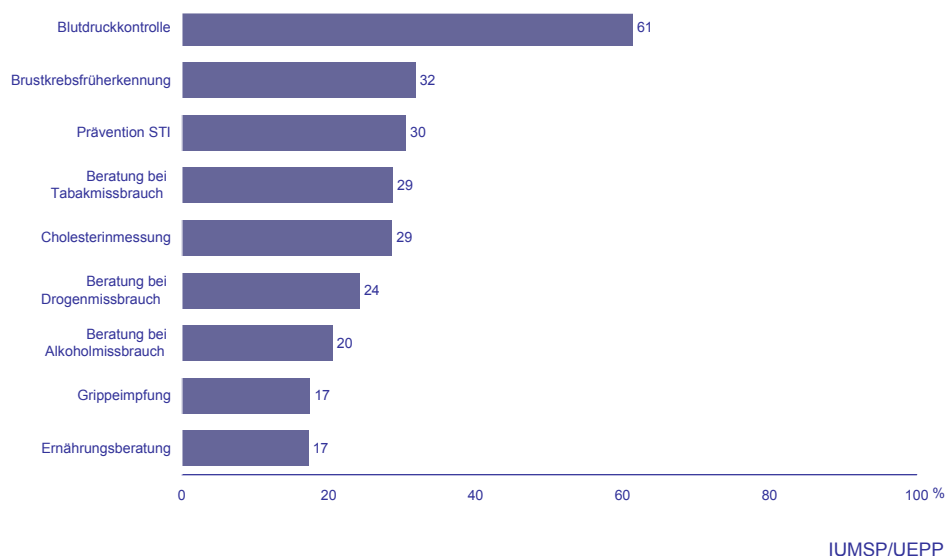
^a Nach Fachgebiet und Sprachregion aufgeteilt.

^b In diesem Fachgebiet wurden alle Ärzte befragt.

3.5.1 Rolle der Ärzte in der HIV/Aids-Epidemie

Abbildung 3.3 zeigt die Bedeutung auf, welche die frei praktizierenden Ärzte bestimmten für Präventionsaktivitäten in Frage kommenden Bereichen beimessen. Jeder dritte Arzt hält die Prävention sexuell übertragbarer Infektionen (STI^a) für 'sehr wichtig'. Diesem Bereich wird etwas mehr Beachtung geschenkt als dem Drogenmissbrauch.

Abbildung 3.3 Verschiedene Präventionsaktivitäten, welche die Ärzte in Ihrer Praxis für 'sehr wichtig' halten (n = 1231)



Mit den Ergebnissen von 1990 ist kein Vergleich möglich. Im Vergleich zu 1995 ist eine leichte Abnahme der Wichtigkeit der Prävention von STI (36% in 1995 gegenüber 30% in 2002) und der Beratung bezüglich des Drogenmissbrauchs (29% in 1995 gegenüber 24% in 2002) festzustellen.

Die Ärzte schätzen die Weiterführung einer Primärpräventionstätigkeit im Bereich HIV/Aids praktisch einhellig (90%) als 'sehr wichtig' oder als 'wichtig' ein; 12% aller Ärzte sind jedoch mit dem folgenden Wortlaut einverstanden oder mehr oder weniger einverstanden: « *Der Wissensstand der Patienten ist bereits ausreichend, so dass es keiner zusätzlichen Präventionsarbeit seitens der Ärzteschaft bedarf* ». Dieser Anteil ist vergleichbar mit demjenigen aus dem Jahr 1995 (14%). Ein sehr hoher Anteil der Befragten hält es für 'sehr wichtig' oder für 'wichtig', dass die Hausärzte sich für die Abklärung der HIV-Infektion (Tests) einsetzen (93%) und den Menschen mit HIV eine allgemeine Betreuung von körperlichen Beschwerden (91%) oder eine psychologische Unterstützung (92%) anbieten. Diese Anteile blieben seit 1995 unverändert^b.

Hingegen hat sich der Anteil der Ärzte, welche der Ansicht sind, eine wichtige oder sehr wichtige Rolle bei den verordneten spezifischen Behandlungen spielen zu müssen, zwischen den beiden Befragungsperioden deutlich verringert (von 69% auf 49%). Darin spiegelt sich sehr wahrscheinlich die wachsende Komplexität dieser Behandlungen wieder.

^a Sexually Transmitted Infections (sexuell übertragbare Infektionen).

^b Kein Vergleich mit 1990 möglich.

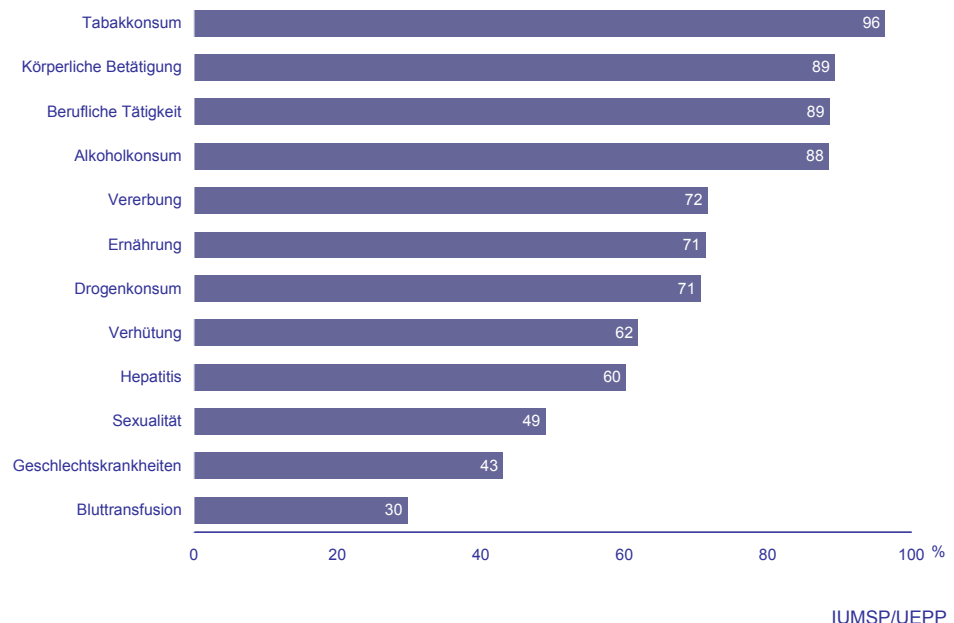
3.5.2 Präventive Praktiken

Der Inhalt der Präventionstätigkeit hängt eng mit der Aufmerksamkeit zusammen, welche der Arzt der Risikoexposition beimisst (Bereiche, welche in der Anamnese behandelt werden, Anpassung des Anamneseninhalts an das Profil der Patienten und an die Situationen).

Anamnese

Abbildung 3.4 zeigt, dass der Tabak- und Alkoholkonsum sowie sportliche und berufliche Aktivitäten routinemässig Teil der Anamnese eines jungen Erwachsenen sind, der nicht wegen eines Notfalls den Arzt konsultiert. Hingegen werden mehrere Aspekte einer Anamnese, die eine mögliche HIV-Exposition ans Licht bringen würden, weniger häufig behandelt. Ungefähr zwei Drittel aller Ärzte stellen häufig oder systematisch Fragen bezüglich Drogensucht oder Empfängnisverhütung; eine Sexualanamnese wird jedoch routinemässig nur von der Hälfte der Ärzte erstellt (siehe Abschnitt Sexualanamnese).

Abbildung 3.4 Bereiche, die bei der Anamnese eines jungen Erwachsenen häufig oder immer befragt werden (n = 1231)



Der Vergleich mit 1995 zeigt, dass das Verhalten bei der Anamnese eines jungen Erwachsenen – in den Bereichen bezüglich HIV/Aids – sich in zwei Bereichen geändert hat: Der Anteil der Ärzte, die sich für die Verhütung interessieren, fiel von 68% auf 62% und jener der praktizierenden Ärzte, die sich nach möglichen früheren Geschlechtskrankheiten (STI) erkundigen, fiel von 47% auf 43%.

Sexualanamnese

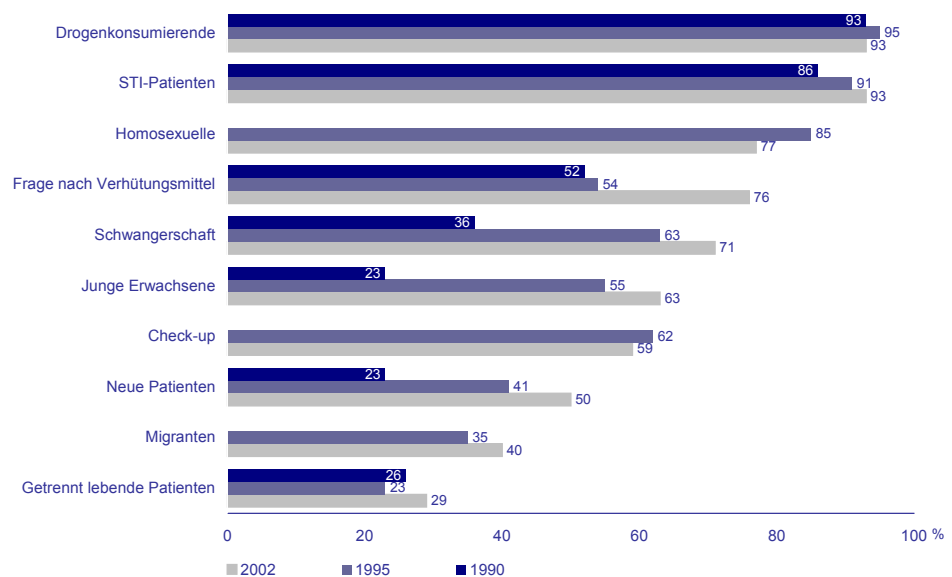
Ärzte, die eine Sexualanamnese erstellen, interessieren sich in erster Linie für die verwendete Schutzmassnahme gegen HIV (84% stellen diese Frage häufig oder immer) und zweitens für die damit verbundenen Problemen (70%). Jeder zweite Arzt erkundigt sich häufig oder immer nach der sexuellen Orientierung des Patienten sowie nach der Anzahl seiner Partner (57% beziehungsweise 49%). Jeder dritte Arzt (33%) schliesslich weitet seine Anamnese häufig oder immer auf die sexuellen Praktiken aus. Die Ärzte haben ihre Gewohnheiten bezüglich der Sexualanamnese seit 1995

praktisch nicht verändert^a. Es ist höchstens ein leichter Anstieg (von 29% auf 33%) bei jenen festzustellen, welche sich nach den Sexualpraktiken erkundigen.

HIV-Risikoanamnese und ihre Systematisierung

Je nach Situation und nach Patientenprofil reagieren die Ärzte unterschiedlich. Der Anteil jener, welche sich nach der Möglichkeit einer HIV-Exposition erkundigen, kann um das Ein- bis Dreifache schwanken. Abbildung 2.5 zeigt, dass Patienten oder Situationen, die ‘explizit’ auf die Möglichkeit hinweisen, mit HIV in Kontakt getreten zu sein (Drogensucht, Sexualität), als erstes die Aufmerksamkeit der Ärzte auf sich ziehen und diese veranlassen, eine Risikoanamnese zu erstellen. ‘Neutralere’ Patienten oder Situationen (junge Erwachsene, Check-up, neuer Patient) geben weniger häufig Anlass dazu, ohne deshalb jedoch vernachlässigt zu werden. Migranten und Patienten, die sich von ihrem Partner getrennt haben, kommen schliesslich seltener in den Genuss einer derartigen Befragung.

Abbildung 3.5 Anteil der Ärzte, die routinemässig nach einer möglichen HIV-Exposition bei verschiedenen Typen von Patienten oder Situationen nachfragen: Vergleich zwischen 1990, 1995 und 2002



Anmerkung: Die Kategorien ‘Check-up’ und ‘Migranten’ kamen in der Studie von 1990 nicht vor. Die Kategorie ‘Homosexuelle’ erfuhr im Vergleich zu 1990 eine Änderung, daher ist ein Vergleich mit diesem Jahr nicht möglich.

IUMSP/UEPP

Das Verhalten der Ärzte bei der Abklärung – durch die Anamnese – einer möglichen HIV-Exposition hat sich im Laufe der Jahre weiterentwickelt. 1990 galt ihre Aufmerksamkeit hauptsächlich den Gruppen mit Risikoverhalten. Zwölf Jahre später schenken sie der Situation der Allgemeinbevölkerung (Wunsch nach Empfängnisverhütung, junge Erwachsene, Check-up, neuer Patient und – weniger ausgeprägt – Migrant) deutlich mehr Beachtung. Zwischen 1995 und 2002 lässt sich jedoch ein leichter Rückgang hinsichtlich der Risikoanamnese bei homosexuellen Patienten beobachten (Abbildung 3.5).

^a Kein Vergleich mit 1990 möglich.

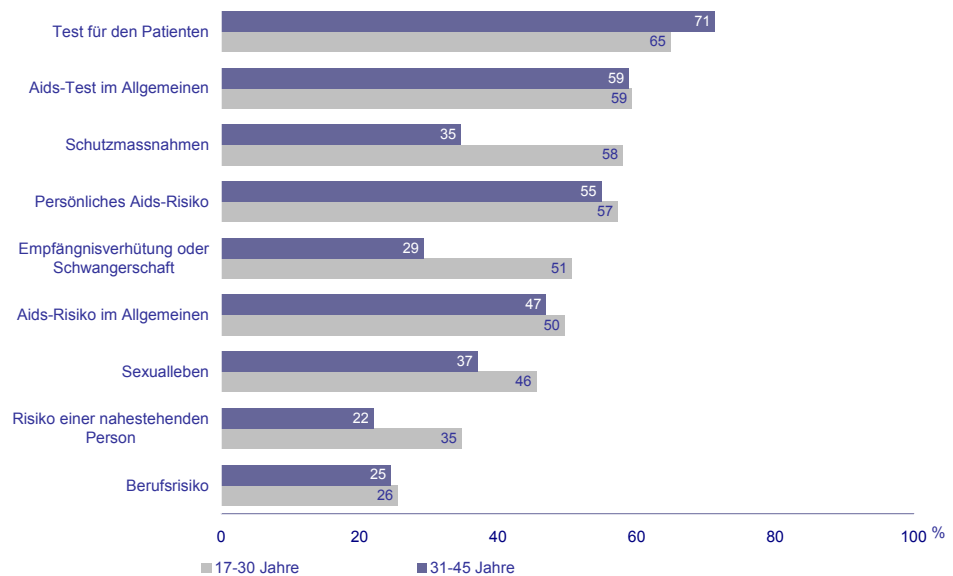
Gemäss der EPSS-Umfrage aus dem Jahr 2000 haben zwei Drittel aller in der Schweiz wohnhaften Personen im Alter zwischen 17 und 45 Jahren in den zwölf der Studie vorangegangenen Monaten mindestens ein Mal einen Arzt konsultiert. Sechs Prozent hatten die Gelegenheit, bei der Konsultation über HIV zu sprechen. Zehn Jahre zuvor (1990)⁵ betrug der Anteil noch 14%. Im Jahr 2000 haben jedoch mehr junge Erwachsene als ältere Personen ein solches Gespräch geführt (Tabelle 3.8).

Tabelle 3.8 Anteil der Personen, die bei einer Konsultation ein Gespräch rund um das Thema HIV/Aids führten (EPSS; 1990: n = 1723, 2000: n = 2866)

	1990: 17-30 Jahre	2000: 17-30 Jahre	1990: 31-45 Jahre	2000: 31-45 Jahre	1990: Total	2000: Total
Mindestens eine Konsultation in den letzten 12 Monaten	73	65	70	63	72	64
Gespräch über HIV/Aids während der Konsultation	15	8	13	5	14	6

IUMSP/UEPP

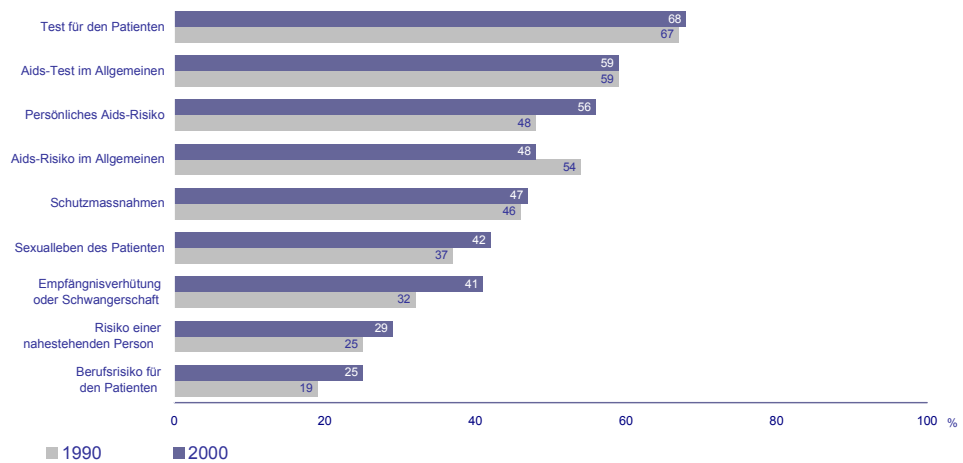
Abbildung 3.6 Behandelte Themen während einer Konsultation nach Alter (EPSS-Umfrage 2000: n = 110)



IUMSP/UEPP

Die während einer Konsultation angesprochenen Themen unterscheiden sich je nach dem Alter des Patienten: Schutzmassnahmen, Empfängnisverhütung und Schwangerschaft, die Risiken für eine nahestehende Person sowie Sexualleben werden mit den jungen Patienten häufiger angesprochen (Abbildung 3.6).

Abbildung 3.7 Behandelte Themen während einer Konsultation: Vergleich zwischen 1990 und 2000 (n = 103)



IUMSP/UEPP

Aus den vorhandenen Informationen lässt sich der Unterschied zwischen den Daten, welche bei den Ärzten gesammelt wurden (hoher Anstieg der Risikoanamnesen bei jungen Erwachsenen), und denjenigen, die bei den Patienten eingeholt wurden (Rückgang der Konsultationen, bei welchen das Thema HIV/Aids behandelt werden konnte), nicht erklären. Dazu können verschiedene Hypothesen formuliert werden, die alle dazu tendieren, die Bedeutung dieses Unterschiedes abzuschwächen. Als Erstes stellt man fest, dass bei den Jüngeren der Anteil der Patienten, welche dieses Thema im Jahr 2000 behandelt haben, am höchsten ist (Tabelle 3.8). Zudem ist zu beobachten, dass gewisse Themen (Sexualleben, Schutzmittel und Verhütung) bei den Jüngeren sehr viel häufiger angesprochen werden (Abbildung 3.6). Diese Feststellungen suggerieren, dass die Ärzte gewissen Anliegen ihrer jüngeren Patienten mehr Beachtung zeigen und sich bei ihnen anders verhalten. Die Zunahme in Abbildung 3.5 könnte diese Hypothese untermauern. Die sinkende Anzahl Personen, welche über HIV/Aids gesprochen haben, könnte sich auch durch den Zeitpunkt in der Geschichte der Epidemie erklären: 1990 vermochte die Neuheit der Infektion Anlass für eine Reihe von Gesprächen allgemeinen Charakters zu geben; 2000 ist die Infektion besser bekannt und die Konsultationen zu HIV/Aids konzentrieren sich vermehrt auf die persönliche Situation des Patienten, wie aus Abbildung 3.7 hervorgeht.

3.5.3 Verhalten und Praktiken rund um den Test

Etwas mehr als die Hälfte der Ärzte (59%) ist der Ansicht, dass kein Test ohne die Kenntnis eines urteilsfähigen Patienten durchgeführt werden sollte. Die Übrigen teilen diese Ansicht nicht vollständig (17% sind eher einverstanden und 12% eher nicht einverstanden) oder sind klar dagegen (12%). Gegenüber 1995^a hat der Anteil der Ärzte, die der Ansicht sind, dass ohne die Kenntnis eines urteilsfähigen Patienten kein Test durchgeführt werden sollte, ganz leicht abgenommen (64%).

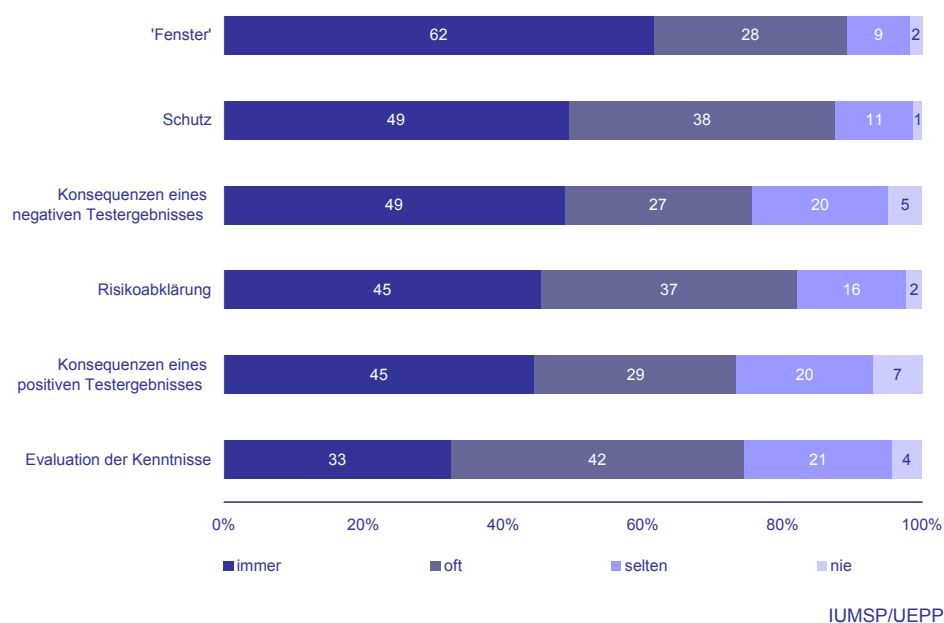
Fast alle Ärzte (2002: 96%, 1995: 99%; 1990: 94%) haben in den sechs Monaten vor dem Versand des Fragebogens mindestens einen HIV-Test verordnet (Median: 10; Durchschnitt: 15.2); insgesamt wurden 17804 Tests durchgeführt. Gynäkologen verordnen durchschnittlich am meisten Tests (35).

^a Kein Vergleich mit 1990 möglich.

Beratung vor dem Test

In vielen Fällen wird die Frage nach einem Test mit einer Beratung verbunden. Diese geht dem Test voraus und erlaubt es, die Grenzen ('diagnostisches Fenster') anzusprechen, nach den Risiken, welchen sich der Patient ausgesetzt hat, zu fragen, seine Kenntnisse zu ermitteln, die Folgen des Tests zu besprechen und dem Patienten Ratschläge zu Schutzmassnahmen zu vermitteln^a.

Abbildung 3.8 Häufigkeit der Themen, die bei der Beratung vor dem Test zur Sprache kommen



Nur die Frage nach der Validität des Testes ('diagnostisches Fenster') wird von mehr als der Hälfte der Ärzte systematisch angesprochen. Mehr als ein Zehntel aller Ärzte erwähnt jedoch nie oder nur selten die Tatsache, dass der Test lediglich die Situation vor dem diagnostischen Fenster wiedergibt. Jeder vierte Arzt erwähnt nur selten oder nie die Folgen eines positiven oder negativen Testes und ermittelt auch nicht die Kenntnisse seines Patienten (Abbildung 3.8).

Das Verhalten der Ärzte bei der Beratung vor dem Test (die Häufigkeit der behandelten Themen) ist gegenüber 1995 absolut unverändert geblieben^b.

Die Ärzte widmen der Beratung vor dem Test durchschnittlich 9.10 Minuten (Median: 10 Minuten). Schliesst man die Infektiologen davon aus, sinkt die durchschnittliche Zeit, die der Beratung gewidmet wird, auf 8.70 Minuten und der Median auf 8 Minuten. Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit denjenigen von 1995^c (durchschnittlich 9.3, Median 8 Minuten).

Der Fachbereich, der mit Abstand am meisten Tests pro Arzt durchführt, ist die Gynäkologie und die Gynäkologen sind gleichzeitig auch jene Gruppe, welche die Beratung vor der Untersuchung am meisten vernachlässigt. Ist dieses Vernachlässigen der Beratung und der Information dem Umstand zuzuschreiben, dass die meisten der von diesen Spezialisten durchgeführten Tests einen Routinecharakter besitzen und dass diese es für unnötig halten, dieser Phase des Testes mehr Zeit zu

^a FMH-BAG. Hausärztliche Beratung zur HIV-Prävention.

^b Kein Vergleich mit 1990 möglich.

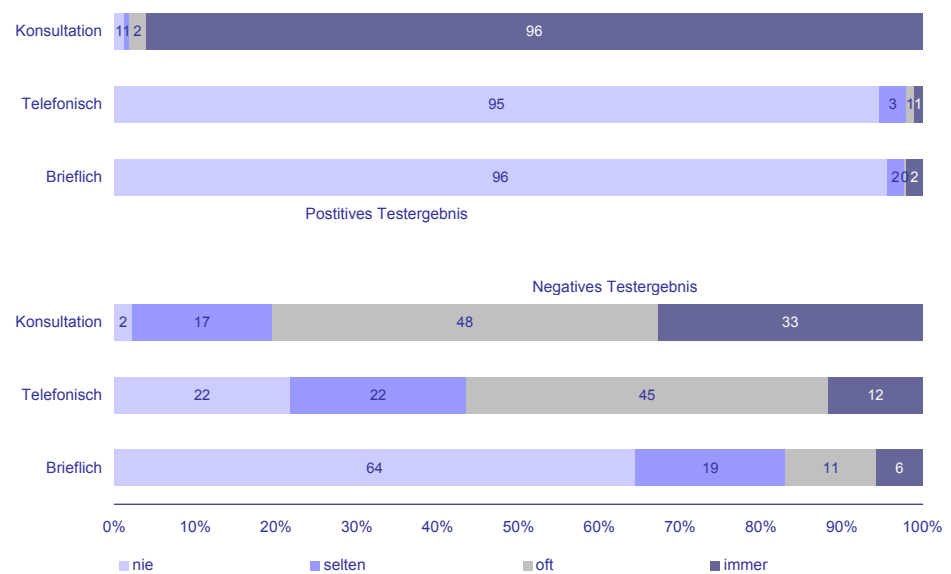
^c Kein Vergleich mit 1990 möglich.

widmen, da sie zu wissen glauben, dass ihre Patientinnen keinem Infektionsrisiko ausgesetzt waren? Im Gegensatz sind die Infektiologen anteilmässig diejenigen Ärzte, welche am häufigsten konsequent sämtliche Themen ansprechen.

Bekanntgabe des Testbefundes

Die Bekanntgabe des Testbefundes bietet die Gelegenheit, die Patienten an einige Schutzmassnahmen zu erinnern. Die Wichtigkeit dieses Gesprächs darf nicht unterschätzt werden, egal wie das Ergebnis des Tests lautet. Bei einem positiven Resultat sollte der Befund von Angesicht zu Angesicht mitgeteilt werden. Hingegen ist es aus organisatorischen oder finanziellen Gründen gerechtfertigt, negative Resultate auf andere Weise mitzuteilen.

Abbildung 3.9 Bekanntgabe des HIV-Testbefundes: Verwendete Kommunikationsmittel (n = 1231)



IUMSP/UEPP

Die Ärzte verwenden bei einem positiven und bei einem negativen Resultat nicht die gleichen Kommunikationsmittel. Häufig verbinden sie verschiedene Methoden. Beinahe alle geben einen positiven Befund im Rahmen einer Konsultation bekannt. Jedoch existiert eine kleine Minderheit, die einen solchen Befund telefonisch oder schriftlich mitteilt (Abbildung 3.9). Diese Praktiken weichen nicht von denjenigen von 1995 ab.

3.5.4 Engagement der frei praktizierenden Ärzte in der Betreuung von HIV-positiven Patienten

Im Jahr 2002 hat etwas mehr als die Hälfte der Ärzte (55%) auf die eine oder andere Weise mindestens einen HIV-positiven Patienten betreut. Die durchschnittliche Zahl dieser Patienten in der Patientendatenbank liegt bei 3.8 pro Arzt (Median: 1). Infektiologen und Dermatologen betreuen mehr HIV-positive Patienten (durchschnittlich 61,7 beziehungsweise 24.8 Patienten). Internisten (3.3), praktische Ärzte (3.0), Gynäkologen (2.5) und Allgemeinmediziner (2.0) haben eine ähnliche Durchschnittszahl HIV-positiver Patienten.

Ein kleiner Teil der frei praktizierenden Ärzte (6%) übernimmt die alleinige Gesamtverantwortung für eine hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) eines oder mehrerer Patienten. Nicht alle

Fachgebiete werden gleichermassen einbezogen: Zwei Drittel der Infektiologen (64%), 11% der praktischen Ärzte, 8% der Internisten, 4% der Allgemeinmediziner, 1% der Gynäkologen und kein Dermatologe sind 'alleinverantwortlich' für eine HAART. Solche Ärzte sind in der Westschweiz (11%) und der italienischsprachigen Schweiz (8%) zahlreicher als in der Deutschschweiz (4%). Gesamthaft betreuen die Befragten, die alleinverantwortlich für eine HAART sind, 1221 Patienten. Tabelle 3.9 präsentiert der Anteil der Ärzte dieser Studie, die eine derartige Betreuung leisten, und die Anzahl der betreuten Patienten mit einer derartigen Behandlung. Sie enthält zudem, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, eine Schätzung für die Zahl der Ärzte aus den betroffenen Fachgebieten und der Anzahl betreuter Patienten. In der Schweiz beträgt die Anzahl der frei praktizierenden Ärzte, welche alleinverantwortlich für eine HAART sind, zwischen 213 und 542, diejenige der Patienten zwischen 2415 und 6013.

Tabelle 3.9 Anteil der an der Studie beteiligten Ärzte und Schätzung des Anteils der Ärzte, die alleinverantwortlich für eine HAART sind, sowie Anzahl der betreuten Patienten mit einer derartigen Behandlung

Daten der Studie	Schätzung für die Bevölkerung (Vertrauensintervalle bei: 95%)				
	% der Ärzte, die alleinverantwortlich für eine HAART sind	Durchschnittliche Anzahl mit einer HAART behandelten Patienten	Max. Anzahl der mit einer HAART behandelten Patienten	Anzahl der Ärzte, die alleinverantwortlich für eine HAART sind	Gesamtzahl der mit einer HAART behandelten Patienten
Infektiologen	64	42.0	200	15	966
Andere Ärzte	6	0.6	150	193 – 518	1454 – 4936
Total	6	1.1	200	208 – 533	2420 – 5902

Anmerkung: Für die Infektiologen gibt es keine Streuwerte, da sämtliche in der Stichprobe berücksichtigt waren.

IUMSP/UEPP

Zudem geben 38% der Ärzte an, bei mindestens einem Patienten für eine HAART mitverantwortlich zu sein. Gesamthaft betreuen 40% – als Allein- oder Mitverantwortliche – Patienten, die mit einer derartigen Therapie behandelt werden. Jeder fünfte Arzt (20%) schliesslich betreut HIV-positive Patienten nur in seiner Funktion als Hausarzt.

17% der Befragten geben an, Patienten zu betreuen, welche eine HAART ablehnen (insgesamt 744 Patienten).

Auch wenn viele Ärzte sich für diese Betreuung engagieren, erachtet es immer noch jeder achte Arzt (12%) als 'selbstverständlich, die Betreuung eines HIV-positiven Patienten zurückweisen zu dürfen, um seine eigene Gesundheit und die seiner Mitarbeiter zu schützen'^a. Diese Haltung nimmt leicht, jedoch konstant ab (1990: 17%; 1995: 14%; 2002: 12%).

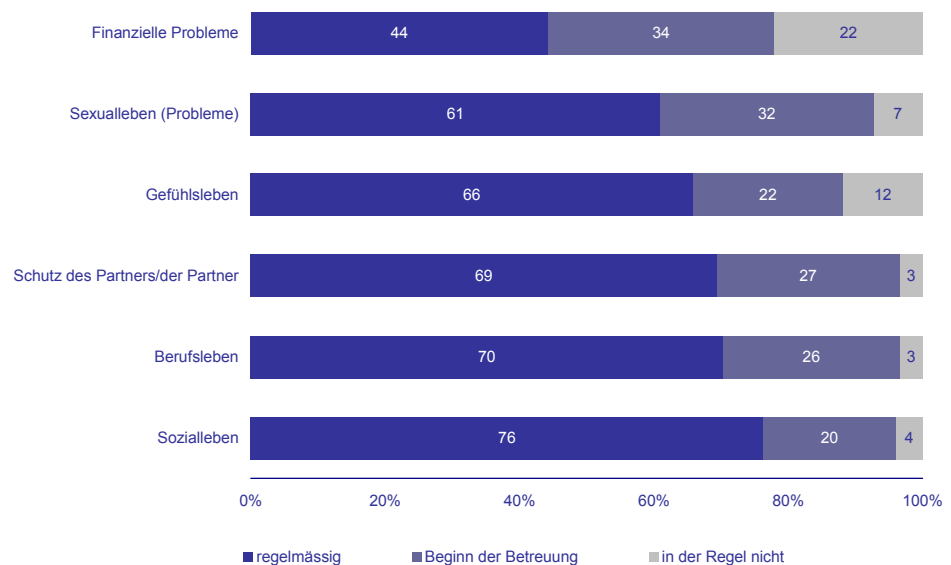
3.5.5 Betreuung von HIV-positiven Patienten in der Arztpraxis

Die HIV-Infektion hat Auswirkungen auf verschiedene Aspekte des Alltagslebens. Ein gutes Verständnis dessen, was der Patient erlebt, hilft dem Arzt bei seiner Betreuung und erlaubt ihm, auf geeignete Weise zu intervenieren. Da es sich bei HIV/Aids um eine langfristige Behandlung handelt, muss der Arzt sein Interesse ständig aufrechterhalten, damit er auf auftretende Veränderungen reagieren kann.

^a Antworten: Einverstanden oder eher einverstanden.

Zwischen zwei Drittel und drei Viertel aller Ärzte informieren sich regelmässig über das soziale und berufliche Leben, das Gefühls- und das Sexualleben sowie über die Schutzgewohnheiten ihrer HIV-positiven Patienten. Etwas weniger als die Hälfte sorgt sich um das Auftreten möglicher finanzieller Probleme. Ein Drittel der Ärzte informiert sich lediglich zu Beginn der Betreuung über das Sexualleben ihrer Patienten und ein Viertel über das Gefühlsleben und über Schutzmassnahmen. Sie verfügen daher über keine Angaben zur Entwicklung eines Gesundheitsproblems, das länger andauert und bei dem gewisse Folgen nicht auf Anhieb in Erscheinung treten. 12% bzw. 7% der Ärzte informieren sich nie über das Gefühls- und Sexualleben ihrer Patienten^a und 22% kümmern sich nicht um finanzielle Probleme, mit denen diese konfrontiert sein könnten (Abbildung 3.10). Diese Feststellung deckt sich mit derjenigen der Studie über die Sexualität von Menschen mit HIV⁸.

Abbildung 3.10 Häufigkeit, mit der sich Ärzte, die HIV-positive Patienten betreuen, über verschiedene Aspekte ihres Lebens erkundigen



IUMSP/UEPP

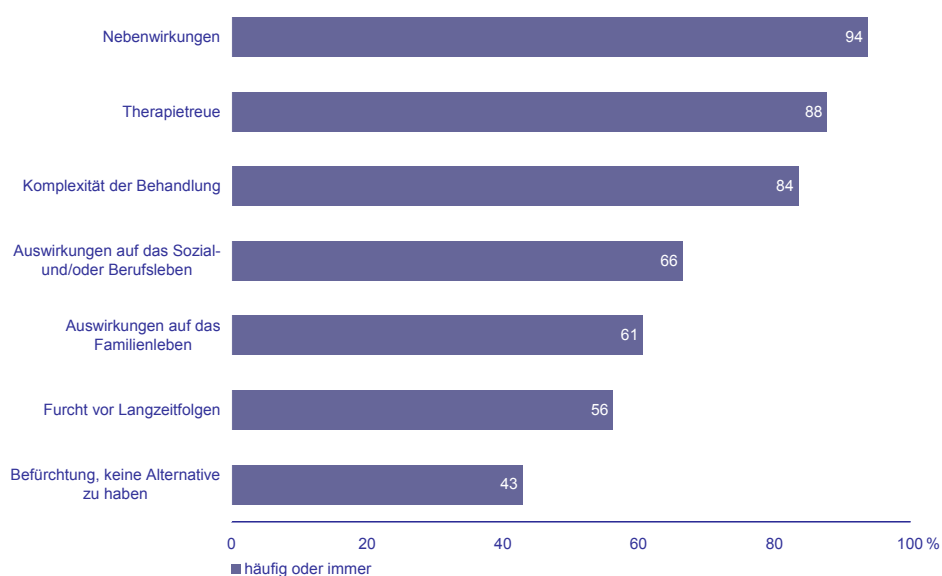
Unter den Behandlungen für HIV-positive Personen sind die HAART bekannt für ihre Komplexität, für die Tatsache, dass eine solche Behandlung die Betroffenen voll und ganz in Anspruch nimmt, für ihre Nebenwirkungen und ihre Auswirkungen auf das Beziehungsleben der Patienten. Die Ärzte widmen der Aufklärung vor dem Beginn einer derartigen Behandlung besondere Beachtung: Bedeutung der CD4 und der Virusmenge, Nebenwirkungen, langfristige Risiken, zu erwartende Verbesserungen, Notwendigkeit der konsequenten Medikamenteneinnahme werden – unabhängig vom Thema – häufig oder immer von mehr als 90% angesprochen. Aufgrund dieser Tatsache sind die Patienten in der Lage, ein wirklich aufgeklärtes Einverständnis zu formulieren. Diese Daten stimmen mit der Studie 'Die antiretrovirale Kombinationstherapie aus Sicht der Patienten'⁹ überein, in welcher die Patienten die Umstände, unter welchen sie ihr Einverständnis zu einer derartigen Behandlung gaben, als positiv einschätzten.

Begrenzt sich die Aufmerksamkeit ausschliesslich auf die Nebenwirkungen der Medikamente, können ganze Existenzbestandteile des Patienten, welche unter Umständen eine wichtige Rolle bei der Therapietreue spielen, vernachlässigt werden.

^a Siehe dazu 'Die Sexualität von Menschen mit HIV'⁸.

Die grosse Mehrheit der Ärzte informiert sich über die Nebenwirkungen der Medikamente, über die durch die Komplexität der Behandlung hervorgerufenen Probleme und über die Therapietreue des Patienten. Nur zwei Drittel hingegen interessieren sich für die Auswirkungen der Behandlung auf das Familien- und das Berufsleben (Abbildung 3.11).

Abbildung 3.11 Anteil der – für eine HAART allein- oder mitverantwortlichen – Ärzte, die sich über verschiedene Aspekte dieser Behandlung informieren (n = 486)



IUMSP/UEPP

3.5.6 Die Postexpositionsprophylaxe (PEP) in der Arztpraxis

Die erreichten Fortschritte im Verständnis der Mechanismen einer HIV-Infektion und in der Bereitstellung von therapeutischen Lösungen können Personen, welche befürchten, dass sie mit dem Virus in Kontakt gekommen sind, eine schnelle Antwort anbieten: Die Postexpositionsprophylaxe (PEP). Die PEP ist jedoch eine schwierige Behandlung und es ist daher gerechtfertigt, dass die Wahrscheinlichkeit der Risikoexposition besonders sorgfältig abgeklärt wird.

Ungefähr die Hälfte der Ärzte (47%) wurde mindestens einmal in einer Situation konsultiert, in der die Verabreichung einer PEP in Frage kam. Innerhalb der zwölf Monate vor der Studie wurde ein Drittel der Ärzte (35%) mindestens einmal in einer derartigen Situation konsultiert (18% einmal, 10% zweimal und 7% mehr als zweimal, das Maximum war zwanzigmal). Gesamthaft berichteten die Befragten 882 Konsultationen wegen einem Problem, bei dem die Verabreichung einer solchen Prophylaxe in Frage kam.

Infektiologen werden am häufigsten mit derartigen Situationen konfrontiert. Demgegenüber wurden ein Allgemeinmediziner von zehn und ein Dermatologe von acht in den vergangenen zwölf Monaten mindestens dreimal mit einem solchen Problem konfrontiert.

Die Hälfte der Ärzte (51%), die mit einer Situation konfrontiert waren, in der die Verabreichung einer PEP in Frage kam, verwiesen ihre Patienten an ein Behandlungszentrum. Ein Drittel (34%) analysierte die Situation und liess sich beraten, 15% analysierten die Situation und entschieden dann alleine über eine Indikation. In der letzten Kategorie finden sich beinahe alle Infektiologen, sowie ein Fünftel aller Internisten. Demgegenüber verwiesen drei Viertel der betroffenen Dermatologen

(73%) und zwei Drittel der Gynäkologen (63%) ihre Patienten an ein Behandlungszentrum. Die Allgemeinmediziner schliesslich liessen sich am häufigsten beraten (43%).

3.5.7 Unterschiede zwischen den Ärzten

Die Sprachregion, das Geschlecht, das Fachgebiet und manchmal die Dauer der Praxistätigkeit sind die Gründe für die wichtigsten Unterschiede, welche in der bivariaten Analyse der Ergebnisse auftauchen.

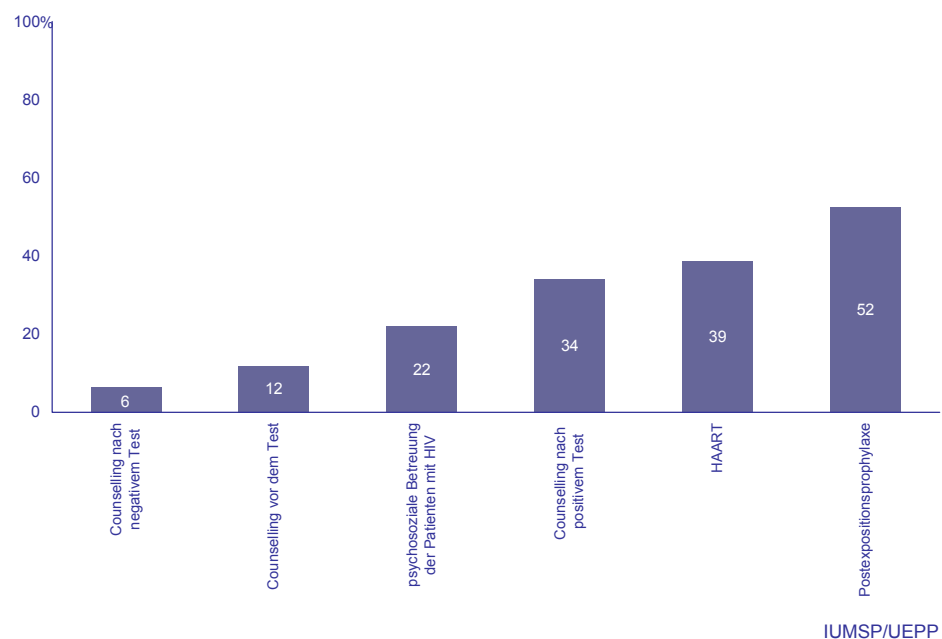
Im Allgemeinen messen die Ärzte aus der Westschweiz der Rolle der Ärzte in der HIV/Aids-Prävention mehr Bedeutung zu als ihre Kollegen aus der Deutschschweiz und dem Tessin. Die Ärzte aus der Westschweiz und dem Tessin sind bei der Risikoanamnese aktiver, verordnen häufiger eine HAART und werden häufiger in Situationen konsultiert, in denen die Verabreichung einer PEP in Frage kommen könnte. In einer derartigen Situation verweisen Deutschschweizer Ärzte ihre Patienten eher an ein Behandlungszentrum, während die Westschweizer und Tessiner sich eher beraten lassen. Dabei sinkt der Anteil der Ärzte, die an ein Behandlungszentrum verweisen, je länger ihre berufliche Praxis dauert.

Die Ärztinnen messen der Rolle der Hausärzte in der HIV/Aids-Prävention mehr Bedeutung zu und setzen diese auch durch die Risikoanamnese mehr in die Praxis um. Letztere wird in der Regel von Dermatologen seltener durchgeführt.

3.5.8 Wünsche bezüglich der Weiterbildung

Der Bildungsbedarf betrifft in erster Linie Bereiche, in denen Neuigkeiten aufgetaucht sind. Mehr als die Hälfte wünscht eine Weiterbildung bezüglich der PEP und ungefähr 40% bezüglich den HAART. Auch die weniger 'technischen' Aspekte werden nicht vernachlässigt und ein Drittel der Ärzte verspürt das Bedürfnis nach einer Ausbildung für die Beratung nach einem positiven Test, während ein Viertel sich im Bereich der psychosozialen Betreuung von HIV-positiven Patienten weiterbilden möchte (Abbildung 3.12).

Abbildung 3.12 Bedarf an Weiterbildung im HIV/Aids-Bereich (n = 1231)



Die Infektiologen sind vor allem an den HAART interessiert, wünschen jedoch auch eine Weiterbildung in der psychosozialen Betreuung der Patienten. Eine Ausbildung zur PEP wird insbesondere von den Allgemeinmedizinerinnen, den Internisten und den Gynäkologen gewünscht.

3.5.9 Internationale Vergleiche

Die Gewohnheiten der ausländischen Ärzte bei der HIV-Risikoanamnese und der Sexualanamnese weisen zahlreiche Analogien mit jenen der Schweizer Ärzte auf, insofern als ihre Vorgehensweise ebenfalls nicht systematisch ist. Die Schweizer Ärzte unterscheiden sich jedoch von ihren ausländischen Kollegen darin, dass sie diesem Aspekt ihrer Präventivtätigkeit eine grössere Aufmerksamkeit schenken.

Die Sexualanamnese erfolgt relativ selten. Ellen und al. stellen einen Prozentsatz von 40% bei einem Kollektiv amerikanischer Ärzte fest, 12% interessieren sich für die sexuelle Orientierung der (jungen) Patienten und 10% für mögliche Beziehungen mit Gelegenheitspartnern. Auf der Grundlage der Ergebnisse einer Befragung von 7'300 amerikanischen Ärzten schätzen St Lawrence und al.¹⁰, dass lediglich ein Drittel systematisch eine Anamnese erstellt, welche die Frage der sexuell übertragbaren Krankheiten einschliesst. Haley und al.¹¹ stellen fest, dass weniger als die Hälfte der kanadischen Allgemeinmediziner und Gynäkologen erklären, sich 'routinemässig' nach dem Gebrauch von Präservativen und der Anzahl Sexualpartner ihrer Patienten zu erkundigen. Haley und al.¹² fanden heraus, dass nur 20% bis 40% (je nach Jahr, in dem sie ihre Zulassung erhalten haben) der kanadischen Hausärzte mit mehr als 90% ihrer Patienten eine Risikoanamnese in Verbindung mit der sexuellen Aktivität erstellen. Lopez-de-Munain und al.¹³ schreiben, dass 14% der spanischen Hausärzte sich für mögliche frühere sexuell übertragbare Krankheiten und 6% für die Anzahl der Sexualpartner ihrer Patienten interessieren. In Australien stellen Temple-Smith und al.¹⁴ fest, dass 79% der Allgemeinmediziner sich gewohnheitsmässig bei ihren Patienten nach Schutzmassnahmen in bei Sexualkontakten (*Safer Sex*) erkundigen, 63% nach der Anzahl ihrer Sexualpartner und 31% nach Prostitutionserlebnissen. Auf der Grundlage von Daten, die bei über 3'800 amerikanischen Ärzten, welche mehr als die Hälfte ihrer Zeit ihrer Tätigkeit als Hausarzt widmen, gesammelt wurden, haben Ewing und al.¹⁵ herausgefunden, dass 24% das Thema der Sexualität in die Anamnese ihrer Patienten einbeziehen. In den USA weisen Elford und al.¹⁶ darauf hin, dass weniger als ein Drittel eines Kollektivs von Männern, die mit Männern Sex haben, über Schutzmassnahmen bei ihren Sexualkontakten diskutiert haben, der Anteil derer, welche die Risiken bei der Injektion von Anabolika angesprochen haben, ist in etwa gleich gross.

Wird die HIV-Risikoanamnese durchgeführt, führt diese nicht notwendigerweise zu wirkungsvollen Ergebnissen. Wenrich und al.¹⁷ stellen fest, dass 60% der Hausärzte eine derartige Anamnese durchführen, jedoch nur 49% unter ihnen erkennen das Vorhandensein eines derartigen Risikos bei weniger als der Hälfte der Patienten, die einem solchen ausgesetzt waren. Indem sie die Vorgehensweise einer Stichprobe von amerikanischen Allgemeinmedizinerinnen in ihren Sprechstunden untersuchten (Videoaufzeichnung), haben zudem Epstein und al.¹⁸ herausgefunden, dass 73% nicht die richtigen Fragen stellten oder die erhaltenen Hinweise nicht korrekt zu interpretieren vermochten.

Bei der Beratung von Menschen mit HIV/Aids haben Margolis und al.¹⁹ beobachtet, dass 23% einer Gruppe infizierter Personen (wovon immerhin 80% riskante Verhaltensweisen praktizierten) nie auch nur den geringsten Ratschlag von ihrem Arzt erhalten haben.

3.5.10 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schlussfolgerungen	Empfehlungen
<p>■ Die Mehrheit der frei praktizierenden Ärzte versteht sich als wichtige Akteure in der HIV/Aids-Prävention. Im Vergleich mit früheren Perioden ist diesbezüglich kein Rückgang zu beobachten.</p>	
<p>■ Im Vergleich zu der Situation von 1990 ist eine klare Verbesserung in Sachen Risikoabklärung bei der Allgemeinbevölkerung festzustellen. Während die EPSS-Umfrage das Ausmass dieser Verbesserung in Frage zu stellen scheint, weist die detaillierte Analyse der Themen eher darauf hin, dass eine Verschiebung der Situation, in der eine grosse Zahl von Patienten das Thema HIV/Aids auf allgemeine Weise (unpersönlich) ansprechen, zu einer Situation, in der dieses Thema zielgerichteter (auf die Person abgestimmt) behandelt wird, stattgefunden hat. Es bleibt jedoch weiterhin ein ungenutztes Präventionspotenzial übrig, das vor allem die jungen Erwachsenen, neue Patienten und Migranten betrifft, aber auch die Homosexuellen, bei denen die Aufmerksamkeit im Vergleich zu 1995 nachgelassen hat.</p>	<p>⇒ Die neuen epidemiologischen Daten deuten an, dass eine verstärkte Sorgfalt auf die Abklärung der Risikoexposition und die Beratung bei Homosexuellen und Migranten gelegt werden muss. Zudem muss das noch vorhandene Verbesserungspotenzial im Bereich der Risikoeermittlung erschlossen werden, insbesondere bei den Jugendlichen und den neuen Patienten.</p>
<p>■ Keine Veränderung wurde bei der Beratung rund um den HIV-Test festgestellt. Bezüglich ihrem Umfang und ihrem Inhalt lassen sich noch einige Mängel ausmachen. Mehrere Themen werden in diesem Zusammenhang nicht systematisch angesprochen, obwohl sie im Hinblick auf die Prävention wichtig sind. Lediglich das 'diagnostische Fenster' wird von mehr als der Hälfte der Ärzte konsequent behandelt.</p>	<p>⇒ Die Ärzte müssen die Gelegenheit, welche ihnen der HIV-Test bietet, besser nutzen, um die Kenntnisse der Patienten zu ermitteln, ihre Risikoexposition festzustellen und ihnen präventive Ratschläge zu erteilen.</p>
<p>■ Bei einer Minderheit der Ärzte lassen sich aber weiterhin gewisse Einstellungen ausmachen, welche ethische Probleme hervorrufen (Test ohne Zustimmung; die Weigerung, HIV-positive Patienten zu behandeln, um die eigene körperliche Gesundheit zu schützen).</p>	<p>⇒ Das Fortbestehen einer Minderheit, welche der Durchführung eines HIV-Testes ohne ein aufgeklärtes Einverständnis der Patienten positiv gegenüberstehen, macht es nötig, die ethischen Empfehlungen für die Arzt-Patienten-Beziehung in Erinnerung zu rufen.</p>
<p>■ Die Ärzte werden häufig mit Situationen konfrontiert, in denen die Verabreichung einer PEP in Frage kommt. Es besteht ein grosser Bedarf an Weiterbildung zu diesem Thema.</p>	<p>⇒ Die Ärzte müssen über das Vorhandensein von Richtlinien zur PEP und deren Beschaffung informiert sein.</p>
<p>■ Mehr als die Hälfte der Ärzte betreuen HIV-positive Patienten. Ihre Rolle in der Betreuung variiert: Eine Minderheit ist alleinverantwortlich für eine HAART und mehr als ein Drittel ist mitverantwortlich für eine derartige Behandlung.</p>	<p>⇒ Die Ärzte müssen mit ihren HIV-positiven Patienten periodisch das Thema des Sexuallebens und der Schutzmassnahmen behandeln und sie dazu ermuntern, die Massnahmen zum Schutz ihrer Partner beizubehalten oder zu verstärken.</p>

■ In der Regel interessieren sich die Ärzte für die Auswirkungen von HIV/Aids oder der Behandlung auf die verschiedenen Aspekte des Lebens ihrer Patienten. Dieses Interesse dauert jedoch nicht immer während der ganzen Behandlung an, vor allem was das Sexual- und Gefühlsleben der Patienten betrifft.

Bibliographie

- 1 Makadon HJ, Silin JG. Prevention of HIV infection in primary care: current practices, future possibilities. *Ann Intern Med* 1995;123(9):715-9. Available at: URL: PM:7574227.
- 2 Meystre-Agustoni G, Hausser D. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: les médecins praticiens face à la prévention du sida. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1991. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 52.11).
- 3 Meystre-Agustoni G, Grüniger U, Cassis I, Jeannin A, Dubois-Arber F. Pratiques et besoins des médecins suisses en matière de prévention de l'infection VIH au cabinet médical: synthèse des expériences, éléments de réflexion et recommandations. *Schweiz Med Wochenschr* 1995;125(13):621-6.
- 4 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Moreau-Gruet F, Haour-Knipe M, Spencer B, et al. Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz: Fünfter zusammenfassender Bericht 1993-1995. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996.
- 5 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G. La prévention du SIDA par le médecin: l'expérience des patients. *Med Hyg (Geneve)* 1992;50:356-60.
- 6 Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP). Enquête téléphonique périodique pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse (EPSS). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- 7 Thomas R, Haour-Knipe M, Huynh Do P, Dubois-Arber F. Les besoins des personnes vivant avec le VIH/sida en Suisse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000. (Raisons de santé, 59).
- 8 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 universitaire de médecine sociale et préventive; 1998. (Raisons de santé, 17).
- 9 Meystre-Agustoni G, Dubois-Arber F, Morency P, Cochand P, Telenti A. Les thérapies antirétrovirales hautement actives (HAART) du point de vue du patient. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2001. (Raisons de santé, 72).
- 10 St Lawrence JS, Montano DE, Kasprzyk D, Phillips WR, Armstrong K, Leichter JS. STD screening, testing, case reporting, and clinical and partner notification practices: a national survey of US physicians. *Am J Public Health* 2002;92(11):1784-8.
- 11 Haley N, Maheux B, Rivard M, Gervais A. Sexual health risk assessment and counseling in primary care: how involved are general practitioners and obstetrician-gynecologists? *Am J Public Health* 1999;89(6):899-902. Available at: URL: PM:10358682.
- 12 Haley N, Maheux B, Rivard M, Gervais A. Lifestyle health risk assessment. Do recently trained family physicians do it better? *Can Fam Physician* 2000;46:1609-16. Available at: URL: PM:10955180.

- 13 Lopez dM, Camara MM, Santamaria JM, Baraia J, Zubero Z, Teira R. [HIV infection and cervical cancer: a note of caution for clinicians and health planners]. *Med Clin (Barc)* 2000;114(7):255-6. Available at: URL: PM:10758597.
- 14 Temple-Smith M, Mulvey G, Doyle W. Maximising response rates in a survey of general practitioners. Lessons from a Victorian survey on sexually transmissible diseases. *Aust Fam Physician* 1998;27 Suppl 1:S15-S18. Available at: URL: PM:9503730.
- 15 Ewing GB, Selassie AW, Lopez CH, McCutcheon EP. Self-report of delivery of clinical preventive services by U.S. physicians. Comparing specialty, gender, age, setting of practice, and area of practice. *Am J Prev Med* 1999;17(1):62-72. Available at: URL: PM:10429755.
- 16 Elford J, Bolding G, Maguire M, Sherr L. Do gay men discuss HIV risk reduction with their GP? *AIDS Care* 2000;12(3):287-90. Available at: URL: PM:10928205.
- 17 Wenrich MD, Curtis JR, Carline JD, Paauw DS, Ramsey PG. HIV risk screening in the primary care setting. Assessment of physicians skills. *J Gen Intern Med* 1997;12(2):107-13. Available at: URL: PM:9051560.
- 18 Epstein RM, Morse DS, Frankel RM, Frarey L, Anderson K, Beckman HB. Awkward moments in patient-physician communication about HIV risk. *Ann Intern Med* 1998;128(6):435-42.
- 19 Margolis AD, Wolitski RJ, Parsons JT, Gomez CA. Are healthcare providers talking to HIV-seropositive patients about safer sex? *AIDS* 2001;15(17):2335-7. Available at: URL: PM:11698714.

4 BILANZ UND PERSPEKTIVEN

4.1 ENTWICKLUNG DER EPIDEMIE

Dieses Kapitel enthält eine Situationsanalyse der Epidemie. Es stützt sich auf Verhaltensdaten, die bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen gesammelt wurden, auf eine Literaturschau für bestimmte Sondergruppen und auf die Daten des epidemiologischen Überwachungssystems für HIV und STT^a.

Man kann sagen, dass die Allgemeinbevölkerung gut über HIV/Aids und die entsprechenden Schutzvorkehrungen Bescheid weiss. Dies erklärt sich durch die Intensität, die Kontinuität und die breite Abdeckung der Medienkampagnen, der Aktivitäten in der Schule und ganz allgemein der sozialen Mobilisierung.

Seit 1987 kann man eine tiefgreifende Verhaltensänderung in Richtung eines verstärkten Schutzverhaltens beobachten. Der Gebrauch von Präservativen hat allgemein ein hohes Niveau erreicht, obwohl je nach Altersklasse Unterschiede festzustellen sind. Seit 1992 zeichnet sich jedoch eine Stabilisierung ab. Die neuesten Daten (2000) lassen mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit darauf schliessen, dass diese Stabilität andauert. Es deutet nichts auf einen nachlassenden Präservativgebrauch hin. Dennoch ist angesichts der jüngsten Entwicklungen des epidemiologischen Umfelds (Entwicklung der neuen Fälle von HIV und STI, international zu beobachtendes Wiederaufflammen der Epidemie) Vorsicht angebracht. Zudem muss man berücksichtigen, dass es kleinere Untergruppen der Gesamtbevölkerung gibt, die von den Umfragen nicht erfasst werden, sei dies aufgrund ihrer Ausgrenzung, der Unmöglichkeit, sie telefonisch zu erreichen, oder der Tatsache, dass sie keine der Landessprachen beherrschen und ihre Verhaltensweisen daher nur ungenügend dokumentiert sind. Und schliesslich darf man nicht vergessen, dass nebst der Gesamtentwicklung auch grosse individuelle Schwankungen auftreten.

Die neuesten Daten zum Schutzverhalten bei den jungen Menschen (SMASH-Studie^b) sowie die Entwicklung der Präservativverkäufe lassen keinerlei Anzeichen für ein Nachlassen erkennen und bestätigen diesen Trend zu einer Stabilisierung. Diese im Jahr 2002 gesammelten Daten beziehen sich auf einen Zeitraum, der durch eine Neulancierung der HIV/Aids-Thematik in der Presse, durch die Mitteilungen des Bundesamt für Gesundheit (BAG) sowie durch die Kampagnen geprägt ist. Diese haben seit Ende 2001 vor einem Wiederaufflammen der Epidemie in den entwickelten Ländern gewarnt und die Aufmerksamkeit auf die Katastrophe in den Entwicklungsländern gelenkt.

Die Angaben über die Verhaltensweisen in spezifischen Bevölkerungsgruppen zeigen ein differenziertes Bild.

Bei den Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), konnte man seit 1997 ein Nachlassen des Schutzes mit den Gelegenheitspartnern^c, eine Stabilisierung auf einem noch ungenügenden Schutzniveau mit den festen Partnern (in Anbetracht des Mangels an wirksamen Schutz-

^a *Sexually Transmitted Infections* (sexuell übertragbare Infektionen).

^b *Swiss Multicentric Adolescent Survey on Health*. Persönliche Mitteilung, Daten 2002 noch nicht veröffentlicht.

^c Entwicklung, die im Jahr 2000 statistisch signifikant wurde.

strategien innerhalb von Paarbeziehungen) und eine Zunahme der Anzahl Sexualpartner beobachten.

Obschon das Schutzniveau generell hoch geblieben ist, war dieses Nachlassen zweifellos als klares Vorzeichen für den jüngsten Anstieg der Anzahl neuer HIV-Fälle in dieser Bevölkerungsgruppe zu werten.

Bei den Personen, die Drogen intravenös konsumieren, könnte das jüngst zu verzeichnende leichte (nicht signifikante) Nachlassen des Schutzverhaltens durch Verzicht auf Spritzentausch und die Stabilisierung auf einem noch ungenügenden Schutzniveau bei den Sexualkontakten auf eine Zunahme der Übertragungen hindeuten – die jedoch bisher durch die epidemiologischen Daten nicht bestätigt wird – dies vor allem in bestimmten Städten, in denen die (Spritzen-) Tauschraten höher geblieben sind.

Bei den Menschen mit HIV ist das angestrebte Ziel eines Schutzniveaus^a von 90% bei Sexualkontakten, das sich das nationale HIV/Aids-Programm für 2001 vorgenommen hatte, noch nicht erreicht.

Es herrscht ein Mangel an neueren Daten über die Migranten (über die Migranten, die aus den Ländern der Sub-Sahara stammen, sind sogar gar keine Angaben vorhanden) und über Personen, die sich prostituieren. Bei den Migranten ist der Bedarf nach Angaben über deren Kenntnisse und Verhaltensweisen besonders stark. Denn die epidemiologische Entwicklung zeigt, dass ein nicht zu vernachlässigender Teil der neuen, auf heterosexuellem Weg übertragenen HIV-Fälle bei den Personen zu verzeichnen sind, die aus den Ländern der Sub-Sahara^b stammen, oder bei den Partnern dieser Personen. Bei den Personen, die sich prostituieren, lassen die internationalen Daten auf ein hohes Schutzniveau durch das Präservativ sowie auf tiefe HIV-Prävalenzraten bei den professionellen Prostituierten schliessen. In anderen Segmenten der Prostitution ist die Situation hingegen weniger klar oder gar beunruhigend.

Die jüngste Entwicklung der neu gemeldeten HIV-Fälle muss vor dem Hintergrund dieser Verhaltensänderungen gedeutet werden. Daraus könnte man Hypothesen für die Zukunft entwerfen.

Die erste Frage, die sich stellt, betrifft die Konkordanz zwischen den Verhaltensdaten und den Daten des serologischen HIV-Überwachungssystems. Diese ist gut: Der Rückgang der Verhaltensweisen, die das Risiko einer HIV-Übertragung bergen, ist der Abnahme der Neuinfektionen um mehrere Jahre vorausgegangen. Die Entwicklung der Verhaltensweisen innerhalb der Gruppe der MSM und derjenigen der Drogenkonsumierenden gab einen frühen Hinweis darauf, was man derzeit bei diesen Bevölkerungsgruppen hinsichtlich neuer HIV-Fälle feststellt. Daher sollte die Überwachung der Verhaltensweisen in diesen Bevölkerungsgruppen fortgesetzt und auf weitere Zielgruppen erweitert werden (Migranten aus den Ländern südlich der Sahara, Prostituierte). Dieses Monitoring bildet eine Ergänzung zur Überwachung von HIV und anderen STI. Zusammen bilden sie den Kern eines Überwachungssystems der 'zweiten Generation', das von der WHO/UNAIDS empfohlen wird.

Eine zweite Frage stellt sich bezüglich der Ausbreitung der Epidemie auf grössere Teile der Allgemeinbevölkerung oder mit anderen Worten auf die Möglichkeit einer allgemeinen Verbreitung der Epidemie. Die Daten über die Neuinfektionen zeigen einen Anstieg bei den

^a Das ist die einzige 'Bevölkerungsgruppe', für die ein Schutzniveau, das es zu erreichen gilt, festgesetzt wurde.

^b Man weiss jedoch nicht, ob diese Personen sich in der Schweiz oder in ihrem Herkunftsland mit dem HI-Virus infiziert haben.

Heterosexuellen (diese verzeichnen die proportional grösste Zunahme). Die Bedeutung dieser 'neuen Angabe' muss jedoch relativiert werden. Die Heterosexuellen machen den Grossteil der Bevölkerung aus und man kann daher zu Recht erwarten, dass die Zahl der Infektionen in dieser Gruppe nach einer gewissen Zeit ansteigt (zahlenmässig, jedoch weniger anteilmässig). Der Anteil der infizierten Bevölkerung (8 auf 100 000 Einwohner) ist jedoch weit entfernt von der Quote^a, welche die Schweiz in die Gruppe der Länder mit hoher HIV-Prävalenz plazieren würde. Denn die heterosexuellen Neuinfektionen sind hauptsächlich auf kleinere Bevölkerungsgruppen konzentriert (Migranten aus den Ländern südlich der Sahara, Partner von Personen, bei denen die HIV-Infektion bereits diagnostiziert wurde usw.) sowie auf spezielle Bevölkerungsgruppen wie die MSM und die Drogenkonsumierenden. Wir haben es also immer noch mit einer konzentrierten Epidemie zu tun.

Zudem muss auch der Frage nachgegangen werden, wie der jüngste Anstieg der HIV-Neuinfektionen zu interpretieren ist. Ein Teil dieser Neuinfektionen sind tatsächlich Infektionen, die in jüngster Zeit erfolgt sind (Primoinfektionen). Bei anderen handelt es sich hingegen um Infektionen, die in einem späteren Stadium entdeckt werden – bei einem grossen und stetig wachsenden Teil der Fälle gar erst dann, wenn sich Aids manifestiert. Man muss zudem beachten, dass die HIV/AIDS-Epidemie aus mehreren Unterepidemien besteht (in verschiedenen Bevölkerungsgruppen) bzw. aus epidemischen Herden, die um einen Kern von Personen mit Risikoverhalten angeordnet sind^b. In mehreren besonderen Bevölkerungsgruppen (MSM, intravenös Drogenkonsumierende) ist die HIV-Prävalenz hoch, aber noch stabil. Die HIV-Infektion befindet sich hier in einem endemischen Stadium und bei einem Nachlassen des Schutzverhaltens könnte es zu einer eigentlichen epidemischen Zunahme kommen, die jedoch auf die eine oder andere dieser Bevölkerungsgruppen begrenzt bliebe. Man weiss nichts über die Verbreitung von HIV und dessen Prävalenz in gewissen afrikanischen Volksgruppen südlich der Sahara. Daher ist es schwierig, die neuen Fälle als Beginn einer Epidemie in diesen Volksgruppen zu interpretieren.

Möglicherweise gibt es 'Brücken' für ein stärkeres Eindringen der Infektion^c in die 'Allgemeinbevölkerung', d.h. bei den Personen, die nicht zu einer besonderen Bevölkerungsgruppe gehören (zum Beispiel den Sexualpartnern von Personen mit intravenösem Drogenkonsum oder denjenigen von bisexuellen Männern). Man sollte dieses Problem aufmerksam weiterverfolgen. Gleichzeitig muss man jedoch auch festhalten, dass diese Brücken seit dem Beginn der HIV/Aids-Epidemie existiert haben und dass das hohe Schutzniveau, das man in der Allgemeinbevölkerung und in den besonderen Zielgruppen verzeichnet, eine massive Ausbreitung der Infektion verhindert hat. Auch wenn es HIV-Fälle bei Heterosexuellen gibt, deren einzige für die Infektion relevante Charakteristik darin besteht, dass sie mehrere Partner haben. Sofern dieses generelle 'Schutznetz' bestehen bleibt, ist kaum mit einem allgemeinen Wiederaufflammen der Epidemie zu rechnen. Hingegen könnte es sein, dass bei der Zahl der Neuinfektionen noch lange Zeit Schwankungen auftreten werden oder dass sich die Zahl der Neuinfektionen auf einem höheren Niveau einpendelt als das Ende der 1990er Jahre erreichte Niveau.

^a 1% bei den schwangeren Frauen in den grossen Städten.

^b Wie dies in der Region von Lausanne beobachtet wurde, wo in einer Gruppe von Drogenkonsumierenden eine Reihe von neuen HIV-Fällen mit einem ganz besonderen Untertyp aufgetaucht ist.

^c Sofern diese Personen keine Präventivmassnahmen ergreifen.

4.2 DYNAMIK DER UMSETZUNG DES NATIONALEN PROGRAMMS

Das vorliegende Kapitel enthält eine Analyse sowie eine Globalreflexion zur Gesamtentwicklung der Umsetzung des Nationalen HIV/Aids-Programms 1999-2003.

4.2.1 Kontinuität als allgemeine Ausrichtung des Nationalen HIV/Aids-Programms

In diesem Abschnitt soll auf gewisse Charakteristiken hingewiesen werden, die im Programm selber beschrieben werden und für dessen Umsetzung von Bedeutung sind¹. Mit Hilfe zahlreicher Zitate aus dem Programm soll dessen Ausrichtung möglichst genau wiedergegeben werden.

Das 'Nationale HIV/Aids-Programm 1999-2003' wurde in der vom Handbuch 'HIV-Prävention in der Schweiz'² und der damaligen Situation vorgegebenen Richtung weiterentwickelt. Das Nationale Programm 1999-2003 bringt noch weitere Gesichtspunkte ein und beinhaltet Überlegungen zu Themen wie der Gesundheitsförderung, der 'Normalisierung'^a, dem internationalen Kontext, den neuen hochaktiven antiretroviralen Therapien (HAART), der internationalen Zusammenarbeit, der Qualitätssicherung und der dem Programm zugrunde liegenden Werte.

In der Einleitung zum 'Nationalen HIV-/Aids-Programm 1999-2003' sind die wichtigsten Ausrichtungen hinsichtlich der Zwecke und der Umsetzung des Programms sowie des Umfelds, in dem diese erfolgen, klar umrissen.

Das Programm verfolgt drei Ziele. So soll die bis anhin im HIV/Aids-Bereich eingeschlagene Politik weitergeführt; gleichzeitig gilt es dieser neue Impulse zu verliehen, nationale Strategien festzulegen, die auf regionaler Ebene umzusetzen sind, und zudem sollen die auf dieser Ebene stattfindenden Massnahmen und Aktionen sowie deren Finanzierung legitimiert werden.

Das Nationale Programm ist in einem Kontext angesiedelt, der als 'Normalisierung' von Aids bezeichnet wird³. Die dank der Einführung der HAART bewirkte 'Umwandlung' von Aids zu einer chronischen, aber immer noch unheilbaren Krankheit hat eine neue Phase eingeleitet. Aufgrund dieser Änderung befinden sich sämtliche im Aids-Bereich tätigen Akteure in einer Situation, in der die noch nicht allzu lang bestehenden Organisationsstrukturen und Institutionen ihre 'Daseinsberechtigung begründen' müssen und 'mit anderen Institutionen konkurrieren' (S. 9), wenn es darum geht, die für ihre Arbeit und ihre Existenz erforderlichen Mittel zu erhalten. Der Erhaltung und der Verankerung des Bestehenden kommt daher eine grundlegende Bedeutung zu.

« ... la normalisation est un processus désirable si les instances politiques de décision, les professionnels et les personnes vivant avec le VIH et le sida parviennent à préserver les fruits du travail réalisé au fil des ans » (p. 9)^b.

Die Ziele des Nationalen Programms sind klar festgelegt. Was die Umsetzung anbelangt, wird hingegen explizit auf die Festlegung konkreter Massnahmen sowie auf eine Planung, Aufteilung der Zuständigkeiten^c und einer Finanzierung für die Realisierung dieser Massnahmen verzichtet.

^a Mit diesem Begriff möchte man zu verstehen geben, dass HIV/Aids im westeuropäischen Kontext nicht länger als Ausnahmefall wahrgenommen wird, sondern sich zu einem 'normalen' Problem des öffentlichen Gesundheitswesens zu entwickeln scheint. Angesichts stabilisierter Infektionsraten und grosser Fortschritte in der Entwicklung von antiretroviralen Medikamenten hat die Angst vor HIV/Aids – und damit auch das öffentliche Interesse – abgenommen⁶.

^b Für die deutsche Version, siehe Knöpfel, Peter/ Bussmann, Werner 1997, Die öffentliche Politik als Evaluierungsobjekt, in: Bussmann W, Klöti U, Knöpfel P. (Hg.). Einführung in die Politikevaluation, Basel/Frankfurt: 1997.

^c Im verwaltungspolitischen Sinne des Wortes.

« Le programme fixe des objectifs, mais ne formule ni compétences ni mesures concrètes. »
(p. 9)^b.

Wie dies bereits beim Handbuch 'HIV-Prävention in der Schweiz' der Fall war, wird auch beim Nationalen Programm 1999-2003 auf eine Neuaufteilung der Zuständigkeiten verzichtet. Die Ausführungsmodalitäten werden vielmehr der bestehenden Situation angepasst. Im Kapitel 'Planung der Umsetzung'^a wird diese Kontinuität bestätigt:

« On continuera de s'en tenir aux partages des tâches tels qu'ils existent déjà dans de nombreux cantons entre les autorités, les antennes cantonales ou régionales de l'ASS et autres services, et qui ont prouvé leur efficacité. Par ailleurs, la répartition des tâches entre Confédération et cantons ancrée dans la loi demeure déterminante dans le domaine VIH/sida également.

Les compétences – qu'il s'agisse de direction, de coordination, de collaboration, de financement ou d'exécution – doivent découler des domaines de tâches, de l'expertise et des rapports de travail déjà établis et éprouvés des différents partenaires. » (p.39)^b.

Die Begriffe 'Nationales Programm' und 'Umsetzung' können somit ein rhetorisches Hindernis darstellen und aufgrund ihrer bewussten Färbung irreführend wirken. Sie lassen auf eine hierarchische Organisation schliessen, bei der das erarbeitete und verabschiedete Programm systematisch von untergeordneten Verwaltungsinstanzen umgesetzt wird, welche von einer zentralen Behörde Kompetenzen zugeteilt und die zur Umsetzung erforderlichen Mittel zugesprochen erhält. Bekanntlich ist dies aber nicht der Fall.

Tatsächlich werden vielfältige und unterschiedliche Aktivitäten entwickelt, welche sich in ihrer Gesamtheit mit den im 'Nationalen HIV/Aids-Programm' beschriebenen Ausrichtungen vereinbaren lassen und die im Rahmen dieses Programms ausgelegt und evaluiert werden können.

4.2.2. Das Nationale Programm als Fortsetzung und Verankerung einer wichtigen öffentlichen Politik in einem Bundesstaat

Im Rahmen einer Analyse der öffentlichen Politik erweist sich das Nationale HIV/Aids-Programm als grundlegende Strategie dieser Politik^b, mit der auf das von der HIV/Aids-Epidemie verursachte soziale und gesundheitspolitische Problem reagiert wird. Diese öffentliche Politik ist im Rahmen des für die Schweiz typischen Vollzugsföderalismus zu sehen und legt grossen Wert auf Subsidiarität und Anreize⁴.

Als öffentliche Politik im Rahmen einer föderalistischen Ausführung weist das Nationale HIV/Aids-Programm folgende Merkmale auf:

- Auf verschiedenen Ebenen (national, kantonal oder regional) sind zahlreiche Akteure involviert;

^a Siehe Seite 38 ff des Handbuchs.

^b « L'innovation analytique du terme de politique publique réside justement dans le fait de relier des décisions individuelles et isolées qui codéterminent cependant la solution apportée au problème social qu'elles abordent. Cet ensemble constitue un conglomérat multistratifié de décisions, dont les formes juridiques divergent (loi générale et abstraite, décision budgétaire ou planificatrice, décision individuelle et concrète) et qui sont prises par une multitude de personnes de manière consciente et ciblée, à divers niveaux (Confédération, cantons, communes, etc.) et en assumant des fonctions différentes (parlementaire, responsable de programme, acteur de mise en œuvre), pour contribuer à la résolution du même problème social. » (p. 62)²⁰. (Für die deutsche Version, siehe Knöpfel, Peter/ Bussmann, Werner 1997, Die öffentliche Politik als Evaluierungsobjekt, in: Bussmann W, Klöti U, Knöpfel P. (Hg.). Einführung in die Politikevaluation, Basel/Frankfurt: 1997.

- diese Akteure sind in verschiedenen Bereichen tätig (Prävention, Krankenpflege, Bildung, Soziales usw.), wobei all diese Bereiche ihre eigenen Charakteristiken aufweisen;
- Es sind verschiedene Kompetenzbereiche betroffen und die Beziehungen zwischen den Akteuren und den Ebenen (Bund, Kantone, Gemeinden) sind bei weitem nicht alle vorgeschrieben oder vertraglich geregelt (zahlreiche Aktivitäten entstehen aufgrund von autonomen Beschlüssen der Akteure, sich auf eine bestimmte Aktivität zu konzentrieren oder sich an einer bestimmten Zusammenarbeit zu beteiligen usw.).

Tatsächlich anerkennt das Nationale Programm explizit diese Situation, indem darin erklärt wird, dieses Programm biete 'einen Rahmen, in welchem unterschiedliche Handlungsansätze Platz finden, auch solche, die nicht explizit erwähnt sind' (S. 5).

Dieselbe Kontinuität lässt sich auch bei der Finanzierung der Aktivitäten feststellen. Das Nationale Programm 1999-2003 « *légitime les mesures correspondantes et le financement de celles-ci* » (S. 6).

Die allgemeinen Ausrichtungen des Nationalen Programms als öffentliche Politik lassen sich somit wie folgt zusammenfassen:

- Das Nationale Programm legt klare Zwecke und Ziele mit explizit formulierten Meilensteinen für die Akteure im Aids-Bereich fest. Die Zwecke und Ziele führen die anhin verfolgte Politik weiter (Kontinuität);
- es werden keine besonderen Kompetenzen, Massnahmen oder Finanzierungen festgelegt. Diese Elemente sind auf die Kontinuität mit der bestehenden Situation angelegt und werden den regionalen Akteuren überlassen;
- es versteht sich als Instrument zur Ausrichtung der Aktionen und als Planungshilfe für die lokalen Akteure;
- es gesteht sich eine wichtige Legitimierungsfunktion für die auf regionaler Ebene umgesetzten Massnahmen sowie die entsprechenden Finanzierungen zu;
- im Vordergrund steht die Erhaltung des Erreichten und die Verankerung bereits bestehender Aktivitäten.

Diese Ausrichtungen fügen sich weitgehend in die bisher im HIV/Aids-Bereich erarbeitete und ausgeübte Politik ein. Es mag bedauernswert sein, dass die anfechtbaren Punkte wiederholt werden. Man denke da insbesondere an den Entschluss, das – sicherlich schwierige – Problem einer Festlegung der Rollen und Kompetenzen nicht anzugehen. Dies war bereits ein Schwachpunkt des vorhergehenden Handbuchs zur Prävention und führte bekanntlich zu Interpretationskonflikten⁵.

4.2.3. Der Kontext der Umsetzung des Nationalen Programms

Der Aids-Bereich in der Schweiz zeichnet sich durch einen weitreichenden und tiefgreifenden Konsens hinsichtlich der Bedeutung der Prävention und der Fortsetzung der diesbezüglich unternommenen Anstrengungen aus. Dieser gilt sowohl für die im Aids-Bereich tätigen Akteure als auch für die Gesamtbevölkerung.

Der Prozess der Beteiligung an der Ausarbeitung des Nationalen Programms

Die Erarbeitung des Nationalen Programms 1999-2003 ist das Ergebnis einer breiten Vernehmlassung. Daran beteiligt waren verschiedene Instanzen, die im Anhang des Programms aufgeführt sind. Dazu gehören Bundesinstanzen (wie die Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für Aids-Fragen oder die Bundesämter, die der Interdepartementalen Arbeitsgruppe für Aidsfragen

angehören), die Kantone (unter anderem die Kantonalen Gesundheitsdirektionen), interkantonale Organisationen wie die verschiedenen Konferenzen der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenzen oder die Konferenzen der kantonalen Erziehungsdirektoren, die Institute für Sozial- und Präventivmedizin sowie private Organisationen wie die Aids-Hilfe Schweiz (AHS) und ihre Mitgliederorganisationen, die regionalen Selbsthilfegruppen^a, die Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX, die Vereinigung 'Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies' (GREAT^b), die *Fondation ProFa*, die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH), der Verband Schweizerischer Drogenfachleute usw.

Diese breite Beteiligung von Akteuren der Bereiche, die mit HIV/Aids zu tun haben, an der Ausarbeitung des Programms 1999-2003 bildete einen der Faktoren, welcher die Abstimmung (Kohärenz) der bestehenden Aktivitäten und des Programms bestimmte. Dieser Prozess einer Integration der Partner wurde bei der im Jahr 2002 aufgenommenen Arbeit zur Ausarbeitung des neuen Nationalen Programms ('Nationales HIV/Aids-Programm 2004-2008') aktiv weitergeführt.

Fortsetzung der bisherigen Politik

Wie bereits erwähnt, wurde das Nationale Programm 1999-2003 in der vom 'Präventions-Handbuch' und der damaligen Situation vorgegebenen Richtung entwickelt. Bei der Umsetzung kann somit die bereits entwickelte Dynamik genutzt werden.

Konsens unter den Akteuren

Wie eine Studie von Kübler et al⁶ gezeigt hat, besteht unter den Akteuren ein breiter Konsens bezüglich der Strategie des BAG. Auch wurde festgestellt, dass weder auf nationaler Ebene noch in den untersuchten Kantonen eine bedeutende Koalition vorhanden ist, die der so genannten 'Amtlichen Aids-Koalition' gegenübersteht. Auf nationaler Ebene gehören dieser von den Forschern ermittelten Koalition das BAG, die AHS sowie die Akteure der Schadenminderung im Drogenbereich (FASD^c) an. In ihren jeweiligen Bereichen sind die AHS und die FASD offizielle Partner des BAG.

Ein vergleichbares Kräfteverhältnis lässt sich auch auf kantonaler Ebene beobachten. In sämtlichen untersuchten Kantonen (GE, LU, SO, TI, ZH) gibt es eine starke amtliche Aids-Koalition mit Zugang zu den öffentlichen Mitteln. Dieser steht teilweise eine weniger verbindliche und schwache Koalition ohne Zugang zu bedeutenden Mitteln gegenüber.

Sowohl auf eidgenössischer als auch auf kantonaler Ebene hat die amtliche Aids-Koalition ein dichtes Netzwerk von Beziehungen zwischen den Akteuren geschaffen und profitiert vom Zugang zu den offiziellen Mitteln. Sie verfügt somit über eine faktische Autorität bei der Ausarbeitung und der Umsetzung der Gesundheitspolitik im HIV/Aids-Bereich.

Der Konsens in der Bevölkerung

Zur Einstellung der Schweizer Bevölkerung gegenüber der Gesundheitspolitik im HIV/Aids-Bereich gibt es keine besondere Untersuchung. Seit mehreren Jahren liegen aber Evaluationen⁷⁻¹³ zur Akzeptanz der STOP-AIDS-Kampagne vor, die seit 1987 ununterbrochen aktiv durchgeführt wird und für die Gesamtbevölkerung das sichtbarste Element dieser Politik darstellt. Ganz allgemein wird die Kampagne weiterhin stark beachtet, kam doch ein Grossteil der Bevölkerung im letzten

^a Organisationen von Menschen mit HIV/Aids.

^b Westschweizer Vereinigung für Alkohol- und Suchtforschung.

^c Schweizerische Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich.

Jahr im Kontakt mit einer ihrer Produktionen. Auch die Akzeptanz ist sehr hoch, wünschen doch regelmässig über 90% der Bevölkerung eine Weiterführung dieser Kampagne.

Anhand dieser Angaben scheint die Bevölkerung gegenüber den Aids-Präventionskampagnen eine sehr positive Haltung einzunehmen. Da diese Kampagnen das sichtbarste Element der Gesundheitspolitik im HIV/Aids-Bereich darstellen, ist zu vermuten, dass diese positive Haltung, die breite Akzeptanz sowie die starke und anhaltende Unterstützung auch für die anderen Teile dieser Politik gelten.

Dies bestätigt die Haltung der Allgemeinbevölkerung gegenüber dem Drogenproblem¹⁴. Seit 1991 finden insbesondere die Massnahmen zur HIV/Aids-Prävention bei den Drogenkonsumenten und vor allem die Abgabe von sterilem Injektionsmaterial die Zustimmung von fast 90% der befragten Personen (89% im Jahr 1997¹⁵).

4.2.4. Bedeutung und Rolle des Konsenses

Das Nationale Programm 1999-2003 setzt somit die bereits früher im HIV/Aids-Bereich eingeschlagene Politik in einem Umfeld fort, in dem ein sehr weitreichender Konsens herrscht. Diese Situation ist geprägt von der Vorrangstellung der amtlichen Aids-Koalition sowie der breiten Akzeptanz und Unterstützung der Bevölkerung. Der Konsens ist historisch gesehen das Ergebnis der bedeutenden gesellschaftlichen Mobilisierung in den Jahren 1985-1995 als Antwort auf das Aids-Problem.

Dieser Konsens, welcher von den Akteuren ausserhalb des eigentlichen Aids-Bereiches (z.B. Gesundheitsförderung usw.) geteilt wird, ist ein zentrales Element in der Umsetzung des Nationalen Programms. Seine wichtigste Funktion besteht darin, im Hintergrund dafür zu sorgen, dass die zahlreichen Beschlüsse der unabhängigen Akteure verschiedener Bereiche den Zielsetzungen des Nationalen Programms entsprechen. Er lenkt die Beschlüsse der selbständigen Akteure, gewährleistet einen gemeinsamen Background bei den Verhandlungen zwischen diesen Akteuren und erleichtert ganz allgemein ihre Beziehungen untereinander.

Mit seinen bereits erwähnten vielfältigen Aspekten stellt der Konsens das wichtigste gemeinsame 'Kapital' der Akteure, insbesondere der Hauptakteure dar. Dies obwohl seine Bedeutung nicht immer wahrgenommen wird oder zumindest nicht explizit anerkannt ist.

4.2.5. Unstimmigkeiten in Bezug auf den Konsens^a

Nichtsdestotrotz war die Anfangsphase der Umsetzung des Nationalen Programms von Meinungsverschiedenheiten und mangelndem Verständnis unter den auf nationaler Ebene tätigen Hauptakteuren geprägt. Besonders bemerkenswert ist dabei die Feststellung, dass diese Probleme in den Kantonen nicht oder nur selten auftraten. Inzwischen (im Jahr 2003) sind die Probleme geregelt, aber sie werden trotzdem erwähnt, da sie den Beginn der Umsetzung des Nationalen Programms prägten.

Die Debatte zum 'Transfer'

Die erste Unstimmigkeit in Bezug auf den Konsens ergab sich aufgrund von Missverständnissen und tatsächlichen Meinungsverschiedenheiten rund um den Begriff 'Transfer'.

^a In diesem Abschnitt interpretiert das Evaluationsteam Informationen aus den Interviews mit den im Anhang erwähnten nationalen Akteuren, der Dokumentation sowie den Notizen, die im Rahmen der 'Interkantonalen HIV/Aids-Konferenz' vom 8. September 2000 gemacht wurden. Diese Konferenz mit dem Titel 'Transfer im Kampf gegen HIV/Aids' wurde vom BAG und der AHS durchgeführt.

Im Aids-Bereich stand dieser Begriff zuerst für den Transfer (Weitergabe) innovativer Praktiken oder Erfahrungen (im Sinne der *Good Practices*) des Aids-Bereiches auf andere Bereiche der Gesundheit¹⁶. Dabei sollten andere Bereiche von den positiven Erfahrungen profitieren, die bei der Aids-Bekämpfung, so beispielsweise in Zusammenhang mit dem *Empowerment* betroffener Personen, der Betreuung, den Präventionskampagnen, der Schadenminderung usw. gemacht wurden. Aus Sicht der Evaluation ist dies die einzige Definition des Transfers, welche sich in diesem Bereich auch wirklich als brauchbar erweist.

Andererseits war oft die Rede davon, die HIV/Aids-Präventionsbotschaften in die Praktiken der bereits in benachbarten Bereichen tätigen Akteure (Sexualpädagogik, Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen, pränatale Beratung, Familienplanung, Allgemeinmedizin, Erziehung durch die Eltern usw.) zu integrieren. So sollten diese Akteure dazu angeregt werden, die HIV/Aids-Prävention in ihr berufliches Repertoire aufzunehmen und einen nachhaltigen Multiplikatoreffekt für die Prävention zu erzielen. Dieser Appell betraf insbesondere Einzelpersonen bei ihrer täglichen Arbeit mit Patienten und Kunden. Dies stellt die Ebene III (individuelle Prävention) der HIV/Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz dar. Es handelt sich hier also eher um eine Verankerung, also eine Weiterführung der HIV/Aids-Prävention, und weniger um einen Transfer.

Offenbar hat das BAG dem Begriff Transfer während einer gewissen Zeit, nämlich zu Beginn der Umsetzung des Nationalen Programms, eine neue Bedeutung verliehen. Damals war vom Transfer von Zuständigkeiten (Kompetenztransfer)^b für eine Intervention von einer Organisation auf andere sowie vom Transfer der Verantwortung für ein Präventionsprogramm von einer Organisation auf eine andere die Rede. Hier geht es um einen anderen Begriff. Im Rahmen des Projekts Aids-Prävention im Sexgewerbe (APiS)/*Barfüsserfrauen*¹⁷ machte die AHS positive Erfahrungen beim teilweisen Transfer (Übertragung) des Programms (auf die Umsetzung beschränkter Transfer; die Entwurfs-, Planungs-, Koordinations- und Ausbildungsaufgaben bleiben bei der Mutterorganisation). In diesem Fall profitierte die lokale Organisation von der Kompetenz der AHS in den Bereichen Prävention und HIV/Aids und brachte ihre besonderen Kenntnisse über die Zielgruppe und Verbindungen zu dieser Bevölkerungsgruppe ein. Etwas anders sah die Erfahrung aus, die in den ersten Jahren mit dem Projekt MSM^c gemacht wurde. Bei diesem Projekt waren Organisationen von Homosexuellen auf lokaler Ebene für das Projekt verantwortlich, während die AHS ihre Kompetenz im Aids- und Präventionsbereich einbrachte. In der Folge wollten viele Gruppierungen das Projekt nicht weiterführen, weil die Prävention zu weit von ihrer eigentlichen Hauptaufgabe, der Verteidigung der Interessen Homosexueller, entfernt war^d. Deshalb wurde das Projekt auf lokaler Ebene von den Aids-Hilfen übernommen. Die Konzeption, Koordination und Ausbildung bleiben hingegen weiterhin Sache des Dachverbandes.

Damit ein derartiger Transfer beschlossen werden kann, sollte zuerst dessen Zweckmässigkeit überprüft werden. Dabei gilt es mehrere Kriterien zu beachten:

- Die Rechtmässigkeit einer Intervention (die Aufgaben der Organisation sollten die Prävention beinhalten/mit dieser vereinbar sein);
- die Glaubwürdigkeit beim Zielpublikum und die Fähigkeit, dieses zu erreichen;
- die Glaubwürdigkeit bei den Behörden;

^a Siehe Website des BAG: <http://www.bag.admin.ch/aids/ziele/d/index.htm>.

^b Bezüglich dem Auftrag einer Organisation.

^c MSM: Männer, die Sex mit Männern haben.

^d Diesbezüglich bestehen derzeit grosse regionale Unterschiede. So sind insbesondere in der Romandie gewisse Gruppierungen weiterhin stark im Präventionsbereich tätig.

- die Kompetenz in den Bereichen HIV/Aids und Prävention;
- ein natürliches Interesse für die Problematik;
- das Vorhandensein eines Netzwerks sowie von Strukturen und einem besonderen *Know-how*;
- das Potenzial für die Nachhaltigkeit einer Intervention (Engagement, Übernahme der Finanzierung, Strukturen).

Die Frage der Ausschreibung neuer Programme – wie dies beim Programm für Migranten aus den Ländern südlich der Sahara^a der Fall war – geht nicht auf die Idee eines Transfers zurück. Dennoch können sich die oben erwähnten Kriterien als Entscheidungshilfen dienen. Sind diese Kriterien erfüllt, können andere Aspekte wie die Möglichkeit beträchtlicher Grössenvorteile (eine Organisation ist für mehrere Programme verantwortlich) anstelle der Vielfalt der Partner den Ausschlag geben.

Dieser Transferbegriff wurde inzwischen (Anfang 2003, also während der Erstellung des vorliegenden Berichts) aufgegeben. Das BAG seinerseits zog zu Recht eine Ausrichtung vor, welche auf die Erhaltung und Verankerung der Stärken im Aids-Präventionsbereich abzielt.

Eine weitere Unstimmigkeit auf nationaler Ebene hing mit der Entwicklung der Finanzierung (insbesondere der Kürzung der für die Prävention bestimmten Kredite)^b und mit den teilweise unterschiedlichen Einschätzungen hinsichtlich der Bedeutung der neueren epidemiologischen Entwicklung sowie der Entwicklung des Verhaltens zusammen. Die AHS hat ihre Anstrengungen für die Prävention neu belebt und eine entsprechend verstärkte Lobby-Aktion gestartet.

Vom Programm geweckte Erwartungen

Eine dritte Unstimmigkeit ergibt sich aus den Erwartungen, welche das Nationale Programm bei gewissen Akteuren der kantonalen Prävention weckt. Sein unklarer Charakter als Programm ohne genaue Ausführungen für die Umsetzung wurde von einigen Gruppierungen als frustrierend empfunden, da zu diesem Zeitpunkt die vorhandenen Unsicherheiten und Fragen eher nach klaren Anhaltspunkten für die Zielsetzungen, Prioritäten sowie die Aufgabenteilung riefen.

Das neue Nationale Programm 2004-2008, welches sich in der Endphase der Ausarbeitung befindet, berücksichtigt diese Mehrdeutigkeiten. Es werden grosse Anstrengungen zur Klärung der Rollen und Kompetenzen unternommen, wo dies möglich ist.

Rolle des BAG

Eine vierte Unstimmigkeit ergibt sich schliesslich aus der nationalen Führungsrolle des BAG. Bei verschiedenen Gelegenheiten und in verschiedenen Regionen äusserten einige Akteure wiederholt ihr Bedauern, dass das BAG auf nationaler Ebene keine deutlich sichtbare Führungsrolle übernimmt und auf regionaler Ebene seine Präsenz und Unterstützung manifestiert, welche im Übrigen nicht unbedingt finanzieller Art zu sein braucht.

Diese Anliegen fanden Gehör. So beschloss das BAG, seine Präsenz als Leader der HIV/Aids-Prävention in der Schweiz zu bekräftigen. Mit der STOP-AIDS-Kampagne wurde ein deutliches Zeichen gesetzt und darüber hinaus wurden die Zusammenarbeit mit der AHS und die Kontakte zu den Kantonen neu belebt.

^a Siehe Abschnitt 3.4.11 zu diesem Thema.

^b Die Höhe des vom BAG für die Aids-Prävention gesprochenen Kredites stieg von 13.1 Millionen im Jahr 1990 auf 16.0 Millionen im Jahr 1994 und ging anschliessend in den Jahren 2001 und 2002 schrittweise auf 9.5 Millionen zurück. Quelle: BAG.

4.2.6. Bedeutung und Funktion der nationalen Führungsrolle

Das BAG fungiert als führende nationale Instanz. Über seine Aufgaben hinaus, die im Nationalen Programm erwähnt sind^a, wird hier auf die politische und symbolische Bedeutung seiner Rolle bei der Festlegung der Hauptzielsetzungen und der Hervorhebung der anhaltenden Bedeutung von HIV/Aids als prioritäres Anliegen der öffentlichen Gesundheit hingewiesen. Für die Akteure – insbesondere die regionalen Präventionsakteure – ist dieser Aspekt sehr wichtig, da diese dadurch eine gesundheitspolitische Legitimität erlangen, die bei den Beziehungen und Verhandlungen unter den sie finanzierenden regionalen Behörden und Institutionen von grundlegender Bedeutung ist.

Die direkt dem BAG unterstehende STOP-AIDS-Kampagne^b ist ein wesentlicher Bestandteil dieser nationalen Führungsrolle. Die Kampagne reflektiert die Botschaft, dass das Aids-Problem nichts an Bedeutung verloren hat und die entsprechenden Aktionen weiterhin berechtigt sind, und übermittelt diese der Gesamtbevölkerung.

Die AHS als nationale Vereinigung, welche durch die Aktivität ihrer Antennen sowohl auf nationaler als auch regionaler Ebene tätig ist, nimmt ebenfalls einen wichtigen Platz ein. Sie verteidigt die Interessen der Menschen mit HIV/Aids – gemeinsam mit den regionalen Selbsthilfeorganisationen – sowie von bestimmten Randbevölkerungen oder solchen, die es werden könnten, lanciert für sie Präventionsaktivitäten oder setzt diese um und verfolgt weiterhin aufmerksam die sozialen und ethischen Aspekte sowie die Einhaltung der Menschenrechte im Rahmen der Gesundheitspolitik im Aids-Bereich. Deshalb und aufgrund ihrer Stellung ist die AHS ein wichtiger Gesprächspartner sowohl für das BAG wie auch für die Kantone.

Aufgrund dieser Charakteristiken müssen die Verwaltung, Ausbildung, Koordination und allgemeiner gefasst die politische Unterstützung und Leitung auf nationaler Ebene gewährleistet werden, auch wenn die Finanzierung teilweise von einem Kanton übernommen wird. Die AHS hat diese Rolle bis anhin übernommen und es bestehen keine wichtigen Gründe, daran etwas zu ändern.

4.2.7. Die Dynamik in den Kantonen

Insgesamt erweist sich die Umsetzung des Nationalen Programms in den Kantonen als zufriedenstellend. Es ist keine signifikante Verschlechterung der Situation oder der Dynamik festzustellen. Allerhöchstens zeichnen sich bei einigen Akteuren manchmal eine Zunahme der Schwierigkeiten bei der Erfüllung der Aufgaben oder der Beschaffung der Finanzmittel ab.

Die oben erwähnten Besonderheiten bezüglich gewisser Gruppen oder *Settings* sind auch auf kantonaler Ebene feststellbar. Wie bereits erwähnt, werden die Ziele des Nationalen Programms im Therapie- und Diagnosebereich eigenständig verfolgt.

Die HIV/Aids-Prävention bei Drogenabhängigen wurde in die Gesundheitspolitik für den Drogen- und Suchtbereich integriert. Sie ist von einer Dialektik zwischen nationalen und regionalen beziehungsweise lokalen Entwicklungen geprägt. Ihre Umsetzung hängt stark von den kantonalen und lokalen Gegebenheiten ab und hat ihre Verankerung im Massnahmenpaket zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro)¹⁸ gefunden.

Die regionalen Gegebenheiten in der Schule sind geprägt von Diversität und Komplexität. In diesem Bereich ist es zumindest in einigen Kantonen notwendig, einen gewissen 'Druck aufrecht-

^a Auf Seite 41 werden folgende Bereiche erwähnt: Grundlagen zur politischen Entscheidungsfindung; Überwachung der Epidemie; Produktesicherheit; Information; Richtlinien und Empfehlungen; Koordination, Vernetzung und Wissenstransfer; Internationale Zusammenarbeit; Innovation, Initiierung und Nachhaltigkeit; Krisen- und Risikomanagement.

^b Die STOP-AIDS-Kampagne wird in Abschnitt 3.2 behandelt.

zuerhalten', um die Errungenschaften zu sichern oder zu erweitern. Es besteht somit ein Bedürfnis nach einer erneuten Motivation der Akteure, was einen symbolischen Input der nationalen Führungsinstanz erforderlich macht.

Die grössten kantonalen Unterschiede lassen sich in den weit gefassten und nicht genau umrissenen Bereichen der Prävention, Mobilisierung (*'advocacy'*) und Intervention bei besonders gefährdeten Gruppen feststellen. Die Situation in diesem Bereich hängt von autonomen Beschlüssen der Akteure ab, sich auf diesen oder jenen Bereich zu konzentrieren. Entscheidend sind auch die Beziehungen und Kooperationen, die sie mit anderen Akteuren und mit der Verwaltung anknüpfen bzw. aufbauen konnten, die positive Haltung der Behörden gegenüber der Aids-Prävention, die lokale Finanzlage usw.

4.2.8. Wohlwollen und Präventionspotenziale

Auf den in weiten Kreisen der Bevölkerung vorherrschenden Konsens und die positive Haltung gegenüber der Prävention wurde bereits hingewiesen. In Hinblick auf die Präventionsinterventionen kommt dies in einer wohlwollenden Haltung und in der Bereitschaft zum Ausdruck, sich an Interventionen zu beteiligen, sofern die Fachleute der HIV/Aids-Prävention die Initiative und oftmals auch die Kosten übernehmen. Auf Einzelbeispiele möglicher Realisierungen wurde bereits hingewiesen^a, so auf die Zusammenarbeit mit den kommunalen oder kantonalen Amtsstellen, welche von der HIV/Aids-Prävention a priori nicht betroffen sind, die Akzeptanz dieser Interventionen durch einige Cabaretsbetreiber usw. Ganz im Gegensatz zum scheinbar herrschenden Pessimismus stellt dieses Wohlwollen effektiv ein Präventionspotenzial dar, welches intensiver und systematischer genutzt werden könnte.

4.2.9. Internationale Vergleiche

In einer kürzlich vom IUMSP¹⁹ durchgeführten Studie wurden die Resultate der Politik zur Bekämpfung von HIV/Aids in Frankreich, Deutschland, Italien und der Schweiz verglichen. Dabei zeigte sich, dass die Resultate trotz erheblicher Unterschiede hinsichtlich der Organisation der Prävention und des Inhalts der Präventionsbotschaften (insbesondere bezüglich dem HIV-Test und der Drogenabhängigkeit) eine starke Ähnlichkeit aufwiesen. Diese Übereinstimmung der Resultate ist auf eine ganze Reihe von gemeinsamen Elementen zurückzuführen, welche den verschiedenen politischen Strategien oder ihrem jeweiligen Kontext eigen sind. Gemeint sind die frühzeitige Erkennung (in der Entwicklung der Epidemie) der potenziellen Gefahr, welche HIV/Aids darstellt, ein klarer und expliziter politischer Wille, auf diese Gefahr zu reagieren, ein liberaler Umgang mit der Epidemie, der mit der in diesem Bereich herrschenden Tradition bricht, die Gewährung von Sonderbudgets, die rasche Lancierung von Präventionsprogrammen, die Kontinuität der Botschaften, die Kohärenz zwischen den verschiedenen Interventionen, eine starke Mobilisierung der Gesellschaft und der Gemeinschaften sowie eine breit abgestützte Mediatisierung der Epidemie und der zu deren Bekämpfung eingesetzten Mittel.

Bibliographie

- 1 Somaini B, Twisselmann W, Ferber T, Schlegel F. HIV und Aids: nationales Programm 1999-2003. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 1999.

^a Im Kapitel 'Bestimmte Zielgruppen' werden mehrere erwähnt.

- 2 Bundesamt für Gesundheitswesen, Eidgenössische Kommission für Aidsfragen. Aids in der Schweiz: Die Epidemie, die Folgen, die Massnahmen. Bern: Bundesamt für Gesundheitswesen, Eidgenössische Kommission für Aidsfragen; 1989.
- 3 Rosenbrock R, Schaeffer D, Dubois-Arber F, Moers M, Pinell P, Setbon M. Die Normalisierung von Aids in Westeuropa. Aids Infothek 1999;5:4-15.
- 4 Bütschi D, Cattacin S. L'Etat incitateur: nouvelles pratiques de la subsidiarité dans le système du bien-être suisse. Annuaire suisse de science politique 1993;33:143-62.
- 5 Jeannin A, Schmid M, Dubois A, Dubois-Arber F, Meystre-Agustoni G, Benninghoff F, et al. Programme national VIH/sida 1999-2003: état et dynamique de la mise en oeuvre à fin 2001. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 81).
- 6 Kübler D, Neuenschwander P, Papadopoulos Y, unter Mitarbeit von Christian Sartori und Sibylle Stamm. Aidspolitik in der Schweiz: Welche Normalisierung ? Normalisierungsszenarien und neue Partnerschaften in der HIV/Aidsprävention auf Bundesebene und in fünf Kantonen. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 78).
- 7 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Moreau-Gruet F, Haour-Knipe M, Spencer B, et al. Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz: Fünfter zusammenfassender Bericht 1993-1995. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996.
- 8 Dichter Institut. Schlussbericht zur Evaluation des STOP-AIDS-Kampagne 1995. Zürich: Dichter Institut; 1996.
- 9 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. Evaluation der AIDS-Präventionsstrategie in der Schweiz: Sechster zusammenfassender Bericht 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999.
- 10 Raggenbass Partner. Bericht zur Evaluation der 1999er STOP-AIDS-Kampagne. Wädenswil: Raggenbass Partner, Marketing und Kommunikationsforschung; 2000.
- 11 RGS Motiv- und Marktanalysen GmbH. Bericht zur Evaluation des 1997er STOP-AIDS-Kampagne. Zürich: RGS Motiv- und Marktanalysen GmbH; 1998.
- 12 Urfer H. Auto-évaluation: campagne STOP-SIDA, décembre 1999 - Aug.t 2000. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2000.
- 13 Ensmann A, Sardi M. Evaluation de la campagne STOP-SIDA 2000-2001 et du site stopsida.ch. Genève: Erasm SA; 2001.
- 14 Zobel F, Thomas R, Arnaud S, De Preux E, Ramstein T, Spencer B, et al. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Vierter zusammenfassender Bericht 1999-2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003.
- 15 Longchamp C, Cattacin S, Wisler D, Lehmann P, editors. Pragmatismus statt Polarisierung: die Entwicklung von Einstellungen und Verhaltensweisen zur Drogenpolitik der Schweiz in den 90er Jahren: mit einer Analyse der Volksabstimmung über "Jugend ohne Drogen". Muri: Zentralsekretariat SGGP (Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik); 1998. (Schriftenreihe der SGGP = Cahiers d'études de la SSPS = Pubblicazioni della SSPS).
- 16 Twisselmann W, Schmid M, Somaini B, Rosenbrock R, Nöstlinger C. Transfer - HIV/Aids-Fragen und Lehren für Public Health und Gesundheitspolitik: Schlussbericht zuhanden des Schweizerischen Nationalfonds, Fachkommission Aids. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, WZB für Sozialforschung Berlin und Center for Evaluation Antwerpen: 2001.
- 17 Giuliani P. Prévention du sida dans le commerce du sexe en Suisse : femmes au pieds nus : 1999. Zurich: Aide suisse contre le sida; 2000.

- 18 Gervasoni JP, Zobel F, Kellerhals C, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A, et al. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Dritter zusammenfassender Bericht 1997-1999. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- 19 Balthasar H, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F. Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida: rapport sur mandat de l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida (France). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 83).
- 20 Knoepfel P, Bussmann W. Les politiques publiques comme objet d'évaluation. In: Bussmann W, Klöti U, Knoepfel P, editors. Politiques publiques: évaluation. Paris: Economica; 1998. p. 55-72.

5 ALLGEMEINE SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

ALLGEMEINE SITUATION: VERHALTENSWEISEN UND HIV-FÄLLE

Schlussfolgerungen

Empfehlungen

■ In der Allgemeinbevölkerung und insbesondere bei den jungen Menschen kann man auf eine Stabilisierung des Präventivverhaltens schliessen.

Bei einigen Bevölkerungsgruppen zeigt sich hingegen ein differenzierteres Bild: So beobachtet man ein Nachlassen des Schutzes bei den MSM und eine Entwicklung in diese Richtung bei den Drogenkonsumierenden.

Zudem existieren in allen untersuchten Bevölkerungsgruppen Untergruppen, bei denen die Risikoexposition deutlich stärker ausgeprägt ist.

> Die für die Allgemeinbevölkerung und die jungen Menschen bestimmten Präventionsbemühungen müssen weitergeführt werden. Bei besonders exponierten Gruppen oder Untergruppen ist die Präventionsarbeit zu verstärken. Da die Strategie zur Bekämpfung von Aids bisher wirksam war und das Schutzniveau hoch bleibt, besteht kein Grund für eine Neuausrichtung dieser Strategie. Vielmehr sollte sie angepasst werden.

> Das auf drei Interventionsebenen angelegte Präventionskonzept mit den an jede Ebene angepassten Aktionen und Inhalten muss beibehalten werden.

■ Die Zahl der neuen HIV-Fälle nimmt zu, vor allem bei den Fällen, die auf homosexuellem oder heterosexuellem Weg übertragen werden. Ein hoher Anteil der letztgenannten Fälle wird bei den aus den Ländern der Sub-Sahara stammenden Personen verzeichnet. Es stehen jedoch keine neueren Daten über die Verhaltensweisen in den Migrantengruppen zur Verfügung.

Die Konkordanz zwischen dem Verhaltensmonitoring und der biologischen Überwachung (HIV) ist im Allgemeinen zufriedenstellend.

> Es braucht auch künftig ein Überwachungssystem, das im Sinne einer Überwachung der zweiten Generation konsolidiert werden sollte, indem das HIV- und das Verhaltensmonitoring kombiniert werden. Zudem sollte auch das Überwachungssystem der anderen STI verbessert werden.

> Für die Ausrichtung der Präventionsaktionen ist eine gute Kenntnis der besonders exponierten Gruppen und Untergruppen erforderlich. Aus diesem Grund muss im Bereich der Public Health und der Sozialwissenschaften weiterhin Forschung betrieben werden.

■ Der Anstieg neuer HIV-Fälle ist zwar besorgniserregend, stellt jedoch keine grundlegende Änderung in der Entwicklung der HIV/Aids-Epidemie in der Schweiz dar, die eine konzentrierte Epidemie bleibt.

Aids bleibt auf absehbare Zeit ein – endemisches – volksgesundheitliches Problem.

> Die Bevölkerung sollte über die epidemiologische Situation und die Verhaltensweisen informiert werden, ohne sie jedoch übermässig zu beunruhigen oder stigmatisierende Haltungen hervorzurufen.

■ Der individuelle Umgang mit dem Risiko ist eine Realität. Nebst dem Präservativgebrauch kann das Risikomanagement auch über den Test und den vereinbarten Verzicht auf den Schutz in der Paarbeziehung laufen. Die Beobachtung zeigt jedoch, dass dieses Risikomanagement nicht immer adäquat gehandhabt wird.

Zudem entdecken zu viele Personen ihre HIV-Infektion erst bei der Diagnose von Aids.

■ Die HIV-infizierten Personen, die bei ihren Sexualkontakten nicht immer Präservative benutzen, bilden zwar eine Minderheit, aber ihr Anteil ist keineswegs vernachlässigbar.

> Die Versorgung mit (gekauften oder verteilten) Qualitätspräservativen muss noch verbessert werden, indem eine Zusammenarbeit der betreffenden Akteure angestrebt wird (Hersteller/Vertriebe, Supermärkte und Apotheken, verschiedene Einrichtungen, Anlauf- und Behandlungsstellen für Drogenkonsumierende) (Ebene I, II und III).

> Auf der Ebene II (Zielgruppen) und auf der Ebene III (individuelle Beratung) sollte besser über den Test informiert werden. Zudem sollte man sich dafür einsetzen, dass in hochriskanten Situationen, in denen die Person allenfalls in den Genuss einer frühzeitigen Behandlung kommen könnte, der Test vermehrt durchgeführt wird.

> Man muss gezielte Massnahmen einführen, um das Schutzverhalten von Menschen mit HIV zu verbessern. Dazu ist eine gute Kenntnis der Gründe erforderlich, die für den fehlenden Schutz verantwortlich sind. Zudem braucht es dafür Aktivitäten auf den Ebenen II und III (Thematisierung des Problems in besonders stark betroffenen Gruppen, günstiges Umfeld, adäquate Beratung).

Schlussfolgerungen

Empfehlungen

■ Gesamthaft betrachtet haben sich die Akteure der Prävention – insbesondere die regionalen Aids-Hilfen – gut an die Entwicklung der Situation angepasst. Die vorher bereits vorhandenen Partnerschaften haben sich in zahlreichen Kantonen konsolidiert. In einigen ist jedoch die Situation wegen der Ungewissheit über den Fortbestand der Finanzierung der Präventionsarbeit bei anfälligen Gruppen problematischer.

Das nationale Programm hatte zur Folge, dass in den Kantonen Erwartungen für eine klare Führungsrolle und eine entschlossene Unterstützung seitens des BAG geweckt wurden. Auf Kantonsebene wünscht man sich eine bessere Rollendefinition und eine besser aufeinander abgestimmte Planung, was im nationalen Programm zwar erwähnt, aber nicht präzisiert wurde.

■ Das nationale Programm wurde zu einer Zeit eingeführt, als ein breiter Konsens und eine starke Unterstützung seitens der Akteure und der Allgemeinbevölkerung spürbar waren. Von der damals entstandenen Dynamik profitiert das Programm heute noch. In den Kantonen und in den Städten besteht seitens der Akteure, bei denen der Einsatz im Bereich HIV/Aids insbesondere im Bereich der Prävention keine zentrale Rolle spielt (öffentliche Dienste, Berufsleute aus anderen Gesundheitsbereichen, privater Sektor usw.), eine Bereitschaft zur Zusammenarbeit. In anderen Bereichen – Behandlungen, Schadensminderung bei den Drogenkonsumierenden – verläuft die Entwicklung autonom, aber völlig kompatibel mit den Zielen des Programms.

> Das BAG sollte problematische Situationen besser beachten und die nötige Unterstützung leisten.

> Es braucht eine verstärkte Präsenz des BAG und der STOP-AIDS-Kampagne, um die Dynamik der Durchführung des nationalen Programms in seiner Gesamtheit zu unterstützen. Das BAG hat übrigens bei der Vernehmlassung über das HIV/Aids-Programm 2004-2008 entsprechende Vorkehrungen getroffen.

> Die Akteure des Bereichs HIV/Aids (BAG, AHS, kantonale Akteure) sollten die Initiative ergreifen und die Kooperationsbereitschaft anderer Partner nutzen, damit diese in der Prävention ebenfalls eine Funktion übernehmen.

> Es besteht noch ein ungenutztes Präventionspotenzial, vor allem bei der Förderung der Vernetzung:

■ Entsprechende Links auf Internetseiten;

■ Identifizierung von Personen, die bezüglich HIV/Aids besondere Bedürfnisse haben, durch die Fachleute der verschiedenen Bereiche und Weiterweisen der Betroffenen an spezialisierte Einrichtungen (besonders wichtig für die gefährdeten Jugendlichen und die Migranten);

■ Ausbau der Komplementarität der Angebote durch bessere Informationen im Netzwerk usw.

Schlussfolgerungen

Empfehlungen

<p>■ Auf Ebene I der Prävention haben die nationalen Kampagnen und der Sexualunterricht eine gute nationale Abdeckung. Bezüglich Intensität und Qualität der Interventionen bestehen jedoch noch Ungleichheiten.</p>	<p>> Man muss die Kampagnen fortsetzen und eine vollständige Abdeckung im Bereich der Sexualerziehung anstreben, da sämtliche Jugendlichen die Schule absolvieren müssen (auch die Migranten und gefährdeten Jugendlichen). Dabei ist auf die Qualität des Sexualunterrichts zu achten.</p>
<p>■ Auf Ebene II der Prävention (Zielgruppen) ist die Abdeckung ungleich verteilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gut bei den i.v. Drogenkonsumierenden, jedoch mit kantonalen Unterschieden; ▪ relativ gut bei den MSM (aber verbesserungsfähig, vor allem bei den Jugendlichen und bei der Prävention im Sexmilieu); ▪ noch ungenügend bei den Sexworkern; ▪ ungenügend bei den Migranten aus Ländern mit einer hohen oder stark steigenden HIV-Prävalenz; ▪ ungenügend für HIV-positive Personen in den verschiedenen Zielgruppen. 	<p>> Man sollte alle Kantone ermuntern, den Zugang zu Injektionsmaterial in sämtlichen Arten von Einrichtungen (niederschwellige Anlaufstellen, Therapieeinrichtungen, Apotheken) zu verbessern.</p> <p>> Die Prävention für die MSM sollte stark intensiviert werden, indem eine Zusammenarbeit mit den betroffenen Kreisen (Vereinigungen, Betreiber von Lokalen, Akteure im Bereich der Erziehung) angestrebt wird.</p> <p>> Die zielgruppenspezifischen Programme bei Sexworkern, vor allem bei Migranten und Drogenkonsumierenden, müssen verstärkt werden; zudem sollte eine Zusammenarbeit mit den betroffenen Kreisen (Sozialarbeiter/-Gesundheitsfachleute, Betreiber von Lokalen) angestrebt werden.</p> <p>> Es gilt, die Prävention in den verschiedenen Migrantengemeinschaften, insbesondere den afrikanischen Gemeinschaften, zu verstärken.</p> <p>> Da die HIV-positiven Personen keine gesellschaftliche Gruppe bilden, muss man darauf achten, dass die spezifischen Aktionen, die sowohl die Prävention wie auch den Zugang zu Beratung und Pflegeleistungen betreffen, in sämtlichen Sondergruppen (MSM, Drogenkonsumierende, Migranten usw.) durchgeführt werden.</p>

■ **Auf Ebene III** (individuelle Beratung durch Fachleute, vorwiegend im medizinischen und sozialen Bereich und in der Schule) werden die Präventionspotenziale noch ungenügend genutzt. Dabei kann man die besonders verletzlichen Personen (z.B. bestimmte Migranten), die besonders ausgesetzten Gruppen (zum Beispiel MSM) oder die Personen mit potenziellem Risikoverhalten (z.B. Freier) gerade auf dieser Ebene erreichen und ihnen eine an ihre persönliche Situation angepasste Beratung erteilen. Auf dieser Ebene kann zudem auch die Abdeckung der gesamten Bevölkerung verbessert werden, und zwar dauerhaft, wenn diese Beratungspraktiken in die Arbeitsroutine der Fachleute eingefügt werden.

- > Die Anreizmassnahmen bei verschiedenen Fachleuten – insbesondere den Ärzten – sind zu verstärken; diese sollten ermuntert werden, die Fragen in Zusammenhang mit der Sexualität und der HIV/Aids-Prävention mit ihren Patienten/Klienten systematischer zu behandeln.
- > Man sollte dafür sorgen, dass die Themen der HIV/Aids-Problematik und der übrigen STI und allgemeiner noch der sexuellen Gesundheit in die Grundausbildung und Weiterbildung der Fachleute im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich integriert wird.

Schlussfolgerungen

Empfehlungen

- Die bisherigen positiven Ergebnisse im Kampf gegen Aids, die man auch in den Nachbarländern feststellt, hängen vermutlich eher von den allgemeinen Merkmalen der Politikbereiche ab denn von den Besonderheiten ihrer Umsetzung oder den Einzelheiten in ihren Inhalten.
- > Das, was den gemeinsamen Kern jeder wirksamen Politik ausmacht, sollte erhalten bleiben:
 - Politischer Handlungswille;
 - liberales (nicht repressives), auf Nichtdiskriminierung bedachtes Handlungskonzept;
 - Kohärenz zwischen den Aktionen und Kontinuität in der Aktion;
 - Weiterführung der Sensibilisierung für die Problematik (*awareness*): Sowohl was den Stand der Dinge betrifft wie auch bezüglich der Mittel, die zur Bewältigung des Problems eingesetzt werden;
 - Aufrechterhaltung der Wachsamkeit und der sozialen Mobilisierung.
- > Das BAG muss in diesem Bereich weiterhin eine Führungsrolle beibehalten und als Garant für die Politik fungieren (Überwachungs-, Koordinations-, Impulsgebungsrolle und als Verfechter für den Fortbestand), indem es den wesentlichen Teil der Umsetzung an seine Partner vor Ort delegiert und die finanzielle Unterstützungspolitik für die Projekte mit nationaler/überkantonaler Reichweite oder für die Förderung von Projekten in jenen Bereichen, wo erhebliche Lücken bestehen, fortführt.

6 ANHANG

6.1 ANHANG ZU KAPITEL 1: EINFÜHRUNG

6.1.1 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. Octobre 1986. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 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, no. 23).

Dubois-Arber F, Lehmann Ph, Hausser D, Gutzwiller F. Evaluation der Aids-Präventionskampagnen in der Schweiz : Zweiter zusammenfassender Bericht. Dezember 1988. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 39a).

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, no. 52a).

Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Gruet F, Paccaud F. Evaluation der Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit : Vierter zusammenfassender Bericht 1991-1992. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 82a).

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 Bundesamtes für Gesundheit : Fünfter zusammenfassender Bericht 1993-1995. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996 (Cah Rech Doc IUMSP, no. 120a).

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

6.1.2 Übersicht über die von 1987 bis 2002 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	1999-2002
Verhalten Allgemeinbevölkerung 17-30 ans	Verhalten Allgemeinbevölkerung 17-30 ans	Verhalten Allgemeinbevölkerung 17-45 ans	Verhalten Allgemeinbevölkerung 17-45 ans	Verhalten Allgemeinbevölkerung 17-45 ans	Verhalten Allgemeinbevölkerung 17-45 ans	Verhalten Allgemeinbevölkerung 17-45 ans
Präservativmarkt	Präservativmarkt	Präservativmarkt	Präservativmarkt	Präservativmarkt	Präservativmarkt	Präservativmarkt
Medien	Medien	Medien		Tätigkeit niederschwelliger Drogenzentren	Tätigkeit niederschwelliger Drogenzentren	Tätigkeit niederschwelliger Drogenzentren
MSM (Verhalten)		MSM (Verhalten)	MSM (Verhalten)	MSM (Verhalten)	MSM (Verhalten)	MSM (Verhalten)
				Drogenkonsumenten (Verhaltensweisen)	Drogenkonsumenten (Verhaltensweisen)	Drogenkonsumenten (Verhaltensweisen)
BerufsschülerInnen		BerufsschülerInnen				
	Sexualunterricht		Sexualunterricht			Sexualunterricht*
		Eltern (Präventionsarbeit)*	Eltern (Präventionsarbeit)*			
		Ausländ. Studenten	Ausländ. Studenten			
		Ärzterschaft (quantitativ)		Ärzterschaft (quantitativ)		Ärzterschaft (quantitativ)
		Solidarität*		Solidarität*		
			HIV-Test*	HIV-Test*	HIV-Test*	HIV-Test*
		Image des Präservativs*	Image des Präservativs*	Image des 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	1999-2002
STOP-AIDS-Kampagne	STOP-AIDS-Kampagne	STOP-AIDS-Kampagne	STOP-AIDS-Kampagne	STOP-AIDS-Kampagne	STOP-AIDS-Kampagne	STOP-AIDS-Kampagne
	Schulprogramme	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 **	Neue Partnerschaften
	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	1999-2002
'Aufreisser'	Junge Randständige	Eltern	Medizinstudenten	Ausländische Prostituierte	Frauenprogramm	Bedürfnisse HIV-positiver Menschen
PatientInnen von Sentinella-Ärzten	Erziehungs- und Sozialfachleute		Freier-Kampagne		Programm MSM	Umsetzung des nationalen HIV/Aids Programms
Informelle Leader	Rekruten		Elternkampagnen	Jugendliche : Geschlechtsspez. Unterschiede	Sexualität der Menschen mit HIV/Aids	Zeitschrift: Die Jugendlichen im allgemeinen und die jungen MSM
	Bild der Sexualität		Heterosex. Erwachsene		MediatorInnen	Zeitschrift: Die GassenarbeiterInnen
'Sextouristen***	Ärzterschaft (qualitativ)		Freier		Projekt PAMIR**	Indikatorensystem
	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 im Auftrag gegeben.

6.1.3 Methodische Merkmale der verschiedenen Studien

Studie	Reichweite*	Kollektiv	n	Instrument
Allgemeinbevölkerung 17-45 Jahre	Schweiz	Zufallsstichprobe	2800	Telefoninterview mit Basisteil (Einstellungen und Verhaltensweisen, Test, Solidarität) und Sonderteilen Risikomanagement Prävention in der Arztpraxis aus Sicht der Patienten Neue Therapien Sexualunterricht/HIV-Prävention in der Schule
Präservativabsatz	Schweiz	Markt (> 80%)		Verkaufsstatistiken der Grossverteiler
Homo-/Bisexuellen- Survey (MSM- Umfrage)	Schweiz	Freiwillige	1097	Über Presse und Homosexuellengruppen verteilter Fragebogen
Drogenkonsumenten, Studie der NSE- Klientel	Schweiz	Freiwillige	924	Teilweise selbst auszufüllender Fragebogen, der allen Drogenkonsumierenden vorgelegt wird, die während eines bestimmten Zeitraums das Zentrum aufsuchen
Risikominderungs- programme für Drogenkonsumente n	Schweiz	Bestehende Programme	26	Monatliche Erhebung der Aktivitäten und der Spritzenabgabe
Neue Partnerschaften zwischen den Akteuren der Strategie zur Bekämpfung von Aids	5 Kantone (GE, LU, SO, TI, ZH)	3 besondere Bereiche: Beratung rund um HIV, Risikominderung bei Personen, die sich Drogen injizieren, Prostitution	31	Fallstudie zu den Aktivitäten und den Partnerschaften: Analyse der Unterlagen Interviews
Monitoring und Evaluation der Umsetzung des Nationalen Programms 1999- 2003				
Stand der Aktivitäten im Jahr 1999 unter dem Blickwinkel der Abdeckung und der Nachhaltigkeit	Schweiz Kantone	Sämtliche Kanton	26	Per Post zugesandter Fragebogen
Stand und Dynamik der Umsetzung Ende 2001	5 Kantone (GE, LU, SO, TI, ZH)	Nationale Akteure 5 Kantone	12 10	Fallstudien Analyse von Unterlagen Interviews

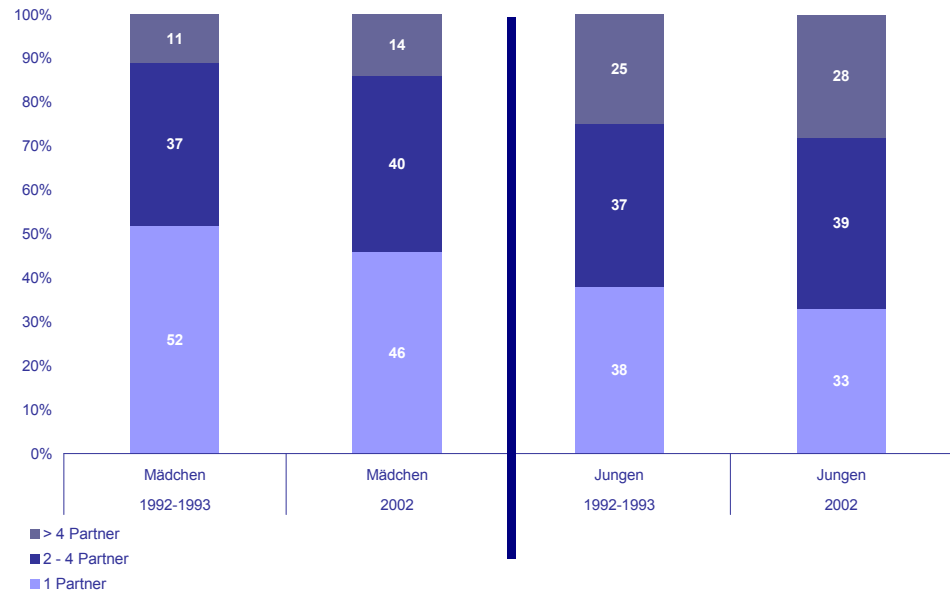
Studie	Reichweite*	Kollektiv	n	Instrument
Nutzung der Angebote und des Materials	nationale Angebote 5 Städte: Basel, Lausanne, Lugano, Neuenburg, St. Gallen	Schweizer Städte 5 Gruppen: Männliche und weibliche	68 8	Fallstudien Analyse von Unterlagen Interviews Gruppen- und Einzelinterviews
Rolle der privat praktizierenden Ärzte in der HIV/Aids-Epidemie	Schweiz	Hausärzte	1234	Fragebogen
Sexualunterricht und HIV/Aids-Prävention in den Kantonen	Schweiz	26 Kantone		Fragebögen Interviews von Schlüsselpersonen
Review zum Prostitutionsmilieu	Schweiz, Europa	Durchsicht der bestehenden Programme und der vorhandenen Epidemiologie- und Verhaltensdaten		Durchsicht der veröffentlichten und der grauen Literatur, Berichte, Internetseiten
Review zu den Programmen für junge Menschen im Allgemeinen und junge MSM im Besonderen	Schweiz, Industrieländer	Review von Versuchsprogrammen (junge Menschen), Programmen sowie Verhaltensdaten (junge MSM)		Durchsicht der veröffentlichten und der grauen Literatur, Berichte, Internetseiten
Bedürfnisse der Menschen mit HIV	Schweiz	NGOs aus dem betreffenden Bereich und Betroffene	62	Analyse von Unterlagen Fokusgruppen und zusätzliche Interviews.

* WS: Westschweiz, DS: Deutschschweiz, T: Tessin.

** Beteiligungsrate

6.2 ANHANG ZU KAPITEL 2.3: JUGENDLICHE UND JUNGE ERWACHSENE

Abbildung 6.1 Anzahl Partner im bisherigen Leben bei den Mädchen und Jungen im Alter von 15-20 Jahren, Vergleich 1992/93-2000



Quelle: SMASH

6.3 ANHANG ZU KAPITEL 2.5: DIE ABHÄNGIGEN DROGENKONSUMENTEN

Tabelle 6.1 Soziodemografische Merkmale der Klientel verschiedener Typen von niederschweligen Einrichtungen (Schweiz, 1993-2001)

Ort	% Frauen	Median- oder Durchschnittsalter (m)	% ohne festen Wohnsitz	% arbeitslos
Niederschwellige Einrichtungen				
NSE 93	27	27 m	12	54
NSE 94	27	27 m	15	56
NSE 96	27	29 m	10	55
NSE 2000	27	32 m	10	59
Heroinbehandlung (PROVE, HeGeBe)				
PROVE 94-96	30	30.8		
HeGeBe 96		31.5 m		
HeGeBe 98		31.9 m		
HeGeBe 99		31.9 m		
HeGeBe 2000		32.6 m		
Ambulante Behandlungen				
SAMBAD 95	28			
SAMBAD 96	28	27.6 m	4	
SAMBAD 97	28	25-29		
SAMBAD 98		25-29		
SAMBAD 99	28			
Stationäre Behandlungen*				
FOS 95	23	26-28	10	42
FOS 97	23	25	6	40
FOS 98	23	28	6	39
FOS 99	26	28	7	42
FOS 2000	26	29	5	42
FOS 2001	28	28	5	42

* Statistiken, die beim Eintritt in die Behandlung erhoben werden

Quelle: NSE-Umfragen, Statistiken FOS, SAMBAD, PROVE/HeGeBe

6.4 ANHANG ZU KAPTITEL 2.7 MENSCHEN MIT HIV/AIDS

Tabelle 6.2 Merkmale der Auskunftspersonen der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie (n = 4723)

	%
Geschlecht	
Männer	70
Frauen	30
Alter	
< 31 Jahre	11
31-40 Jahre	49
> 40 Jahre	40
Ethnische Zugehörigkeit	
weisse Hautfarbe oder unbekannt	90
andere	10
Bildung	
Grundschulbildung oder unbekannt	33
höhere Schulbildung	67
HIV-Übertragungsweg	
Homosexualität	35
Drogenkonsum	28
Heterosexualität oder unbekannt	37
HAART	
ja	78
nein	22
Viruslast: Stets < 50 copies/ml 12 letzte Monate	
ja	25
nein	75

IUMSP/UEPP

6.5 ANHANG ZU KAPITEL 2.9: HIN ZU EINEM ÜBERWACHUNGSSYSTEM DER ZWEITEN GENERATION

6.5.1 Die drei verschiedenen Niveaus der Epidemie nach der Klassifikation der UNAIDS/WHO¹

1. Epidemie mit geringer Aktivität

Grundsatz: Obwohl die HIV-Infektion seit mehreren Jahren präsent sein kann, hat sie nie signifikante Werte erreicht, und dies in keiner Untergruppe der Bevölkerung.

Die Infektionsfälle beschränken grösstenteils auf Einzelpersonen, die hochriskante Verhaltensweisen aufweisen: Zum Beispiel die Sexworker, die Drogen injizierenden Personen sowie Männer, die Sex mit anderen Männern haben. Dieses epidemische Niveau lässt vermuten, dass die Übertragungswege ziemlich verschwommen sind (mit geringem Partnerwechsel oder Tausch von Injektionsmaterial für den Drogenkonsum) oder dass das Virus erst seit ganz kurzem eingeschleppt worden ist.

- Zahlenmässige Schätzung: Die HIV-Prävalenz überschreitet in keiner Untergruppe regelmässig die 5%-Marke.

2. Konzentrierte Epidemie^a

Grundsatz: Das HIV hat sich in einer bestimmten Untergruppe sehr rasch verbreitet, hat aber die Gesamtbevölkerung nicht erfasst. Dieses epidemische Niveau lässt darauf schliessen, dass es aktive Übertragungswege innerhalb der Untergruppe gibt. Der weitere Verlauf der Epidemie wird von der Häufigkeit und der Art der Kontakte zwischen den von der Infektion stark betroffenen Untergruppen und der Gesamtbevölkerung bestimmt.

- Zahlenmässige Schätzung: Die HIV-Prävalenz liegt mindestens in einer bestimmten Untergruppe regelmässig über 5 %. Bei den schwangeren Frauen in städtischen Gebieten beträgt die HIV-Prävalenz unter 1 %.

3. Generalisierte Epidemie

Grundsatz: Bei den generalisierten Epidemien hat sich das HIV fest in der Gesamtbevölkerung eingenistet. Obschon die Hochrisikogruppen einen verhältnismässig starken Beitrag zur Verbreitung des HIV haben können, reichen die sexuellen Verbindungen in der Gesamtbevölkerung aus, damit sich die Epidemie unabhängig von den Untergruppen mit höherem Infektionsrisiko ausbreiten kann.

- Zahlenmässige Schätzung: Die HIV-Prävalenz liegt bei den schwangeren Frauen regelmässig über 1%.

Siehe auch folgende Webseite:

<http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/index.html> - surveillance

6.5.2 Die Überwachungssysteme der zweiten Generation¹

Die verstärkten Systeme, auch 'System der zweiten Generation' genannt, sind so konzipiert, dass sie die Ressourcen dort konzentrieren, wo sie die nützlichsten Informationen zur Eindämmung der Verbreitung von HIV sowie für die Behandlung der betroffenen Menschen liefern. Zu diesem Zweck wird das Überwachungssystem der 'Epidemiekarte' des Landes angepasst. Die Datenerhebung wird gezielt auf die

^a Concentrated epidemics.

Populationen ausgerichtet, bei denen das Risiko, neu mit dem HIV infiziert zu werden, am höchsten ist – Gruppen mit einem stark ausgeprägten Risikoverhalten oder junge Menschen zu Beginn ihres Sexuallebens. Zudem werden die Angaben über die HIV-Prävalenz mit den Informationen über die Verhaltensweisen, welche zur Verbreitung der Epidemie beitragen, verglichen, um eine Übersicht über die Veränderungen der Epidemie im Laufe der Zeit zu entwerfen. Daneben müssen auch die übrigen Informationsquellen – Überwachung der sexuell übertragbaren Infektionen, Umfragen über die reproduktive Gesundheit usw. – optimal genutzt werden, um ein besseres Verständnis über die HIV-Epidemie und die Verhaltensweisen, die zu deren Ausbreitung beitragen, zu gewinnen.

Die Überwachungssysteme der zweiten Generation haben folgende Zielsetzungen:

- *Besseres Verständnis der Entwicklungen der Epidemie*
- *Besseres Verständnis der Verhaltensweisen, welche die Epidemie in einem Land begünstigen*
- *Vermehrte Ausrichtung der Überwachung auf die Untergruppen mit dem höchsten Infektionsrisiko*
- *Einrichten einer flexiblen Überwachung, die sich an die Bedürfnisse und an das epidemische Niveau anpasst*
- *Bessere Nutzung der Überwachungsdaten, um das Wissen über die Epidemie zu vertiefen und die Prävention und die Behandlung zu planen.*

UNAIDS und die WHO haben drei Arten von epidemischen Situationen definiert¹ (vgl. 6.5.1): Epidemie mit geringer Aktivität, konzentrierte Epidemie und generalisierte Epidemie. Die Situation in der Schweiz entspricht dem Typus einer konzentrierten Epidemie. Das HIV ist in einer oder mehreren definierten Bevölkerungsgruppen verbreitet, aber hat sich nicht in der Gesamtbevölkerung eingemischt, mit folgender zahlenmässigen Schätzung: HIV-Prävalenz beträgt regelmässig über 5 % in mindestens einer bestimmten Untergruppe; HIV-Prävalenz liegt unter 1 % bei den schwangeren Frauen in den städtischen Gebieten.

Für eine epidemiologische Situation dieser Art lauten die Empfehlungen der UNAIDS und der WHO wie folgt¹:

Die HIV-Überwachung in einer konzentrierten Epidemie umfasst alle Elemente, die für eine Epidemie mit geringer Aktivität empfohlen werden:

- *Queruntersuchungen über die Verhaltensweisen in den Untergruppen, die ein Risikoverhalten aufweisen*
- *Überwachung der STI^a und der übrigen biologischen Risikomarkern*
- *HIV-Überwachung bei den Riskogruppen*
- *Meldung der Fälle von HIV-Infektionen und der Aids-Fälle*
- *HIV-Kontrolle bei Blutspenden*

Sie wird jedoch ergänzt mit Komponenten, die vermehrt auf die Schnittstellen zwischen Gruppen mit unterschiedlichem Risikograd ausgerichtet sind

- *HIV-Überwachung und Verhaltensmonitoring in den Untergruppen mit Risikoverhalten*
- *HIV-Überwachung und Verhaltensmonitoring bei den Übergangsguppen*
- *Queruntersuchungen über die Verhaltensweisen bei der Allgemeinbevölkerung*
- *Sentinella-Überwachung von HIV bei der Allgemeinbevölkerung, städtische Gebiete».*

Bibliographie

- 1 UNAIDS/WHO - Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines for Second generation HIV Surveillance. UNAIDS/WHO - Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance, Ed. UNAIDS/WHO - Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance; 2000.

^a Sexually Transmitted Infections (sexuell übertragbare Infektionen).

6.6 ANHANG ZU KAPITEL 3.1: KURZES WIEDERHOLEN DER SITUATION IN BEZUG AUF DIE UMSETZUNG DES NATIONALEN HIV/AIDS PROGRAMMS 1999-2003

Zielen und Meilensteine	Erfolgsbeurteilung
Gesundheitsförderung 1 Die staatlichen Stellen setzen sich in einer koordinierten Vorgehensweise dafür ein, dass bestehende Ungleichheiten im Zusammenhang mit Krankheit, Berufsausübung und Versicherungen in der Gesetzgebung systematisch abgebaut werden.	
Meilenstein a: Bis Ende 1999 wird eine Arbeitsgruppe von entsprechend zuständigen Gesundheitsorganisationen einberufen.	durchgeführt
Meilenstein b: Bis Ende 2000 wird ein Katalog von bestehenden Ungleichheiten mit Vorschlägen für Massnahmen erarbeitet.	durchgeführt, Lobby-Aktionen im Jahr 2002
Meilenstein c: Bis spätestens Ende 2001 sind die damit verbundenen Änderungsvorschläge bei den verantwortlichen politischen Instanzen eingereicht.	nicht durchgeführt
Gesundheitsförderung 2 Der Themenkomplex Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und kollektive Verantwortung im Gesundheitsbereich wird national thematisiert.	
Meilenstein a: Bis Anfang 2000 liegt eine Analyse zur Thematik vor.	durchgeführt
Meilenstein b: BAG und Stiftung für Gesundheitsförderung erarbeiten bis Mitte 2000 ein Kommunikationskonzept und entsprechende Massnahmen.	eingestellt
Meilenstein c: Ende 2000 beginnt die Umsetzung.	nicht durchgeführt
Gesundheitsförderung 3 Ein Überblick über Bedarf und Bedürfnisse HIV-positiver Menschen wird zur Verbesserung ihrer Lebensqualität geschaffen.	
Meilenstein a: Bis Ende 1999 liegt ein entsprechendes Konzept in Zusammenarbeit mit HIV-positiven Menschen und der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie vor.	durchgeführt
Meilenstein b: Bis Ende 2000 liegen Angaben vor, die die Situation von HIV-positiven Menschen in der Schweiz und ihre Bedürfnisse beschreiben.	durchgeführt
Meilenstein c: Bis Mitte 2001 haben HIV-positive Menschen, zusammen mit anderen Personengruppen oder Organisationen, Massnahmen zur Schliessung von wichtigen Lücken definiert.	Durchführung in Gang
Prävention 4 Die in der Schweiz legenden Jugendlichen und Erwachsenen werden weiterhin hinreichend über die Risikosituationen und entsprechendes Schutzverhalten informiert. Das bisher erreichte Schutzverhalten wird beibehalten und zusätzlich wird das Langzeitschutzverhalten verbessert.	
Meilenstein a: Forschungsprojekte und Evaluationen über Langzeitschutzverhalten werden gezielt gefördert.	teilweise durchgeführt
Meilenstein b: Der Einfluss von Therapien, HIV-Testmöglichkeiten und HIV-PEP auf das Verhalten wird untersucht, aufgearbeitet und kommuniziert.	durchgeführt
Meilenstein c: Familienplanungs-, Schwangerschaftsberatungsstellen und andere Lebensberatungsstellen werden systematisch mit einbezogen.	Nicht systematisch durchgeführt, Arbeitsgruppe wird gebildet

Zielen und Meilensteine	Erfolgsbeurteilung
Prävention 5 Bis Ende 2001 ist an Volks-, Berufs- und Mittelschulen die HIV-Problematik Bestandteil der Diskussion über Liebe, Beziehung und Sexualität; die Themen sexuell übertragbare Krankheiten und Sucht werden mit einbezogen.	
Meilenstein a: Bis Mitte 2000 haben die Kantone alle Schulgemeinden auf die Wichtigkeit dieses Aspektes aufmerksam gemacht und entsprechende Hinweise für Materialien und Ausbildung gegeben. Gleichermassen gilt dies für die Berufsschulen.	für Volksschule durchgeführt, für post-obligatorische Ausbildung teilweise durchgeführt
Meilenstein b: Bis Mitte 2001 haben die Kantone die bis anhin gemachten Erfahrungen untereinander ausgetauscht und weitere zusätzliche Massnahmen bezeichnet.	nicht durchgeführt
Meilenstein c: Anfang 2002 wird eine Evaluation zur Umsetzung durchgeführt.	nicht vorgesehen, nicht durchgeführt
Prävention 6 Vulnerable Gruppen oder Menschen werden vermehrt angesprochen und mit Präventionsangeboten nachhaltiger erreicht.	
Meilenstein a: Resultate von bestehenden Untersuchungen zur Vulnerabilität und deren Bedingungen werden aufgearbeitet.	durchgeführt, wird fortgesetzt
Meilenstein b: Ein Schwergewicht wird auf speziell gefährdete Jugendliche gelegt (ab 2000).	in der Tat aufgegeben
Meilenstein c: Ab 2001 werden zusätzliche oder neue Interventionsansätze ausgearbeitet und umgesetzt.	neues Emigrantenprojekt, verspäteter Start
Meilenstein d: Eine Evaluation wird 2002 durchgeführt.	vorgesehen, verspätet
Prävention 7 Ab 2001 haben 9 von 10 HIV-positiven Menschen präventives Verhalten in ihre Lebensweise integriert.	
Meilenstein a: Präventionsbotschaften sind vermehrt regelmässiger Bestandteil auch in der medizinischen Beratung von HIV-positiven Menschen. Geeignetes Informationsmaterial für die Beratung liegt bereit und wird laufend angepasst.	teilweise durchgeführt
Meilenstein b: Auch andere Beratungsstellen benutzen diese Unterlagen und können bei Bedarf weitere Informationen erhalten.	keine systematische Informationen diesbezüglich
Meilenstein c: Das Beratungspersonal wird laufend über neue Entwicklungen informiert.	Viele Quellen zur Verfügung
Meilenstein d: Der Einfluss von Therapien und HIV-PEP auf das Präventionsverhalten wird regelmässig beurteilt.	durchgeführt
Therapie 8 Der Stellenwert von diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und der entsprechende Zusammenhang mit der Prävention werden regelmässig kommuniziert.	
Meilenstein a: Die jeweiligen Erkenntnisse werden regelmässig unter dem Aspekt ihrer gegenseitigen Beziehungen aufgearbeitet.	teilweise durchgeführt
Meilenstein b: Angepasste Informationen werden an Zielgruppen weitergeleitet.	teilweise durchgeführt
Meilenstein c: Die Aus- und Weiterbildung entsprechender Fachleute wird in diesen Prozess integriert.	Prozess auf nationaler Ebene unterbrochen und im 2002 wieder aufgenommen

Zielen und Meilensteine	Erfolgsbeurteilung	
Therapie 9		
Ab 2002 sind die Kompetenzen von HIV-positiven Menschen so weit etabliert, dass fast alle eine für ihre persönliche Lebensqualität passende Therapieentscheidung treffen können.		
Meilenstein a:	Therapierichtlinien werden laufend beurteilt und angepasst.	durchgeführt
Meilenstein b:	HIV-positive Menschen werden von ihren Betreuungspersonen oder über andere Kanäle regelmässig über mögliche Therapien und deren Konsequenzen kompetent informiert und beraten. Entsprechendes Informationsmaterial wird abgegeben.	durchgeführt, fortlaufend
Meilenstein c:	Untersuchungen, die die Problematik der Therapietreue aus der Sicht der Fachleute und der HIV-positiven Menschen zum Gegenstand haben, werden gefördert und umgesetzt.	fortlaufend
Meilenstein d:	Interventionen zur Kompetenzverbesserung und für erleichterten Therapiezugang sind umgesetzt.	durchgeführt
Beratung und Unterstützung 10		
Ende 2001 sind 9 von 10 HIV-positiven Menschen in der Lage, sich für ihre HIV-bedingten Problemsituationen eine entsprechende Beratung oder Unterstützung zu verschaffen.		
Meilenstein a:	Die AHS und lokale Aids-Hilfen entwickeln bis Ende 1999 zusammen mit wichtigen Partnerorganisationen eine entsprechende Planung.	keine spezifische Planung, aber laufende Aktivität
Meilenstein b:	Es bestehen national und regional transparente Abmachungen zwischen den existierenden Stellen über die Zuständigkeiten der spezifischen Unterstützung von HIV-positiven Menschen und anderen Ratsuchenden im HIV-Bereich.	in dieser Form nicht durchgeführt, aber auf nationaler Ebene gute Koordination ^a ; auf kantonaler Ebene ungleich durchgeführt: Aufspaltung der Stellen
Meilenstein c:	Die entsprechenden Netze/Kontakte und die bestehende Zusammenarbeit werden zum Nutzen der Ratsuchenden verbessert und sind allen Beteiligten bekannt.	Information immer noch ungenügend
Wissensentwicklung und Kompetenztransfer 11		
Organisationen oder Stellen werden bezeichnet, die den kantonalen und lokalen Organisationen sowie anderen Instanzen als Koordinations- und Informationsstelle für wichtige HIV/Aids-Bereiche zur Verfügung stehen. Dies insbesondere für:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information über geplante und durchgeführte Massnahmen; ▪ Relevante wissenschaftliche Erkenntnisse; ▪ Aus- und Weiterbildungsfragen; ▪ Beratungsangebote. 		
Meilenstein a:	Bis Ende 1999 sind die wichtigsten Bereiche vom BAG definiert und die Aufträge vergeben.	teilweise durchgeführt
Meilenstein b:	Das Angebot steht ab Frühling 2000 allen Institutionen im HIV/Aids-Bereich auch über Internet zur Verfügung und wird regelmässig auf den neuesten Stand gebracht.	teilweise durchgeführt
Wissensentwicklung und Kompetenztransfer 12		
Das Aids-Forschungsprogramm (ZAF 2000) wird im bisherigen Rahmen weiterfinanziert.		
Meilenstein a:	Die KKAF und das BAG definieren bis Ende 1999 allfällige Doppelspurigkeiten und Lücken in den beiden Programmen.	durchgeführt

^a Zum Beispiel nationale Internet-Plattform.

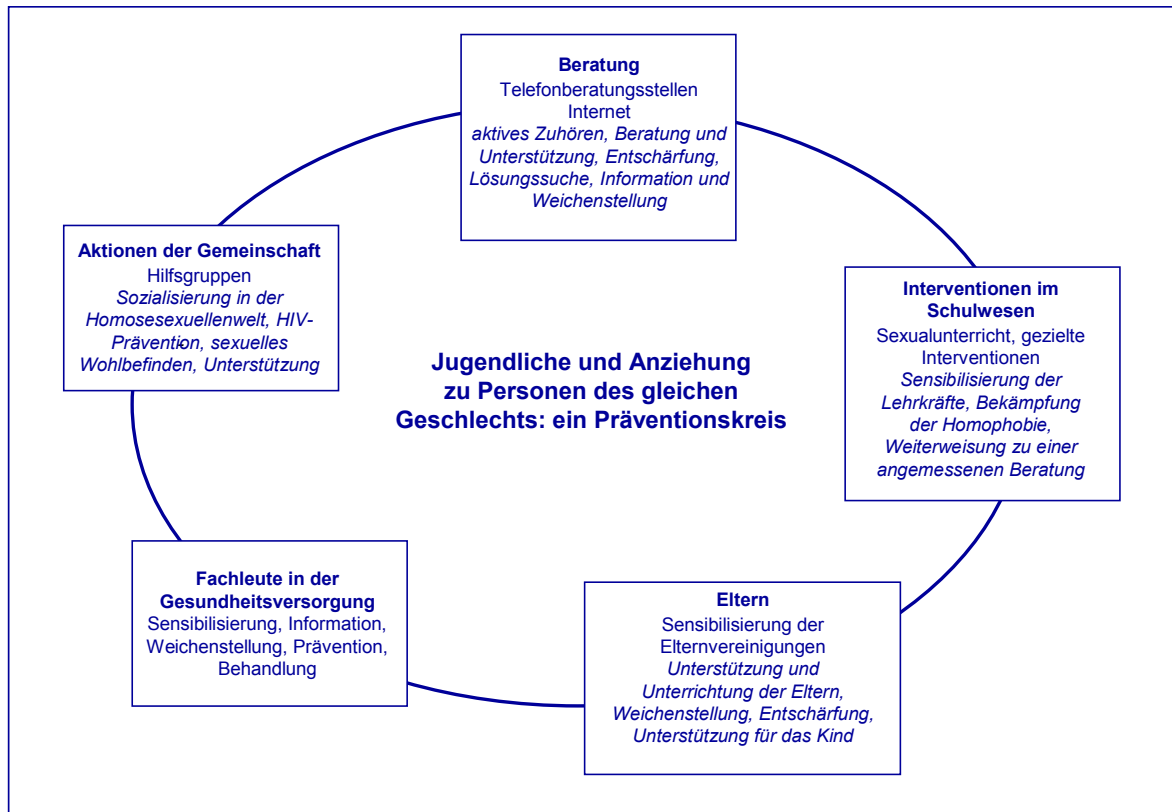
Zielen und Meilensteine		Erfolgsbeurteilung
Wissensentwicklung und Kompetenztransfer 13		
Die internationale Zusammenarbeit im HIV/Aids-Bereich wird auf multinationaler und bilateraler Ebene dem aktuellen und zukünftigen Bedarf angepasst.		
Meilenstein a:	Bis Ende 1999 informieren das BAG und die Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) über die aktuelle Situation (Ende 1999).	durchgeführt
Meilenstein b:	Bis Mitte 2000 erarbeitet die DEZA, zusammen mit BAG und UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), ein entsprechendes Konzept.	In 2002 durchgeführt ^a
Meilenstein c:	Die Umsetzungsplanung ist bereinigt mit BAG und UNAIDS (2000).	durchgeführt (vgl. oben)
Qualität 14		
Ende 2001 haben alle im HIV/Aids-Bereich von der öffentlichen Hand unterstützten Organisationen/Instanzen ein Qualitätsmanagement eingeführt.		
Meilenstein a:	Eine Anleitung zum Qualitätsmanagement wird erarbeitet und an alle Institutionen abgegeben (Anfang 2000).	nicht durchgeführt
Meilenstein b:	Das BAG beurteilt ab 2000 alle neu eingereichten Projekte auch bezüglich Qualitätsanforderungen.	durchgeführt
Meilenstein c:	Staatliche Instanzen übernehmen eine Vorreiterrolle und leisten anderen dabei Unterstützung (ab 2000).	geplant

IUMSP/UEPP

^a Die Aids-Politik der Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) 2002 bis 2007 wurde im November 2002 vorgelegt.

6.7 ANHANG ZU KAPITEL 3.4: BESTIMMTE ZIELGRUPPEN

6.7.1 Jugendliche und Anziehung zu Personen des gleichen Geschlechts: Ein Präventionskreis



IUMSP/UEPP

6.7.2 Teilnahme der niederschweligen Anlaufstellen am Monitoring von 1993 bis 2002♣

Kanton	Injektions- raum	Einrichtungen	Eröffnung	Schliessung
Bern	mit	Nägeligasse	Juni 1990	
		Murtenstrasse	Feb. 1992	April 1994
		Cactus	Aug. 2001	
	ohne	Bus Drop-In Biel	Dez. 1991	Juli 2001
		Contact Thun	1990	
Basel	mit	Gassenzimmer I Spitalstrasse	Juni 1991	
		Gassenzimmer II Riehenring	Feb. 1992	März 2002
		Gassenzimmer III Eskamed	Sept. 1992	
Zürich	mit	Urania	Mai 1992	Mai 1993
		K&A Seilergraben	Mai 1992	
		K&A Gessnerallee	Okt. 1992	Nov. 2001
		K&A Neufrankengasse	Mai 1992	
		K&A Brunau	Feb. 1995	
		K&A Selnau für Frauen**	Apr. 1995	Mai 1996
		K&A Selnau für Frauen und Männer**	Juni 1996	Dez. 1997
	ohne	K&A Oerlikon	Feb. 1995	
		Stadtärztlicher Dienst Bus	März 1992	
		Stadtärztlicher Dienst Patrouille	März 1992	Feb. 1995
		K&A Selnau**	Dez. 1988	
		K&A Letten	Jan. 1989	Feb. 1995
		K&A Kalkbreite (früher Zweierstrasse)	Juli 1991	
St.-Gallen	ohne	Projekt Scorpion, Schellenacker	Sep. 1992	Okt. 1993
		Medizin und Sozial Hilfsstelle 1	Sep. 1993	Juli 1995
		Drogenberatung	1987	*Jan. 1998
		Mobile Spritzenversorgung 'Blauer Engel'	Aug. 1995	
Genf	mit	Quai 9	Dez. 2001	
	ohne	Bus itinérant prévention sida	Okt. 1991	
Luzern	mit	Aufenthalts- und Betreuungsraum für Drogenabhängige	Apr. 1992	März 1994
	ohne	Mobilen Aids Prävention Luzern und Umbegung	Apr. 1994	
Solothurn	mit	Anlaufstelle Solothurn	Aug. 1993	
		Anlaufstelle Rötzmatt Olten	Jan. 1995	Mai 1997
	ohne	Jugendberatung Solothurn	Juni 1987	Juli 1993
		Auffangstation Solothurn	1990	*Sep. 1993
		Gassenarbeit/Jugendberatung Olten	1985	*Feb. 1995
Auffangstation Olten	1990	*Dez. 1993		
Aargau	ohne	Fachstelle für Suchtberatung & Prävention	1986	
Schaff- hausen	mit	Tagesraum Schaffhausen	Dez. 1994	
	ohne	Schärme Auffangstation	1987	
Waadt	ohne	Le Passage (früher la Pastorale de rue)	März 1996	
		La Soupe	März 1996	
		Zone Bleue (Yverdon)	Juli 1997	
		Action Communautaire Toxicomanie (Riviera)	Jan. 1998♦	
		Entrée de Secours (Morges)	Jan. 1998♦	
Jura	ohne	Ligue Jurassienne contre les Toxicomanies (Delsberg)	Jan. 1998♦	

♣ Die gegenwärtig am Monitoring beteiligten Einrichtungen sind fett gedruckt.

Quelle : Monitoring SBS. IUMSP/UEPP

* Gibt seither keine Spritzen mehr ab.

** Keine Abgabe von März 1995 bis Dezember 1997.

♦ Monitoring wird seit dem betreffenden Jahr durchgeführt.

Allgemeine Beurteilung	Empfehlungen	Ausführende
<p>Bedarf an Information, Wissen und Kenntnissen</p> <ul style="list-style-type: none"> viele Informationen sind bereits vorhanden die Komplexität, ständige Entwicklung und Verschiedenartigkeit dieser Informationen erschweren ihre Verbreitung: Wie soll das gewünschte Zielpublikum erreicht werden? Die Informationen erreichen nicht immer das Publikum, das sie am stärksten benötigt: Menschen am Rande der Gesellschaft, die sich in schwierigen Lebensumständen befinden und Angst haben, in Erscheinung zu treten Der Zugang zu Informationen ist für die BenutzerInnen nicht immer einmüch es fehlt ein Überblick über alle verfügbaren Informationen und Dienstleistungen eine regelmässige Aktualisierung der Informationen drängt sich im Zusammenhang mit der Normalisierung und Banalisierung auf es fehlt eine aufgearbeitete, einfache und leicht verständliche Information zu den neuen Behandlungsmethoden, zur PEP, sowie zu Rechtsfragen 	<ul style="list-style-type: none"> Überarbeitung und Aktualisierung des Informationsmaterials; eine gezielte Streuung muss garantiert werden proaktive Streuung anstreben (Hämaus- und Entgegengehen, outreach-work, usw.) auf lokaler Ebene, Verbesserung der Information (Öffentlichkeit und Fachleute) durch die bestehenden Netze Wiederaufnahme der Solidaritätskampagnen Erneuerung und Präzisierung der Empfehlungen zur PEP Herstellung von einfachem Informationsmaterial für PatientInnen und Angehörige, v.a. zu den Auswirkungen der neuen Therapien, sowie zu Rechts- und Versicherungsfragen Weitverfolgung der "clearing house" Idee zum Stand der Forschung Weitverfolgung der Idee einer allgemeinen Informations-Plattform 	<ul style="list-style-type: none"> BAG Aids Info Doku AHS und lokale Aids-Hilfen Kantone EKAF HivNet
<p>Bedarf an Beratung</p> <ul style="list-style-type: none"> breit abgedecktes Beratungsangebot, zur Qualität ist allerdings wenig bekannt: Problematischer Zugang zu Beratung in ländlichen Gegenden sowie für schlecht integrierte Personen uneinheitliche Beratungsqualität, insbesondere zum HIV-Test, bei Schwangerschaft oder Schwangerschaftswunsch Zeitmangel ist oft ein Problemfaktor Mangel an versierten BeraterInnen zu Rechts- und Versicherungsfragen die Beratung trägt den neuen Gegebenheiten (neue Therapien und Chronifizierung der Krankheit) nicht immer Rechnung die Ausbildung der nicht-spezialisierten beratenden Fachpersonen ist lückenhaft: Dies betrifft insbesondere die Ärzteschaft sowie Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich 	<ul style="list-style-type: none"> Aus- und Weiterbildung des beratenden Fachpersonals Überarbeitung des didaktischen Materials Verbesserung der Aus- und Weiterbildung (v.a. zum Counseling vor und nach dem Test, zu Schwangerschaft, Therapiewahl, Kenntnis des bestehenden Netzwerks) genügend Zeit einräumen für eine qualitativ hochstehende Beratung Ausbildung spezialisierter Fachleute zu Rechts- und Versicherungsfragen, die Vernetzung verbessern Sensibilisierung der nicht HIV/Aids spezialisierten Fachleute zu den Problemen im Zusammenhang mit den neuen Therapien und der Chronifizierung der Krankheit 	<ul style="list-style-type: none"> BAG Aids Info Doku AHS und lok. Aids-Hilfen Kantonale Kommissionen zur Koordination der Ausbildung FMH Relevante Ausbildungsstätten
<p>Bedarf an psychologischer Unterstützung und Begleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> obwohl die neuen Therapien neue Hoffnung versprechen, bestehen weiterhin viele Probleme psychologischer Art: Unsicherheit, Angst, Depressionen, Selbstvorwürfe, Einsamkeit, Probleme mit der Sexualität, usw. die Bedürfnisse an Begleitung und Unterstützung haben sich verändert: Chronifizierung, Therapietreue, -misserfolge, kompl. administrative Schritte, usw. Mangel an verfügbaren, sensibilisierten TherapeutenInnen die Finanzierung professioneller Begleitung ist manchmal problematisch je nach Region lässt sich ein Mangel an freiwilligen Begleitpersonen feststellen der Tod wird wieder tabuisiert 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisierung der Fachleute, insbesondere der Psychotherapeuten, zu den besonderen Problemen, mit denen HIV-positive Menschen konfrontiert sind Einschluss der psychologischen Betreuung in die Grundversicherung Wiederaufnahme der Rekrutierung und Ausbildung freiwilliger Begleiter 	<ul style="list-style-type: none"> do, wie oben BSV FSP PWA Vereinigungen
<p>Bedarf an Hilfe sowie Sozial- und Rechtsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> die institutionelle Nichtdiskriminierung ist in der Schweiz weitgehend erreicht: Eine gewisse Stigmatisierung ist aber weiterhin festzustellen und verschiedene diskriminierende Praktiken sind weiterhin problematisch das System der Sozialversicherungen ist in der Schweiz höchst kompliziert verschiedene Bedürfnisse, die für den Bereich HIV/Aids aufgezeigt wurden, gelten ebenso für andere schwere Krankheiten, z.B.: Lücken im Sozialversicherungssystem verhindern den Zugang zu gewissen Leistungen schlechte Praktiken wie z.B. die Durchführung von Tests ohne Einwilligung der Patienten, das Nichtrespektieren der Vertraulichkeit und der Anonymität, etc. unflexible Arbeitsbedingungen Unkenntnis der Patientenrechte in Bezug auf das Lebensende verschiedene Krankenkassenleistungen entsprechen nicht den neuen Realitäten im Zusammenhang mit den HIV-Therapiemöglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoring der Diskriminierung und Stigmatisierung verbessern Identifikation und Bekämpfung von schlechten Praktiken Aufklärung über Sinn, Zweck und Limiten der Anonymität und der Vertraulichkeit jederzeit und bei jedem Schritt die ausdrückliche Einwilligung der betroffenen Personen einholen (HIV-Test, Übermittlung von Informationen, usw.) Sensibilisierung von Arbeitgebern und Gewerkschaften zu den nötigen Voraussetzungen für eine Weiterarbeit oder Wiederaufnahme der Arbeit Angleichung der Leistungen (Krankenkassen, berufliche Vorsorge, Tagelöhner) an die neuen Umstände, die sich durch die T-therapie und die Chronifizierung von HIV/Aids ergeben haben Sensibilisierung der IV-Instanzen, zwecks Anpassung der Leistungen an die neuen Umstände Koordinierung der verschiedenen Sozialleistungen (nicht HIV-spezifisch) Gesetzesentwürfe zu den obligatorischen Tagelohnleistungen (nicht HIV-spezifisch) Sensibilisierung und Information der Fachleute und anderer Personen, betreffend der Kontakte mit Familie und anderen Angehörigen von PatientInnen, die dem Ende ihres Lebens entgegengehen 	<ul style="list-style-type: none"> BAG BSV BPV AHS und lok. Aids-Hilfen Arbeitgeberverbände Berufsverbände Gewerkschaften Versicherungsgesellschaften FMH Aerztzschaff Kantonale und lokale Organe der öffentlichen Fürsorge und Sozialhilfe
<p>Bedarf an Pflege, Behandlung und Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> die medizinische Versorgung durch SpezialistInnen ist befriedigend uneinheitliche Qualität der Versorgung durch nicht-spezialisierte Fachpersonen unbefriedigende Berücksichtigung der Probleme der Lebensqualität und der ganzheitlichen Betreuung der PatientInnen ungenügende Koordination unter den verschiedenen beteiligten Fachleuten der Zugang zu Versorgung ist schwieriger für gewisse Patientenkategorien (vulnerable oder randständige Bevölkerungsgruppen) es fehlen Informationen über HIV-positive Personen, die in keiner Behandlung sind es besteht allgemein ein breitgefächertes Angebot an Dienstleistungen, mit einigen spezifischen Lücken (Kurzaufenthalte und palliative Pflege). 	<ul style="list-style-type: none"> Die Aus- und Weiterbildung verschiedenster Fachleute ist zu verbessern: Allgemeinmediziner und Internisten, Gynäkologinnen/Geburtsheiferinnen, PsychaterInnen, ZahnärztInnen, Krankenpflegerpersonal, paramedizinisches Personal, usw. Die Koordination und Zusammenarbeit aller beteiligten Fachleute, sowie die Betreuungqualität sind zu verbessern: Voraussetzung dazu sind gemeinsame Überlegungen von PatientInnen und Pflegenden zur Qualitätssicherung Zuschreibung derjenigen Behandlungsmethoden, die dem Patienten oder der Patientin angemessen sind und die besten Erfolgsaussichten bieten. 	<ul style="list-style-type: none"> EKAF Kohorte Spezialabteilungen der Universitätskliniken FMH Aerztzschaff TherapeutenInnen der Komplementär- und Alternativmedizin

