



Syntagma GmbH

Politikanalyse, Evaluation & Beratung

Beurteilung der Schweizer HIV-Politik durch ein internationales Expertenpanel

Studie zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit

Expertenbericht
(Übersetzung)

Rolf Rosenbrock, Calle Almedal, Jonathan Elford,
Daniel Kübler, France Lert und Srđan Matic

Unter Mitarbeit von
Larissa Plüss, Kathrin Frey und Axel J. Schmidt

22. September 2009

Bergwerkstrasse 36, 8810 Horgen, Schweiz

Telefon (+41) 78 815 67 60, Email: syntagma@sunrise.ch

Inhaltsverzeichnis

0	ZUSAMMENFASSUNG	1
1	EINLEITUNG	2
1.1	MANDAT UND ZIEL DES EXPERTENBERICHTS	2
1.2	DIE SCHWEIZ IM INTERNATIONALEN KONTEXT	3
1.3	FORSCHUNGSFRAGEN	5
1.4	VORGEHEN UND METHODE	5
1.5	STRUKTUR DES VORLIEGENDEN EXPERTENBERICHTS	6
2	VON AIDS ZU HIV	7
3	SURVEILLANCE (BEOBACHTUNG DER EPIDEMIE)	8
3.1	ALLGEMEINE EMPFEHLUNGEN	9
3.2	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE EPIDEMIOLOGISCHE SURVEILLANCE	10
3.3	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERHALTENSORIENTIERTE SURVEILLANCE.....	11
3.4	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE KLINISCHE SURVEILLANCE	13
4	PRIMÄRPRÄVENTION	14
4.1	EMPFEHLUNGEN ZUR PRIMÄRPRÄVENTION FÜR SCHWULE MÄNNER UND ANDERE MSM.....	15
4.2	EMPFEHLUNGEN ZUR PRIMÄRPRÄVENTION FÜR MIGRANTEN AUS SUBSAHARA- AFRIKA.....	18
4.3	EMPFEHLUNGEN ZUR PRIMÄRPRÄVENTION FÜR IDUS.....	20
4.4	EMPFEHLUNGEN ZUR PRIMÄRPRÄVENTION FÜR DIE ALLGEMEINBEVÖLKERUNG.....	21
5	MEDIZINISCHE VERSORGUNG	23
5.1	EMPFEHLUNGEN ZUM ZUGANG ZU HIV-TEST, -DIAGNOSE UND BEHANDLUNG	23
5.2	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE HIV-TEST-POLITIK IN DER SCHWEIZ.....	24
5.3	EMPFEHLUNGEN FÜR EINE UMFASSENDE BEHANDLUNG UND EINE VERMEIDUNG VON THERAPIEABBRÜCHEN.....	27
6	POSITIVE PREVENTION	29

7	ARBEITSTEILUNG UND STEUERUNG (GOVERNANCE)	31
7.1	ALLGEMEINE EMPFEHLUNGEN	31
7.2	EMPFEHLUNGEN ZU ARBEITSTEILUNG UND STEUERUNG HINSICHTLICH MSM.....	33
7.3	EMPFEHLUNGEN ZU ARBEITSTEILUNG UND STEUERUNG HINSICHTLICH DER ALLGEMEINBEVÖLKERUNG	34
7.4	EMPFEHLUNGEN ZU ARBEITSTEILUNG UND STEUERUNG HINSICHTLICH MIGRANTEN	35
7.5	EMPFEHLUNGEN ZU ARBEITSTEILUNG UND STEUERUNG HINSICHTLICH POSITIVE PREVENTION.....	35
8	FAZIT UND PERSPEKTIVEN	36
9	LITERATURVERZEICHNIS	38
10	ANHANG: LISTE DER INTERVIEWPARTNER	42

Abkürzungsverzeichnis

AHS	Aids-Hilfe Schweiz
BAG	Bundesamt für Gesundheit
EFTA	Europäische Freihandelszone
EKAF	Eidgenössische Kommission für AIDS-Fragen
FSW	Sexarbeiterin („female sex worker“)
HAART	Hochaktive antiretrovirale Therapie
HIV	Menschliches Immunschwäche-Virus
IDU	Intravenös Drogen Konsumierende („intravenous drug users“)
NGO	Nichtregierungs-Organisation („non-governmental organisation“)
NHAP	Nationales HIV/AIDS Programm
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben („men having sex with men“)
MSW	Sexarbeiter („male sex worker“)
SHCS	Schweizer HIV-Kohortenstudie
STI	Sexuell übertragbare Infektion („sexually transmitted infection“)
UN	Vereinte Nationen („United Nations“)
VEGAS	Verein Gaybetriebe Schweiz
VCT	Strategie der freiwilligen HIV-Beratung und -Testung („Voluntary Counseling and Testing strategy“)
WHO	Weltgesundheitsorganisation („World Health Organisation“)
ZAH	Zürcher Aids-Hilfe

0 Zusammenfassung

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat ein internationales Expertenpanel mit der Beurteilung der aktuellen HIV-Politik der Schweiz betraut. Aufgrund der drei leitenden Fragestellungen kam das Panel zu den folgenden Ergebnissen:

1. Wie kann die Schweiz die HIV-Übertragung minimieren?

- “Put the effort where the virus is” – Präventionsanstrengungen sollen vermehrt auf die Hauptrisikogruppen ausgerichtet werden: schwule Männer und andere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), MigrantInnen aus Subsahara-Afrika, intravenös Drogen Konsumierende (IDUs).
- Die HIV-Präventionsaktivitäten müssen in eine umfassende Strategie für sexuelle Gesundheit eingebettet werden.
- Medizinische und nicht-medizinische Prävention sollen kombiniert werden.

2. Wie kann die Schweiz gewährleisten, dass HIV-infizierte Personen rechtzeitig getestet werden, in medizinische Behandlung kommen sowie kontinuierlich in Behandlung bleiben?

- Es muss eine kohärente HIV-Teststrategie entwickelt und umgesetzt werden.
- “Voluntary Counselling and Testing” (VCT) muss weiterhin gefördert und “Provider Initiated Counselling and Testing” (PICT) muss gestärkt werden.
- Zur Vermeidung von Behandlungsabbrüchen sollen entsprechende Anreize für Ärzte und Patienten geschaffen werden.

3. Wie kann die Schweizer HIV-Politik hinsichtlich Arbeitsteilung, Ressourcen and Anreizen am besten gesteuert werden?

- Die Gründung einer Schweizer Gesundheitsorganisation für schwule Männer muss unterstützt und gefördert werden.
- Die bestehenden Organisationen sollen das innovative Potential und die Mobilisierungskapazität der betroffenen Gruppen besser nutzen.
- Die Partnerschaften zwischen dem BAG und zivilgesellschaftlichen Organisationen sollen diversifiziert werden.
- Die Führungsrolle und -kapazität des BAG müssen gestärkt werden (bspw. Neuausrichtung der Leistungsaufträge, strukturelle Unterstützung für zivilgesellschaftliche Organisationen).

1 Einleitung

1.1 Mandat und Ziel des Expertenberichts

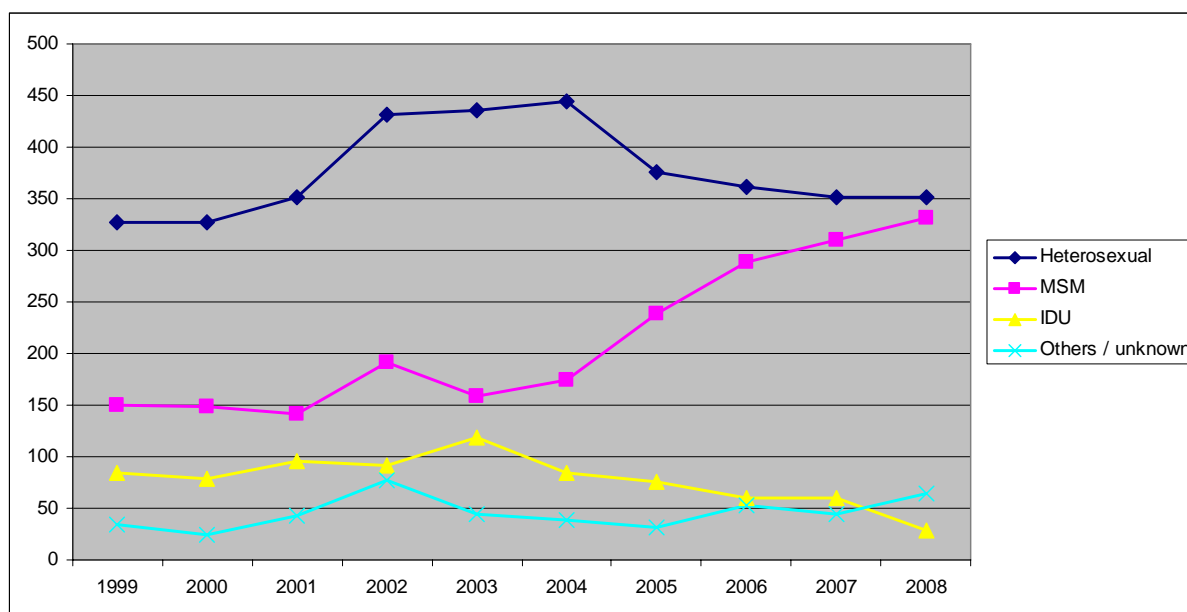
Die momentane HIV-Politik des Schweizer Bundes basiert auf dem nationalen HIV/AIDS-Programm 2004-2008 (NHAP) (BAG 2003). Im März 2008 wurde dieses Programm um zwei Jahre verlängert – d.h. bis zum Jahr 2010. Gemäss dem NHAP 2004-2008 konzentriert sich die HIV-Politik in der Schweiz auf drei Kerngeschäftsfelder und drei verschiedene Ebenen der Intervention. Die Kerngeschäftsfelder sind: 1) Prävention: Verhinderung der Ausbreitung von HIV, 2) Therapie und Beratung bei einer HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung sowie 3) Solidarität mit infektionsgefährdeten, infizierten und kranken Menschen. Die drei Ebenen der Intervention des NHAP 2004-2008 umfassen die folgenden Aufgaben: 1) Informationen für die breite Öffentlichkeit, 2) Informationen für und Motivierung von Zielgruppen und 3) Individuelle Prävention und Beratung (BAG 2003). Mit der Verlängerung des Programms bis 2010 wurden die zuvor genannten Ebenen in Achsen umbenannt, wobei die dritte Achse wie folgt angepasst wurde: 3) Keine HIV-Übertragungen bei serodifferenten Paaren (www.bag.admin.ch, August 2009). Bezüglich der Weiterführung des nationalen HIV/AIDS-Programms über 2010 hinaus hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) entschieden, ein internationales Expertengremium mit der unabhängigen Beurteilung der jetzigen HIV-Politik zu beauftragen. Diese Entscheidung wurde vor dem Hintergrund getroffen, dass sich die Probleme im Zusammenhang mit HIV mit der Einführung der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) Mitte der 1990er Jahre grundlegend geändert haben (Rosenbrock et al. 2000). In der Schweiz ist eine HIV-Infektion keine tödliche Bedrohung mehr, sondern eine behandelbare Krankheit. Seit Mitte der 1990er Jahre hat sich das Risikoverhalten verändert (Dubois-Arber et al. 2001) und die Entscheidungsträger sind seltener bereit, Gelder für die Prävention zur Verfügung zu stellen (Neuenschwander et al. 2005). Dies wirft die Frage auf, ob das derzeitige „policy design“ (Knöpfel et al. 1997), welches durch das NHAP definiert wurde, immer noch in der Lage ist, effektive Strategien für Prävention, Behandlung und Steuerung zu gewährleisten oder ob es geändert werden muss.

Die Ergebnisse der Untersuchung der Schweizer HIV-Politik durch die internationalen Experten liegen in Form zweier Berichte vor: (i) ein umfassender wissenschaftlicher Hintergrundbericht, der die Beschreibung und Analyse des gegenwärtigen Stands der Dinge im Bereich der HIV-Politik in der Schweiz beinhaltet (Plüss et al. 2009); (ii) ein zusammenfassender Bericht, welcher die Empfehlungen des Expertengremiums für die künftige Schweizer HIV-Politik wiedergibt (dieses Dokument). Der Expertenbericht formuliert Empfehlungen für die Bereiche Beobachtung der Epidemie (Surveillance), Primärprävention, medizinische Versorgung, *Positive Prevention* sowie Arbeitsteilung und Steuerung (Governance). Er richtet sich sowohl an die Programm- und Projektleiter im BAG, an dessen Partnerorganisationen, sowie an andere interessierte Spezialisten im Bereich der HIV-Politik.

1.2 Die Schweiz im internationalen Kontext

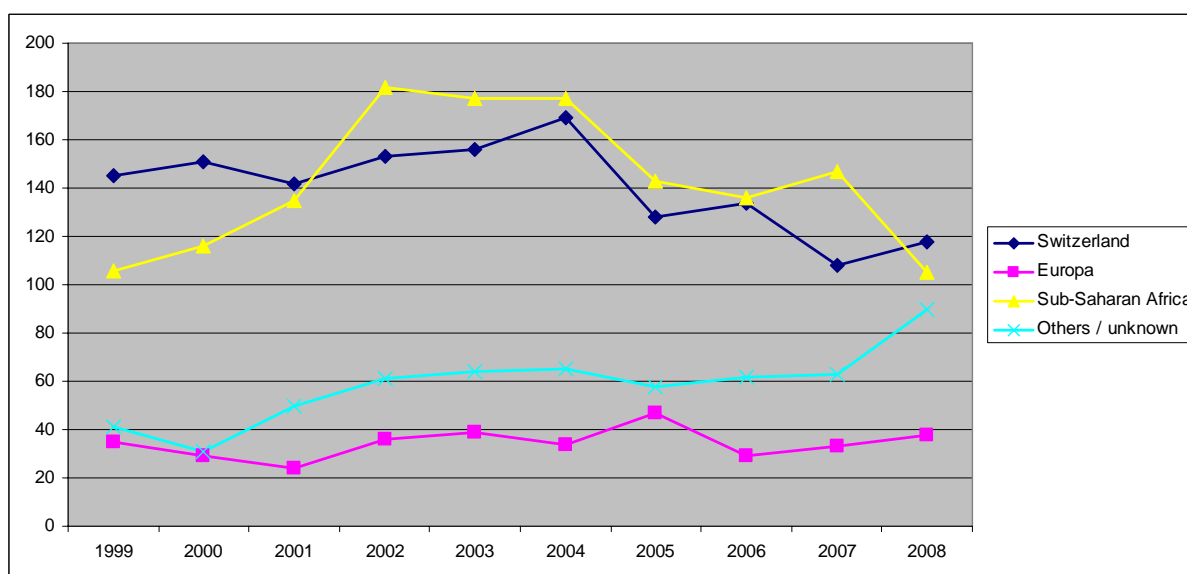
Im Jahre 2007 waren gemäss Schätzungen 33 Millionen Menschen weltweit mit HIV infiziert. Dabei ereigneten sich 2.5 Millionen neue Infektionen, davon 1.7 Millionen (68%) in Subsahara-Afrika (www.who.int, Mai 2009). Aber auch in Europa bleiben HIV-Infektionen eines der grossen Probleme im Gesundheitswesen, was sich in der fortwährenden Übertragung von HIV in vielen Ländern widerspiegelt. Meldedaten aus dem Jahr 2007 belegen, dass die Anzahl diagnostizierter HIV-Fälle in der europäischen Region (gemäss WHO-Definition) kontinuierlich steigt. Zwischen 2000 und 2007 hat sich die jährliche Rate der HIV-Meldungen in Westeuropa von 39 auf 75 pro 1 Million Einwohner beinahe verdoppelt (www.eurohiv.org, Mai 2009). In den Ländern der Europäischen Union (EU) und der Europäischen Freihandelszone (EFTA) wird HIV überwiegend durch sexuelle Kontakte zwischen Männern übertragen, gefolgt von heterosexuellen Kontakten. Etwa 40% der neu diagnostizierten Infektionen, die durch heterosexuelle Kontakte übertragen werden, betreffen Menschen, welche ursprünglich aus Ländern mit einer hohen HIV-Prävalenz stammen, doch variiert dieser Prozentsatz über die Länder hinweg. Verglichen mit anderen Ländern Westeuropas ist die gemeldete Anzahl neu diagnostizierter HIV-Infektionen in der Schweiz eher hoch. In Bezug auf die Gesamtbevölkerung ist sie vergleichbar mit Frankreich, Luxemburg und Grossbritannien, aber dreimal höher als in Deutschland oder Österreich (www.eurohiv.org, Mai 2009). Zwischen 2000 und 2008 stieg die Anzahl neuer HIV-Diagnosen in der Schweiz schätzungsweise um ein Drittel. Bis 2004 konnte dieser Anstieg in besonderem Masse bei Personen beobachtet werden, die sich bei heterosexuellen Kontakten mit HIV angesteckt hatten (Abb. 1). Danach ging die Anzahl neuer Diagnosen infolge heterosexueller Übertragung zunächst zurück und blieb dann stabil, während die Anzahl neuer HIV-Diagnosen bei Männern, die Sex mit Männern haben (*men having sex with men*, MSM), stark anstieg und sich seit 2004 fast verdoppelte. Die totale Anzahl der jährlichen HIV-Diagnosen blieb seit 2002 also mehr oder weniger konstant (760 gemeldete Neuinfektionen im Durchschnitt), während die jeweiligen Anteile von hetero- und homosexueller Übertragung sich dramatisch veränderten.

Abbildung 1: Anzahl neuer HIV-Diagnosen nach Art der Übertragung (1999-2008) (Quelle: BAG)



Eine Analyse der Herkunftsländer zeigt, dass HIV-Infektionen regelmässig Personen betreffen, die aus Hochprävalenzländern stammen – dies betrifft vor allem Subsahara-Afrika. Diese Tatsache ist auch in anderen europäischen Ländern zu beobachten. Der totale Anteil von Immigranten aus Subsahara-Afrika unter den neu Diagnostizierten beläuft sich auf durchschnittlich 23% (1999-2008). In dieser Gruppe wurde das HI-Virus vor allem durch heterosexuelle Kontakte übertragen. Demzufolge macht der Anteil von Immigranten aus Subsahara-Afrika bei der Anzahl neuer Diagnosen, die auf heterosexuelle Übertragung zurückzuführen sind, durchschnittlich 38% aus (1995-2008) (Abb. 2).

Abbildung 2: Heterosexuelle Übertragungen: Anzahl neuer HIV-Diagnosen nach Herkunftsland (1999-2008) (Quelle: BAG)



Die Schweiz sieht sich den gleichen Herausforderungen gegenüber wie die meisten anderen westeuropäischen Länder. Auf der einen Seite steigt die Anzahl neuer HIV-Infektionen bei MSM stetig an, während sich die Anzahl heterosexueller Übertragungen verringert hat. Auf der anderen Seite ist aufgrund von neuen und einfacheren Reisemöglichkeiten in den letzten zwanzig Jahren die Mobilität der Bevölkerung gestiegen, und neue Migrationsmuster haben sich herausgebildet. Zum Beispiel sind regelmässige Besuche von Migranten in ihren Heimatländern erschwinglicher geworden. Bei Migranten aus Hochprävalenzländern, die in der Schweiz wohnhaft sind, könnte dies zu einem weiteren Anstieg der HIV-Diagnosen beitragen.

1.3 Forschungsfragen

Das BAG hat drei Hauptfragen in Bezug auf das Funktionieren des Schweizer HIV-Systems identifiziert. Diese drei Fragen lassen sich den Feldern Prävention, medizinische Versorgung sowie Arbeitsteilung und Steuerung zuordnen. Das BAG sucht Antworten auf diese wichtigen Fragen, um ab 2010 ein effektives Programm entwickeln zu können.¹ Während der Durchführung der Untersuchung wurden die ursprünglichen Fragen wie folgt neu formuliert, ohne dass sie ihre ursprüngliche Intention verloren hätten:

1. **Wie kann die Schweiz die HIV-Übertragung minimieren?**
2. **Wie kann die Schweiz gewährleisten, dass HIV-infizierte Personen rechtzeitig getestet werden, in medizinische Behandlung kommen sowie kontinuierlich in Behandlung bleiben?**
3. **Wie kann die Schweizer HIV-Politik hinsichtlich Arbeitsteilung, Ressourcen und Anreizen am besten gesteuert werden?**

1.4 Vorgehen und Methode

Um die momentane Situation in Bezug auf die drei Forschungsfragen zu beurteilen und Empfehlungen zu formulieren, wurde eine Gruppe international renommierter Experten eingesetzt. Den Vorsitz der Expertengruppe hatte Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Wissenschaftszentrum Berlin) inne – ein international renommierter Forscher, der seit dem Beginn der Epidemie zum Thema HIV-Politik arbeitet. Die übrigen Mitglieder der Gruppe waren Calle Almedal, ehemaliger Berater bei UNAIDS, Prof. Dr. Jonathan Elford, Epidemiologe an der City University London, Dr. France Lert, Abteilungsleiterin am *Institut national de la santé et de la recherche médicale* in Paris, und Dr. Srdan Matic, Leiter ad int. der Abteilung Übertragbare Krankheiten der europäischen Geschäftsstelle der WHO. Prof. Dr. Daniel Kübler, Politologe an der Universität Zürich und Mitglied der Eidgenössischen Kommission für AIDS-Fragen, nahm als

¹ Protokoll der Sitzung vom 16. September 2008 (Fachstelle Evaluation und Forschung, H. Brunold).

Schweizer Repräsentant Einsitz im Expertengremium. Das Gremium wurde von einem Team wissenschaftlicher Mitarbeiterinnen (lic. phil. Larissa Plüss und lic. phil. Kathrin Frey) unterstützt, angesiedelt bei Syntagma Ltd. Horgen (Schweiz), die für Prof. Dr. Daniel Kübler arbeiten. Zusätzliche Unterstützung kam von Axel J. Schmidt (MD, MPH), wissenschaftlicher Koordinator der europäischen MSM-Umfrage (EMIS) im Robert Koch Institut Berlin.

Die Untersuchung war in drei Phasen gegliedert. Die *erste Phase* (November 2008 – März 2009) beinhaltete die Entwicklung der wissenschaftlichen Grundlagen für die Beurteilung der Schweizer HIV-Politik. Zunächst definierte das Expertengremium die relevanten Bewertungskriterien in Bezug auf die drei zu untersuchenden Fragen. Das Gremium beauftragte daraufhin das Forschungsteam, Daten zu sammeln und zu analysieren, um den gegenwärtigen Stand der Dinge hinsichtlich der Schweizer HIV-Politik beurteilen zu können. Die Ergebnisse dieser ersten Erhebung bilden die wissenschaftliche Grundlage der Untersuchung und sind in einem separaten wissenschaftlichen Hintergrundbericht zusammengestellt (Plüss et al. 2009).

In der *zweiten Phase* des Projekts (April – Juli 2009) befasste sich das Gremium mit dem erarbeiteten Hintergrundbericht und traf sich mit ausgewählten Akteuren, die in der Implementierung der Schweizer HIV-Politik mitwirken. Diese Treffen fanden Anfang Mai 2009 in Bern und Zürich statt, wobei 13 Personen interviewt wurden, die im Bereich der Surveillance, der Prävention und der medizinischen Versorgung tätig sind.² Das Expertengremium konnte daraufhin auf die drei Forschungsfragen antworten und Empfehlungen für die Schweizer HIV-Politik formulieren, die im vorliegenden Expertenbericht enthalten sind.

Die *dritte Phase* (August – Oktober 2009) umfasste die Validierung des Expertenberichtes durch die Interviewpartner, deren Rückmeldungen in die definitive Version des Berichts eingearbeitet wurden. Der Expertenbericht wurde im September 2009 in englischer Sprache publiziert. Der wissenschaftliche Hintergrundbericht (in englischer Sprache), sowie die deutsche und französische Übersetzung des Expertenberichts wurden im Oktober 2009 fertig gestellt.

1.5 Struktur des vorliegenden Expertenberichts

Der Expertenbericht geht zunächst auf die Herausforderungen ein, die sich im Kontext der HIV-Politik in der Schweiz stellen (Kapitel 2). In den folgenden Kapiteln präsentiert das Gremium konkrete und umfassende Empfehlungen in den Bereichen Surveillance (Kapitel 3), Primärprävention (Kapitel 4), medizinische Versorgung (Kapitel 5), *Positive Prevention* (Kapitel 6) sowie Arbeitsteilung und Steuerung (Kapitel 7).

² Die Liste der Interviewpartner findet sich im Anhang.

2 Von AIDS zu HIV

Während der letzten 28 Jahre, also seitdem die ersten AIDS-Fälle gemeldet wurden, haben sich die Bedingungen und Möglichkeiten, mit einer HIV-Infektion umzugehen, ihre Behandlung und auch die Strategien zur Prävention von Grund auf geändert.

In den ersten Jahren, als AIDS noch eine tödliche Krankheit war und es keine medizinische Behandlung gab, konzentrierten sich die Präventionsbemühungen auf die Beeinflussung des individuellen Verhaltens durch öffentliche Kampagnen und strukturelle Prävention. Im Rahmen des ‚New Public Health‘-Ansatzes wurden innovative Konzepte entwickelt, die sich hauptsächlich auf sozialwissenschaftliche Erkenntnisse stützten. Dies geschah in enger Zusammenarbeit mit den am stärksten betroffenen Gruppen, vor allen mit schwulen Organisationen (Rosenbrock et al. 2000: 1610). Dieses Konzept zielte darauf ab, die Motivation der Menschen zu präventivem Verhalten zu stärken und gleichzeitig die Rechte und die Würde der HIV-Infizierten zu schützen.

Auf diese Phase der hohen öffentlichen Aufmerksamkeit folgte eine Phase abnehmenden Interesses (Rosenbrock et al. 2000: 1613). In Westeuropa trat die befürchtete gesundheitliche Katastrophe nicht ein. Dies lag zu einem gewissen Teil am Erfolg der Politik der Primärprävention, die in enger Zusammenarbeit mit und auch oft durch die am stärksten betroffenen Gruppen umgesetzt wurde. Nachdem Mitte der 1990er Jahre die hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) verfügbar wurde, konnte die Sterblichkeit bei HIV-Erkrankungen merklich gesenkt werden. Die Überlebenszeit verlängerte sich drastisch und AIDS wurde zu einer „normalen“ chronischen Krankheit. Zu diesem Zeitpunkt wuchs die Bedeutung der klinischen Medizin beträchtlich. Heutzutage liegt ein wichtiger Schwerpunkt auf der sekundären Prävention – auf einfacherem Zugang zu Tests, Früherkennung und Behandlung. Die medizinische Herangehensweise und der eher klinische Umgang mit der HIV-Infektion als chronische Krankheit, führten bei Menschen, die mit dem HI-Virus leben, zu einer Individualisierung. Die zuvor starken Gemeinschaften – speziell die schwulen Gemeinschaften – wurden schwächer und ihre Struktur und Form änderten sich.

Der Übergang von AIDS zu HIV fand zeitgleich statt mit substantiellen Änderungen in den Präventionsansätzen. Während der letzten zehn bis fünfzehn Jahre kam es zur Verlagerung von einer auf Gemeinschaft basierenden, strukturellen und verhaltensorientierten Prävention (mit dem Schwerpunkt Primärprävention) hin zu einer auf Gesundheitsdienstleitungen basierenden „medizinischen Prävention“ (mit dem Schwerpunkt auf „testen und behandeln“, was sowohl die primäre als auch die sekundäre Prävention beeinflusst). Diese beiden Herangehensweisen haben in der Geschichte von HIV immer zueinander in Konkurrenz gestanden. Dennoch ist es für zukünftige Erfolge in der HIV-Bekämpfung notwendig, beide Ansätze zu kombinieren, um von ihren jeweiligen Vorteilen zu profitieren. Primärprävention und sekundäre Prävention müssen, im Rahmen einer kohärenten Politik, stärker mit der medizinischen

Behandlung verbunden werden.

Als eine Konsequenz des sich ändernden Erscheinungsbildes der HIV-Infektion wird die Verbindung zwischen HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (*sexually transmitted infections*, STIs) wichtiger, da sich ihre Infektiosität gegenseitig verstärken kann. Daher muss ein umfassender Präventionsansatz das breite Feld der STIs integrieren und sowohl HIV- als auch STI-Prävention in eine Gesamtstrategie sexueller Gesundheit vereinen.

Das Anliegen des Expertengremiums ist es, zur Formulierung einer künftigen Schweizer HIV-Politik beizutragen, die in der Lage ist, diese Herausforderungen zu meistern. Die konkreten Leitlinien und Empfehlungen, dargelegt in den nachfolgenden Kapiteln, sind Vorschläge des Gremiums, um dieses Ziel zu erreichen.

3 Surveillance (Beobachtung der Epidemie)

In der Schweiz gibt es drei verschiedene Arten der Beobachtung der Epidemie: die epidemiologische, die verhaltensorientierte und die klinische Surveillance. Die epidemiologische Beobachtung der Epidemie erfolgt durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und besteht im zentralisierten Sammeln positiver HIV-Test-Resultate, welche die HIV-Laboratorien anonymisiert melden müssen. Die übermittelten Resultate werden durch anonymisierte klinische Informationen vervollständigt (wahrscheinlicher Übertragungsweg, Stadium der Krankheit und Anzahl CD4-Zellen). Die verhaltensorientierte Surveillance wird vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne (IUMSP) durchgeführt und beinhaltet regelmässig wiederholte Befragungen in der Gesamtbevölkerung, bei MSM und intravenös Drogen Konsumierenden (*intravenous drug users*, IDUs), ebenso wie das fortwährende Monitoring des jährlichen Kondomverkaufs und der Spritzenabgabe. Die klinische Surveillance – für Individuen, die sich bereits mit HIV infiziert haben – ist ein essentieller Teil der Schweizer HIV-Kohortenstudie (SHCS), die 1988 begann und etwa die Hälfte aller in der Schweiz lebenden HIV-positiven Personen ab dem 16. Lebensjahr umfasst. Sie sammelt Informationen über Krankheiten, die mit HIV in Zusammenhang stehen, Angaben zur antiretroviralen Therapie und anderen Medikamenten sowie Informationen zu Labor-Parametern und grundlegende demografische Daten.

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die allgemeinen Empfehlungen für die Surveillance ebenso wie spezifische Vorschläge für die drei verschiedenen Gebiete der Beobachtung der Epidemie – epidemiologisch, verhaltensorientiert und klinisch. Im Hinblick auf alle Arten der Surveillance sollte klar sein, dass die Beobachtung lediglich ein ungefähres Bild der Epidemie und ihrer Dynamiken wiedergeben kann.

3.1 Allgemeine Empfehlungen

3.a Der Austausch von Informationen zwischen den verschiedenen Akteuren im Bereich der Beobachtung der Epidemie sollte verbessert werden.

Die effektive Zusammenarbeit und der Austausch von Informationen zwischen allen Akteuren im Arbeitsfeld der Surveillance sind essentiell für das Funktionieren des Schweizer HIV-Systems. Bereits im Jahr 2004 wurde eine Arbeitsgruppe mit dem Namen SurvAIDS ins Leben gerufen. Diese Arbeitsgruppe umfasst verschiedene Interessenvertreter des Schweizer Surveillance-Systems – so wie das BAG, das IUMSP, die SHCS und die Aids-Hilfe Schweiz (AHS). Anfangs trafen sich die Mitglieder der Gruppe viermal jährlich; seit 2008 finden diese Treffen zweimal jährlich statt. Dieser Wissensaustausch muss fortgeführt werden. Allerdings ist der Informationsfluss zwischen der SHCS und den anderen Feldern der Surveillance nicht ausreichend. Ein einfacherer Zugang zu den anonymisierten Daten HIV-positiver Personen aus der Schweizer HIV-Kohortenstudie würde das Wissen anderer relevanter Akteure in diesem Bereich erweitern und könnte zur Verbesserung der Prävention beitragen. Das Expertengremium empfiehlt, diese Kommunikationskanäle zu stärken.

Innerhalb des BAG wird der Austausch von Information und Wissen zusätzlich behindert, da die ‚Sektion AIDS‘ und die ‚Sektion Infektionskrankheiten‘ unabhängig von einander arbeiten. Innerhalb des BAG muss deshalb eine effektive Koordination und Kooperation zwischen diesen beiden Abteilungen etabliert werden.

3.b Der Beobachtung von anderen STIs muss mehr Aufmerksamkeit beigemessen werden.

Seit dem Jahr 2000 hat die Zahl gemeldeter STIs in der Schweiz fortwährend zugenommen – nach einer Abnahme in den 1990er Jahren (Low 2007). Die Anzahl neuer Chlamydien-Infektionen hat sich zwischen 1999 und 2005 verdoppelt. Die Zahl der Gonorrhö-Infektionen hat sich zwischen 1999 und 2006 sogar verdreifacht. Im Hinblick auf Syphilis sind Vergleiche komplizierter, da Abweichungen im Meldeverfahren bestanden (BAG 2008b). Die Syphilis-Surveillance wurde 1999 wegen des zu hohen Arbeitsaufwandes zunächst gestoppt und 2006 wieder eingeführt. Es wird angenommen, dass die Anzahl von Syphilis-Fällen sich in diesem Zeitraum verdreifacht hat. Wegen dieses Anstiegs wurde 2005 ein neues, schweizweites Beobachtungs-System etabliert und eine anonyme Registrierungspflicht für Gonorrhö- und Syphilis-Infektionen eingeführt. Die Meldung von Chlamydien-Infektionen war bereits gesetzlich vorgeschrieben.

Gemäss Repräsentanten des BAG erhält die Beobachtung von anderen STIs als HIV nicht die angemessene Aufmerksamkeit. Weil HIV und viele andere STIs gegenseitig ihre Infektiosität erhöhen, ist die Verbindung zwischen diesen Infektionskrankheiten jedoch äusserst wichtig. Daher sollte die Beobachtung der anderen STI-Infektionen – in Kombination mit HIV – so-

wohl für die Allgemeinheit als auch für Gruppen mit erhöhtem Ansteckungsrisiko ausgeweitet werden.

3.c Kontextfaktoren des Risikoverhaltens sollten in die Beobachtungsaktivitäten integriert werden.

Hinsichtlich effektiver Präventionsstrategien ist es von besonderer Wichtigkeit, die relevanten Faktoren für sexuelles Risikoverhalten zu kennen. Welche sind die typischen Situationen, in denen Risiken eingegangen werden? Wann und wo finden sie statt? Welche sind die wichtigsten Variablen, die das Eingehen von Risiken beeinflussen? Welche Rollen spielen der Drogenkonsum, der Alkoholgenuss und Probleme der psychischen Gesundheit? Gibt es eine Verbindung zwischen diesen psychischen Problemen und einer schwächeren Ausprägung des Schutzverhaltens? Wie steht das nationale Niveau der HIV-Infektionen mit anderen gesellschaftlichen Problemen wie der Selbstmordrate, klinischen Depressionen, anderen STIs, dem allgemeinen Risikoverhalten und der Anzahl verschriebener Psychopharmaka in Beziehung?

Ciesla und Roberts (2001) konnten beispielsweise zeigen, dass bei HIV-positiven Personen 1.99 Mal häufiger starke Depressionen diagnostiziert werden als bei HIV-negativen Individuen. Natürlich bleibt die Frage bestehen, ob diese psychischen Probleme in direkter Beziehung zur Schwere der Krankheit stehen oder ob sie das Schutzverhalten schwächen. Um diese Fragen zu beantworten, bräuchte es Schweizer Daten, die die Beziehung zwischen HIV-Infektionen und psychischer Gesundheit beleuchten. Sie könnten Auskunft geben über einen potentiell wichtigen Zusammenhang für die Primärprävention. Die SHCS sammelt Daten über die psychiatrische Behandlung der registrierten Personen und begann vor kurzem auch Daten über Depressionen zu erheben. In Bezug auf andere kontextuelle Faktoren des Risikoverhaltens hat bereits eine Anpassung der Beobachtungsaktivitäten stattgefunden. Seit 2007 hat das IUMSP in seinen regelmässigen Umfragen bei MSM zusätzlich nach individuellen Strategien für die Risikominimierung gesucht (z.B. „serosorting“ oder strategische Positionierung).

Weil die Schweiz eine relative hohe Verbreitung von HIV aufweist, ist es wichtig, die lokalen, kontextuellen und strukturellen Faktoren für das Risikoverhalten zu identifizieren und dieses Wissen in die Formulierung von präventiven Strategien einfliessen zu lassen, die auf die unterschiedlichen Zielgruppen ausgerichtet sein sollten.

3.2 Empfehlungen für die epidemiologische Surveillance

3.d Es ist notwendig das allgemeine HIV-Test-Verhalten der Schweizer Bevölkerung zu beobachten.

In der Schweiz, ebenso wie in den meisten anderen Ländern, werden ausschliesslich Meldungen über positive HIV-Tests anonym gesammelt und zentral beim BAG gespeichert. Das allgemeine Testverhalten in der gesamten Bevölkerung und vor allem unter den gefährdeten

Gruppierungen wird nicht regelmässig und systematisch aufgezeichnet. Die Schweizer Gesundheitsbefragung generiert zwar Informationen über das Testverhalten, allerdings wird sie nur alle fünf Jahre durchgeführt. Das IUMSP untersucht ebenfalls in Umfragen das Testverhalten in der allgemeinen Bevölkerung, bei MSM und IDUs. Zudem werden durch die so genannten „Checkpoints“ in Zürich und Genf einige wenige Informationen über das Testverhalten spezifischer Zielgruppen generiert. Aber diese Informationen werden ebenfalls nicht systematisch verglichen oder zentralisiert.

Das Expertengremium schliesst aus den vorhandenen Informationen, dass der zahlenmässige Anstieg neuer HIV-Fälle bei MSM in der Schweiz sowohl einen Anstieg in der Übertragungsrate (d.h. Neuerkrankungen) als auch eine erhöhte Nutzung des HIV-Test-Angebots widerspiegeln könnte. Zum jetzigen Zeitpunkt ist es aber noch nicht möglich, Aussagen über einen übergreifenden positiven Trend in der Nutzung von HIV-Tests in der Schweiz zu machen. Deshalb müssen Meldungen über negative HIV-Tests genauso gesammelt werden wie die positiven Testresultate. Das BGA bemüht sich derzeit um die Umsetzung dieser Massnahme – diese Bemühungen müssen beibehalten und in die Praxis umgesetzt werden.

3.e Die HIV-Inzidenzrate sollte geschätzt werden.

Das BAG sollte darauf hinarbeiten, die HIV-Neuerkrankungsrate für die verschiedenen betroffenen Gruppen zu schätzen (d.h. die Rate der HIV-Übertragung). Der Anstieg in der Anzahl der HIV-Diagnosen in allen Gruppen könnte durch eine ganze Reihe von Faktoren erklärt werden, was sowohl Neuerkrankungen, die gestiegene Nutzung des Test-Angebotes, die geänderten Migrationsmuster sowie Melde- und Berichtverfahren umfasst. Deswegen werden robuste Schätzungen der HIV-Neuerkrankungen gebraucht, um zu überprüfen, ob sich die Übertragungsraten – beispielsweise unter den MSM – verändert.

HIV-Neuerkrankungen könnten geschätzt werden, indem Labordaten über neuere HIV-Infektionen in Kombination mit Informationen zum Test-Verhalten der Zielgruppen verwendet werden.

3.3 Empfehlungen für die verhaltensorientierte Surveillance

3.f Die verhaltensorientierte Surveillance muss weitergeführt und auf eine nachhaltige Basis gestellt werden.

In der Schweiz wurde die verhaltensorientierte Beobachtung 1987 vom BAG initiiert und wird seither durch das IUMSP implementiert. Sie beinhaltet derzeit regelmässig wiederholte Umfragen innerhalb der allgemeinen Bevölkerung, MSM und IDUs ebenso wie das ständige Monitoring der Kondomverkäufe und der Spritzenabgabe. Seit der allgemeinen Abnahme neuer AIDS-Fälle nach der Einführung von HAART wurde auch das Erheben von Informati-

onen über neuere Entwicklungen als weniger wichtig erachtet und dafür weniger Ressourcen vorgesehen. Als Konsequenz wurde die periodische Befragung zu HIV-relevantem Verhalten in der allgemeinen Bevölkerung aufgegeben und durch ein spezielles Modul in der Schweizer Gesundheitsumfrage mit dem Fokus auf dem Sexualverhalten ersetzt (Dubois-Arber 2008).

Weil die verhaltensorientierte Beobachtung äusserst wichtige Informationen für die primäre und sekundäre Prävention bereitstellt, müssen weitere Einschnitte unbedingt vermieden werden. Als minimale Anforderung müssen verhaltensorientierte Beobachtungen regelmässig in die Gruppen, die am stärksten von HIV betroffen sind, durchgeführt werden. Die etablierten Strukturen und Prozesse sollten auf ein nachhaltiges Fundament gestellt werden.

Das Expertengremium würdigt die Qualität der verhaltensorientierten Beobachtung, die das IUMSP bereit stellt – besonders in Bezug auf die Daten über MSM (Balthasar et al. 2008a, 2008b, 2005). Die verhaltensorientierte Beobachtung fungierte als ein frühes Warnsystem, da es anzeigte, dass der Selbstschutz unter MSM seit Mitte der 1990er Jahre abgenommen hat (Balthasar et al. 2008). Das Expertengremium empfiehlt nachdrücklich, dass der „gay survey“ weitergeführt wird und sogar noch detailliertere Daten und Analysen in Bezug auf den Kontext von sexuellem Risikoverhalten zur Verfügung gestellt werden (s. Empfehlung 3.c).

Zudem begrüsst das Expertengremium, dass die Wissenschaftler des IUMSP in zunehmendem Masse an europäischen Forschungsprojekten teilnehmen (z.B. Dubois-Arber et al. 2003b).

3.g Es ist notwendig, die Verhaltensforschung bei Migranten zu verbessern.

Die empirische Evidenz deutet darauf hin, dass der Zugang zum Schweizer Gesundheitssystem für Migranten dank der Etablierung von verschiedenen niederschweligen Einrichtungen in den vergangenen Jahren einfacher geworden ist. Eine Beurteilung der Situation der Migranten (Zuppinger et al. 2000) deckte eine ganze Reihe von Schwierigkeiten auf, die die Kommunikation über Sexualität und soziale Beziehungen betreffen. Es ist deswegen notwendig, die Verhaltensforschung bei Migranten dahingehend zu verbessern, dass Faktoren, welche die Präventionsstrategien potentiell fördern oder behindern könnten, besser verstanden werden. So könnte man auch nützliche Einblicke in das sexuelle Verhalten dieser Gruppe, ins Risikoverhalten sowie in den breiteren sozialen Hintergrund erlangen.

Da seit 2002 eine Abnahme in der Anzahl neuer HIV-Diagnosen unter Migranten aus Subsahara-Afrika zu beobachten war, wurde entschieden, die Umfrage unter immigrierten Frauen zu stoppen. Als Konsequenz wurde vor kurzem eine Studie an einer universitären Poliklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe durchgeführt. Dubois-Arber et al. (2008) folgern, dass dies ein viel versprechender Weg sein könnte, um immigrierte Frauen zu rekrutieren und Daten über ihr sexuelles Verhalten zu erlangen. Die Resultate dieser Untersuchung sind bis jetzt noch nicht verfügbar.

3.h Es ist notwendig, die Verhaltensforschung bei Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern zu verbessern.

Kürzlich zeigte eine Studie über den Schweizer Sex-Markt, dass die Verbreitung von HIV bei Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern vermutlich höher liegt als in der allgemeinen Bevölkerung, da IDUs und Migranten in dieser Gruppe überrepräsentiert sind (Bugnon et al. 2009: 49). Rund 70% aller Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter besitzen eine temporäre Aufenthaltsbewilligung oder eine Niederlassungsbewilligung und schätzungsweise 50% sind Migranten ohne Aufenthaltsbewilligung. Die Population der Sexarbeiter ist allgemein sehr mobil, was es schwierig macht, die Neuerkrankungen mit HIV und anderen STIs zu überwachen. In der Schweiz existiert ein Mangel an Daten zum Verhalten und zum allgemeinen gesundheitlichen Zustand (intravenösen Drogenkonsum inbegriffen) von Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern. Nötig ist zudem eine bessere Schätzung der HIV-Verbreitung in dieser Gruppe.

Das Expertengremium schlägt daher vor, mehr Wissen über die Struktur, den allgemeinen Gesundheitszustand und die Verhaltensmuster dieser Gruppe zu generieren und die Verhaltensforschung in diesem Bereich auszubauen.

3.4 Empfehlungen für die klinische Surveillance

3.i Die klinische Surveillance sollte unterstützt und beibehalten werden.

Die klinische Beobachtung der Epidemie liegt bei der SHCS, der 1988 eingeführten HIV-Kohortenstudie. Gestützt auf den umfassenden Datenbestand der SHCS sind viele Studien durchgeführt worden und Publikationen erschienen. Das Expertengremium war von der hohen Qualität und Produktivität der Forschung beeindruckt, die auf dieser Kohorte basiert. Die Studie wird unter anderem mit Geldern des Schweizerischen Nationalfonds finanziert, die sich momentan auf einen jährlichen Betrag von drei Millionen Schweizer Franken belaufen (BAG 2005: 11). Die SHCS stellt wertvolle und umfassende Informationen über HIV-positive Individuen zur Verfügung, und diese Forschungsaktivitäten müssen unbedingt beibehalten werden.

3.j Das Expertengremium empfiehlt die Verbesserung des Wissenstransfers zwischen der SHCS und den Präventionsspezialisten.

Innerhalb des SHCS ist eine grosse Menge an Daten über die individuellen Charakteristika und die Krankengeschichte von HIV-positiven Personen verfügbar. In der Vergangenheit wurden diese Informationen vor allem von klinischen Experten genutzt, um medizinisch relevante Forschungsfragen zu beantworten, die zur Produktion wissenschaftlicher Aufsätze beitrugen. Andere Forschungsfragen, mit spezieller Relevanz für die HIV-Prävention, werden

nicht routinemässig integriert und Sozialwissenschaftler werden nicht in die Planung und Evaluierung der Kohorte miteinbezogen. Fragen zum individuellen Verhalten und insbesondere zum sexuellen Verhalten blieben in der SHCS unterentwickelt, könnten aber sowohl aus wissenschaftlichem Interesse als auch aus der Sicht der Prävention angegangen werden. Es sollte ein grösseres Gewicht gelegt werden auf den Transfer solcher Informationen hin zu Präventionsspezialisten, um die Formulierung von Präventionsstrategien zu erleichtern. Ausserdem würde eine engere Zusammenarbeit mit Präventionsspezialisten und Repräsentanten der betroffenen Gruppen die SHCS befähigen, sekundäre Präventionsmassnahmen innerhalb ihres vorgegebenen Rahmens zu implementieren. Also sollten die Kommunikationskanäle zwischen den Bereichen der Prävention und der medizinischen Behandlung ausgeweitet und auf eine nachhaltige Grundlage gestellt werden.

3.k Innerhalb der Schweizer HIV-Kohorte sollte zusätzliches Gewicht auf die verhaltensorientierte Beobachtung der Epidemie gelegt werden.

Um das enorme Potential der Kohorten-Daten weiterzuentwickeln, sollte die SHCS Sozialwissenschaftler und Repräsentanten der betroffenen Gruppen in ihre Organisationsstruktur integrieren, um sexuelles und nicht-sexuelles Risikoverhalten sowie präventives Verhalten von HIV-infizierten Individuen zu untersuchen. Die Verhaltensforschung könnte sich auch vermehrt mit verpassten Gelegenheiten für einen HIV-Test beschäftigen und so zu einer besseren Test-Politik beitragen. Solche sozialwissenschaftlichen Forschungsprogramme innerhalb des SHCS könnten als Mandate des BAG oder des Schweizer Nationalfonds geführt werden.

4 Primärprävention

Die Mitglieder des Expertengremiums sind der Meinung, dass die durch das BAG und die Aids-Hilfe Schweiz (AHS) implementierte Primärprävention im Rahmen des NHAP 2004-2008 teilweise erfolgreich war. Um den Herausforderungen, die in Kapitel 2 umrissen wurden, gerecht zu werden, empfiehlt das Expertengremium, dass das BAG die Prioritäten und Ansätze der primären Prävention überdenkt. Die Prioritäten sollten klar auf jenen Präventionsaktivitäten liegen, die auf am stärksten betroffenen Bevölkerungsgruppen abzielen. Daher sollte die Primärprävention in erster Linie auf selbstdefiniert schwule Männer und andere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) zielen, ebenso wie auf Migranten, die aus Hochprävalenzländern stammen. Zudem sollte die HIV-Prävention systematisch in einen integrierten Ansatz der sexuellen Gesundheit eingebettet werden. Das Gremium begrüsst den umfassenden Ansatz zur Förderung der sexuellen Gesundheit, den die „Vision zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit 2010“ (BAG 2006) vorgeschlagen hat. Darin wird zwischen den fünf Kernpunkten der psychosexuellen Entwicklung, der reproduktiven Gesundheit, dem

sexuellem Wohlbefinden, STIs und sexueller Gewalt differenziert. Diese Herangehensweise sollte trotz institutioneller und struktureller Barrieren im föderalen System der Schweiz weiterverfolgt werden. Das Internet und andere neue Medien bieten neue Möglichkeiten der Primärprävention und könnten in stärkerem Masse benutzt werden.

4.1 Empfehlungen zur Primärprävention für schwule Männer und andere MSM

In der Schweiz stieg die Anzahl neuer HIV-Infektionen bei MSM von 174 im Jahr 2004 auf 334 im Jahr 2008. Dies bedeutet nicht nur einen Anstieg in absoluten Zahlen, sondern auch im Vergleich mit anderen Übertragungsarten: im Jahr 2004 betrafen 23.5% aller neu diagnostizierten HIV-Infektionen MSM, in 2008 stieg dieser Anteil auf 43%. Daher ist diese Bevölkerungsgruppe in der Schweiz durch HIV-Infektionen am stärksten betroffen.

4.a Die Prävention bei schwulen Männern und anderen MSM muss verstärkt werden.

Die Schweizer HIV-Politik sollte den Präventionsaktivitäten in dieser Bevölkerungsgruppe höchste Priorität einräumen. Das Expertengremium anerkennt die verschiedenen Aktivitäten der AHS und ihrer Partnerorganisationen in diesem Feld. Die Experten sind aber nicht überzeugt, dass die unternommenen Anstrengungen ausreichend innovativ sind. Es geht nicht um die Anzahl von Aktivitäten oder neuen Internetseiten, sondern um das Fehlen eines systematischen Ansatzes, der die Muster des Risikoverhaltens berücksichtigt – sowohl in Bezug auf die Untergruppen der MSM als auch auf die unterschiedlichen Risikosituationen. Zur Erarbeitung eines solchen systematischen Präventionsansatzes könnten unterschiedliche Quellen genutzt werden, wie beispielsweise die verhaltensorientierten Surveillance-Indikatoren oder die Anzahl neu diagnostizierter HIV-Infektionen bei MSM. Daher empfiehlt das Expertengremium, dass die Prävention bei MSM, und insbesondere bei selbstdefiniert schwulen Männern, gestärkt werden muss.

4.b Entwicklung einer umfassenden und kohärenten Präventionsstrategie für schwule Männer und andere MSM.

Das Expertengremium konstatiert das Fehlen einer umfassenden und in sich schlüssigen nationalen Präventionsstrategie für MSM und andere schwule Männer. Im Oktober 2009 wurde dem Gremium von der Geschäftsstelle der AHS ein Dokument mit dem Titel „MSM-Strategie“ übermittelt. Allerdings ist dieses Papier lediglich ein Planungsdokument und keine schlüssige Strategie. Die Aktivitäten der AHS und ihrer Partnerorganisationen sind vielschichtig, aber sie vermitteln eher einen additiven als einen strategischen Eindruck. Die benötigte Strategie für MSM würde hingegen aufzeigen, wie die verschiedenen präventiven Ansätze zueinander in Beziehung stehen und wie die Herausforderungen, die in Kapitel 2 erwähnt wurden, angegangen werden könnten.

(1) Zunächst sollte eine nationale Strategie für schwule Männer und andere MSM den Begriff „medizinische Prävention“ präzisieren. Dieser Begriff wurde von den im Mai 2009 interviewten Akteuren oft verwendet. Die einfach zugänglichen, freiwilligen und gemeinschaftsbasierten Beratungs- und Test-Einrichtungen (die so genannten Checkpoints) in Genf und Zürich scheinen eine wichtige und innovative Triebkraft hinter dem Konzept der „medizinischen Prävention“ zu sein. Der Checkpoint Zürich bietet die umfassendsten Dienstleistungen, was die „Post Expositions-Prophylaxe“ (PEP), HIV- und STI-Tests und -Behandlung sowie die psychologische Betreuung und Beratung angeht. Ausserdem lancierte der Checkpoint Zürich im Jahr 2007 den mobilen Checkpoint, mit dessen Hilfe HIV-Tests vor Ort bei Sex-Parties, in Darkrooms oder Saunen angeboten werden können. Das Expertengremium begrüsst diese Entwicklungen, betont aber die Notwendigkeit, die Rolle der Checkpoints in der nationalen Strategie klarer herauszustellen und das Konzept der so genannten „medizinischen Prävention“ weiter zu entwickeln. Dieses Konzept sollte aufzeigen, wie die Verhaltensprävention, gemeinschaftsbasierte Ansätze und die Prävention durch das „medizinische“ System kombiniert werden können. Weil dieser Ansatz die Instrumente der Prävention auf neue Art und Weise kombiniert, muss er durch wissenschaftliche Forschung begleitet und evaluiert werden.

(2) Als Zweites müssen die Konsequenzen des ‚Statements‘ der Eidgenössischen Kommission für AIDS-Fragen (EKAF) (Vernazza et al. 2008), die Verfügbarkeit von PEP sowie das Wissen über Primoinfektionen im Rahmen einer umfassenden MSM-Präventionsstrategie berücksichtigt werden. Die EKAF ist eine ausserparlamentarische Kommission, eingesetzt durch den Schweizer Bundesrat, der dem BAG strategische und professionelle Unterstützung gewährt. In ihrem Statement erklärt die EKAF, dass HIV-positive Personen, die nicht unter anderen STIs leiden und die sich ausserdem in einer effektiven antiretroviralen Therapie befinden, sexuell nicht ansteckend sind (Vernazza et al. 2008).

(3) Hinsichtlich der Verhaltensprävention sollte die MSM-Strategie zudem die Effektivität der verschiedenen Risikoreduktionsstrategien berücksichtigen, wie zum Beispiel ‚serosorting‘, strategische Positionierung, Coitus Interruptus etc, die anscheinend bei MSM gängige Praktiken sind.

(4) Als vierter Punkt sollte eine umfassende MSM-Präventionsstrategie klar zwischen verschiedenen Gruppen von MSM unterscheiden, wie zum Beispiel selbstdefiniert schwule Männer, bisexuelle Männer und männliche Sexarbeiter (MSW), aber auch zwischen verschiedenen Altersgruppen und sexuellen Vorlieben.

(5) Letztlich sollte eine MSM-Strategie auch strukturelle Prävention beinhalten, um Diskriminierung und Stigmatisierung zu verhindern. Ebenso sollte die Bereitstellung von Präventionsmaterialien an Orten sichergestellt sein, wo sexuelle Kontakte stattfinden. Das Expertengremium begrüsst die Einführung und Implementierung der Charta der Minimalstandards für schwule Veranstaltungsorte durch den Verein Gaybetriebe Schweiz (VEGAS). Es anerkennt zudem die unternommenen Anstrengungen, um juristische und soziale Diskriminierungen zu

verhindern. Das Gremium empfiehlt, diese Initiativen zu stärken und neue Ansätze zu entwickeln. Das Expertengremium hat mit Interesse die beginnende Differenzierung in der Präventionsarbeit mit Männern in Genf verfolgt, wo Dialogai künftig selbstdefiniert schwule Männer anvisieren könnte und die Groupe SIDA Genève voraussichtlich Präventionsbotschaften für MSM in ihre allgemeinen Präventionskampagnen integriert. Diese Differenzierung präventiver Aktivitäten und die dazugehörige Arbeitsteilung sollte aktiv weiterverfolgt werden. Der Effekt dieser Arbeitsteilung sollte zudem überprüft werden.

Eine solch umfassende und kohärente MSM-Präventionsstrategie sollte sich auf Surveillance- und Forschungsdaten stützen können und den Einbezug der ‚gay community‘ und weiteren MSM-Gruppen, wie beispielsweise MSW, fördern. Diese Präventionsstrategie würde kohärente Präventionsbotschaften generieren und die strukturelle Prävention verbessern, um schliesslich das individuelle Schutzverhalten zu aktivieren und zu unterstützen.

4.c Partizipative Ansätze sollten gestärkt werden.

Die Mitglieder des Expertengremiums sind der Auffassung, dass partizipative Ansätze gestärkt werden sollten – einerseits, um die Präventionsaktivitäten im Bereich MSM zu implementieren, andererseits, um diese weiter zu entwickeln. Zudem sollten die partizipativen und/oder gemeinschaftsbasierten Ansätze an die sich ändernden Strukturen und Charakteristika der Untergruppen der ‚gay community‘ angepasst werden. Das Gremium erkennt die Problematik, dass die progressive Professionalisierung der HIV-Arbeit solchen Initiativen entgegenstehen könnte. Trotzdem empfiehlt das Gremium, die Einbindung der ‚gay community‘ als eine Verpflichtung anzusehen, die durch weitere sozialwissenschaftliche Forschung (vor allem partizipative, gemeinschaftsbasierte Forschung) unterstützt werden sollte. Die Internetseite www.loge70.ch – entwickelt durch die Vereinigung Loge 70, die AHS sowie die Aids-Hilfe Zürich – wird als gutes Beispiel für solch eine Initiative angesehen.

4.d Botschaften und Massnahmen sollten stärker auf die verschiedenen Untergruppen der ‚gay community‘ und auf die unterschiedlichen Kontexte des Risikoverhaltens ausgerichtet werden.

Primärprävention für schwule Männer sollte die Diversität dieser Zielgruppe widerspiegeln und kontextuelle Faktoren wie regionale, lokale und altersspezifische Unterschiede in Bezug auf den Lebensstil, auf mögliche Treffpunkte, auf die Ethnizität, den Drogengebrauch, die psychische Gesundheit und auf andere Faktoren (z.B. ‚serosorting‘) berücksichtigen, welche das Risikoverhalten beeinflussen. Spezifische Präventionsbotschaften sollten wissenschaftlich fundiert sein und die verschiedenen Strategien der Risikoreduktion berücksichtigen, die in den Untergruppen praktiziert werden. Beispielsweise sollte man den möglichen Effekt einer Differenzierung der Präventionsbotschaften bedenken und sie besser auf unterschiedliche Altersgruppen ausrichten.

4.e Das Potential des Internets und anderer neuer Medien sollte stärker beachtet und besser verwendet werden.

Das Expertengremium anerkennt, dass das BAG und die AHS das Internet erfolgreich für die Prävention nutzen konnten (z.B. www.drgray.ch). Das Internet und die anderen neuen Medien sollten als ein neuer Raum für HIV-Prävention verstanden werden, der sogar noch intensiver genutzt werden könnte. Das Internet ist für schwule Männer ein wichtiges Instrument für die Suche nach Sexpartnern geworden. Die Forschung zeigt, dass eine grosse Nachfrage besteht, das Internet noch stärker für Präventionsaktivitäten zu nutzen.

4.2 Empfehlungen zur Primärprävention für Migranten aus Subsahara-Afrika

Probleme im Zusammenhang mit Migration und HIV sind vielfältig und komplex. Migranten sind besonders stark durch HIV betroffen: Zum einen besteht die Möglichkeit, dass sie aus Hochprävalenzländern kommen. Zum anderen weisen Migranten durch den Migrationsprozess an sich ein höheres Risiko einer HIV-Infektion auf. Der Zugang zur Prävention, zu Tests und zu Behandlung kann für diese Bevölkerungsgruppen durch soziale, kulturelle oder sprachliche Barrieren oder aufgrund ihrer (fehlenden) Aufenthaltsbewilligung erschwert werden. Stigmatisierung und Diskriminierung verschlimmert die Vulnerabilität von Migranten noch zusätzlich. Ausserdem werden oft wichtige Fragen ausser Acht gelassen, die nicht das Individuum, sondern seine gesamte Familie umfassen. Es stellt sich zum Beispiel die Frage, wie man sich um HIV-infizierte Kinder kümmert oder es besteht das Problem von Familienangehörigen, die in verschiedenen Ländern leben und unterschiedlichen Zugang zur Behandlung haben. Das Panel unterstreicht, dass die Schweizer Politik, bei der Einwanderung und beim Aufenthalt nicht nach HIV-Status zu diskriminieren und für jeden Menschen unabhängig von seinem legalen Status den Zugang zu Beratung, Test und Krankenversorgung zu gewährleisten, eine unverzichtbare Voraussetzung für einen humanen und effektiven Umgang mit der HIV-Infektion darstellt.

4.f AFRIMEDIA: Die Prävention für Migranten aus Subsahara-Afrika sollte verstärkt werden.

In der Schweiz ist HIV besonders bei Migranten aus Ländern in Subsahara-Afrika konzentriert, die eine allgemeine AIDS-Epidemie aufweisen. Seit 2002 spricht das vom BAG finanzierte Projekt AFRIMEDIA gezielt Migranten aus diesen Ländern an. Bis ins Jahr 2006 wurde AFRIMEDIA in Zusammenarbeit zwischen dem Schweizer Roten Kreuz und dem Schweizerischen Tropeninstitut umgesetzt, danach wurde das Projekt der AHS übergeben. AFRIMEDIA vertritt einen partizipativen Ansatz, der auf der Beteiligung von Schlüsselpersonen aus dem Umfeld der Migranten, wie die Leiter religiöser Gruppen, beruht. Momentan wird

das Programm durch lokale Gruppen der AHS in sieben Kantonen umgesetzt (Freiburg, Bern, Genf, Neuenburg, Waadt und Zürich) (Tshibangu 2007).

Aufgrund der Projektdokumentation, der durchgeführten Evaluation von AFRIMEDIA (Hammer et al. 2006) und dem Treffen mit dem Projektkoordinator hält das Expertengremium den Ansatz von AFRIMEDIA für geeignet und viel versprechend in Hinblick auf die Bereitstellung primärer Präventionsmassnahmen innerhalb der Migrantengemeinschaften. Falls die Anzahl neuer HIV-Diagnosen bei Migranten aus anderen Regionen steigen sollte (z.B. aus Osteuropa, Südostasien oder der Karibik), müssten ähnliche Präventionsprojekte auch für diese Gemeinschaften etabliert werden.

Das Expertengremium ist der Meinung, dass AFRIMEDIA ein kleines und fragiles Programm darstellt, das fortgeführt und erweitert werden sollte. Dazu hat das Gremium drei Empfehlungen formuliert, die AFRIMEDIA stärken könnten.

4.g Als oberste Priorität sollte sich AFRIMEDIA darauf konzentrieren, das Stigma zu reduzieren, welches HIV in den Migrantengruppen umgibt.

Das Expertengremium ist sich der Tatsache bewusst, dass die Aktivitäten von AFRIMEDIA darauf abzielen, das Stigma zu reduzieren, welches HIV generell und innerhalb dieser Zielgruppe umgibt. Dazu initiiert und unterstützt AFRIMEDIA Selbsthilfe-Netzwerke für HIV-positive Personen. Die Stigmatisierung kann unter Umständen nicht nur zur Isolation der betroffenen Personen führen, sondern auch die effektive Prävention, ein frühes Testen und eine rasche Behandlung behindern. Daher betont das Expertengremium die grosse Notwendigkeit, das Stigma von HIV zu reduzieren. Dies soll durch Diskussionen in der Gemeinschaft, die Beteiligung religiöser und anderer wichtiger Persönlichkeiten, die Unterstützung von Migranten, die offen über ihre HIV-Infektion sprechen, Verbindungen zu Schweizer HIV-Organisationen und durch den Einbeziehung von Treffpunkten dieser Migrantengruppen geschehen.

4.h AFRIMEDIA sollte seinen partizipativen Ansatz stärken.

Das Expertengremium hat den Eindruck, dass AFRIMEDIA das Potential sozialer Institutionen in den Migrantengemeinschaften (religiöse und kulturelle Institutionen, Sportklubs, Geschäfte, etc.) nicht ausreichend mobilisieren konnte, was auf einen Mangel an Ressourcen zurückzuführen ist. Durch den verstärkten Einbezug solcher Institutionen könnten die Zielgruppen effektiver erreicht werden. Zudem könnten diese Institutionen in besonderem Masse dazu beitragen, das HIV-Stigma zu reduzieren. Das Gremium empfiehlt daher, dass dieser partizipative Ansatz gestärkt wird und als erster Schritt eine Bestandesaufnahme möglicher sozialer Institutionen erarbeitet werden könnte.

4.i AFRIMEDIA sollte erwägen, seinen Fokus zu erweitern.

Es ist sehr gut möglich, dass HIV nicht das dringendste Problem der Migranten aus Subsahara-Afrika ist. Falls sie das Gefühl entwickeln, dass sich Schweizer Institutionen nur im Zusammenhang mit HIV für sie interessieren, könnte dies die Effektivität der Präventionsmassnahmen einschränken. AFRIMEDIA könnte seinen Ansatz auch auf andere Gesundheitsthemen, besonders auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit, ausweiten oder sogar andere soziale Probleme wie Wohnungssuche oder Integration abdecken. Diese Aktivitäten sollten aber nicht auf Kosten der Massnahmen zur Stigma-Reduktion implementiert werden.

4.j Prävention, Beratung und Testung für Asylsuchende sollten aufrecht erhalten werden.

In den vergangenen vier Jahren haben das BAG und das Bundesamt für Migration (das frühere Bundesamt für Flüchtlinge) ihre Präventionsaktivitäten intensiviert. Dazu zählen freiwillige Beratungen und ein freiwilliger HIV-Test für Asylsuchende. Neues Präventionsmaterial wurde produziert und niederschwellige Einrichtungen etabliert. Ausserdem konnten regelmässige HIV-Informationsveranstaltungen von lokalen AHS-Einheiten in den Flüchtlingsunterkünften organisiert werden. Das Expertengremium unterstützt diese Aktivitäten, hat aber Schwierigkeiten, die Qualität und den Umfang solcher Aktivitäten zu bewerten. Daher empfiehlt das Gremium die Evaluierung dieser Präventionsanstrengungen und – abhängig von den Resultaten der Untersuchungen – ihre Fortführung und Ausweitung.

4.3 Empfehlungen zur Primärprävention für IDUs

Seit Mitte der 1980er Jahre wurden von Schweizer Städten und Kantonen Massnahmen der Schadensminderung implementiert, um den akuten Problemen, die der intravenöse Gebrauch von Drogen mit sich brachte, und der Verbreitung von HIV entgegenzutreten. Diese Massnahmen der Schadensminderung beinhalten sowohl gesundheitliche Massnahmen (z.B. Verteilung und Austausch von Spritzen, Einrichtungen für den beaufsichtigten Drogenkonsum, Methadon- und Heroinprogramme) als auch soziale Massnahmen (z.B. Kontakt und Beratung sowie Hilfe beim Finden von Beschäftigung und Unterkunft). Seit Beginn der 1990er Jahre hat die Anzahl neuer HIV-Diagnosen bei IDUs stark abgenommen – ebenso wie ihr Risikoverhalten (BAG 2009: 92). Auf nationaler Ebene sind die Massnahmen der Schadensminderung eingebettet in das Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Das Programm wird von der Sektion Drogen des BAG unterstützt und koordiniert.

4.k Die Präventionsaktivitäten für IDUs sollen weitergeführt werden.

Gestützt auf epidemiologische Informationen und Beobachtungsdaten (Zobel et al. 2003, Dubois-Arber et al. 2008), auf die Evaluierung von Zobel und Dubois-Arber (2004, 2006) und auf die Interviews von Mai 2009 erachtet das Expertengremium die Schweizer Primärprävention für IDUs als eine Erfolgsgeschichte – jedenfalls in Bezug auf die HIV-Infektionen, allerdings nicht so sehr in Bezug auf Hepatitis C. Das Gremium ist überzeugt, dass diese Erfolge nur durch eine Weiterführung der Massnahmen der Schadensminderung aufrechterhalten werden können. Die Beobachtung der IDU-Population ist weiterhin entscheidend und sollte fortgeführt werden.

4.4 Empfehlungen zur Primärprävention für die Allgemeinbevölkerung

Das BAG benutzt schätzungsweise 28% (CHF 2.4 Mio.) seines jährlichen HIV-Präventionsbudgets für die Präventionskampagne, die sich an die Gesamtbevölkerung richtet. Das Expertengremium erwog, ob sich die „LOVE LIVE STOP AIDS“-Kampagne dahingehend weiterentwickeln sollte, dass sie auch kurzfristige Herausforderungen berücksichtigen kann. Die Mitglieder waren sich grundsätzlich einig, dass die Kampagne weitergeführt und ihre drei fundamentalen Funktionen, die im NHAP 2004-2008 festgehalten sind, erfüllt werden sollten (BAG 2003: 20): 1) Die Kampagne informiert die breite Öffentlichkeit und motiviert zu höherem Schutzverhalten. 2) Sie macht eine gut sichtbare politische Aussage, dass AIDS ein Problem nationaler Bedeutung ist, welches ernst genommen werden muss. 3) Sie schafft eine gemeinsame Marke für Präventionsaktivitäten und unterstützt die Partner des BAG in ihren Anstrengungen auf lokaler Ebene.

4.l Die Kampagne für die Allgemeinbevölkerung sollte sich stärker an der Förderung von sexueller Gesundheit ausrichten.

Im Jahr 2005 wurde die neue Kampagne „LOVE LIVE STOP AIDS“ lanciert. Damit sollen positive sexuelle Erfahrungen wiedergespiegelt und der neue Schwerpunkt der Förderung der sexuellen Gesundheit betont werden. Das Expertengremium begrüsst sowohl diese Anstrengungen als auch die „Vision sexueller und reproduktiver Gesundheit 2010“ (BAG 2006) und empfiehlt, dass das BAG einen umfassenden Ansatz bezüglich sexueller Gesundheit entwickelt und implementiert. Ein solcher Ansatz würde nicht nur spezifische HIV-Präventionsaktivitäten beinhalten, sondern auch auf andere STIs abzielen. Das Expertengremium ist sich der Tatsache bewusst, dass der Bereich der sexuellen Gesundheit in der Schweiz Teil der Gesundheitspolitik ist und somit in die Zuständigkeit der Kantone fällt. Zudem wird die Förderung der sexuellen Gesundheit in der politischen Diskussion nicht als prioritär wahrgenommen. Das Gremium weist daraufhin, dass die Schweizer Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit (PLANeS) mit ihren regionalen Beratungszentren für Familienplanung,

Schwangerschaft, Sexualität und Sexualpädagogik am ehesten in der Lage ist, einen umfassenden Ansatz zur Förderung der sexuellen Gesundheit für die Gesamtbevölkerung zu erarbeiten und zu implementieren. Deshalb schlägt das Expertengremium vor, dass das BAG PLANeS in die weitere Entwicklung der „LOVE LIFE STOP AIDS“-Kampagne einbezieht.

4.m Die allgemeine Kampagne sollte stärker auf verschiedene Bevölkerungsgruppen ausgerichtet sein.

Um der Heterogenität der Gesamtbevölkerung gerecht zu werden, empfiehlt das Gremium, die Kampagne stärker auf die verschiedenen Bevölkerungsgruppen auszurichten. Dies unter Berücksichtigung von sexuellen, kulturellen, sozialen und lokalen Unterschieden. Das Expertengremium weist besonders auf den Mangel von sichtbaren Strategien hin, die einen klaren Bezug zu Migrant*innen herstellen.

4.n Aktivitäten, die auf die Verbesserung der Sexualpädagogik in Schulen abzielen, sollten beibehalten werden.

Schweizer Schulen behandeln das Thema sexuelle Gesundheit (Spencer et al. 2001). Der Umfang des Themas und die Art und Weise, wie die Sexualpädagogik organisiert ist, variiert allerdings von Kanton zu Kanton. Es gibt keine Daten über die Qualität der Sexualerziehung, weswegen das Gremium Schwierigkeiten hatte, die momentane Situation in Schweizer Schulen zu beurteilen.

Unter Berücksichtigung des föderalen Aufbaus des Schweizer Schulsystems empfiehlt das Expertengremium dem BAG, das nationale „Kompetenzzentrum Sexualpädagogik und Schule“ zu unterstützen, das der Fachhochschule Zentralschweiz angegliedert ist. Ausserdem regt das Gremium an, eine auf die Schulen ausgerichtete Evaluierung der Sexualerziehung in den Kantonen durchzuführen.

4.o Primärprävention, die sich an Sexarbeiterinnen richtet, sollte auf die Verschiedenheit der jeweiligen Kontexte zugeschnitten sein.

Sexarbeiterinnen sind aus juristischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Gründen eine besonders gefährdete Gruppe und tragen somit ein höheres Infektionsrisiko. Das Expertengremium empfiehlt die Weiterführung der bestehenden Präventionsaktivitäten. Die Projekte, die sich an Sexarbeiterinnen („ApiS“) und ihre Kunden („Don Juan“) richten, werden als geeignet betrachtet und sollten intensiviert werden. Zudem müsste die Implementierung dieser Projekte geografisch ausgeweitet und innovativere Herangehensweisen entwickelt werden, um besser auf die Bedürfnisse dieser heterogenen und mobilen Bevölkerungsgruppe eingehen zu können, die für die Prävention nur schwer zu erreichen ist.

5 Medizinische Versorgung

Die Empfehlungen bezüglich medizinischer Versorgung fokussieren auf den Zugang zu HIV-Test und -Diagnose, den Zugang zu medizinischer Behandlung und Pflege sowie die Vermeidung von Behandlungsabbrüchen.

5.1 Empfehlungen zum Zugang zu HIV-Test, -Diagnose und Behandlung

5.a Der freie Zugang zu medizinischer Versorgung muss – unabhängig vom legalen Status – gewährleistet sein.

In der Schweiz ist die Krankenversicherung obligatorisch für alle Bürger. Die hochaktive anti-retrovirale Therapie (HAART) gehört zum Leistungskatalog, der durch die obligatorische Krankenversicherung abgedeckt ist. Daher hat prinzipiell jede HIV-positive Person in der Schweiz ein Recht auf die Therapie. Dies gilt auch für Migranten ohne Aufenthaltsbewilligung. Die Krankenkassen dürfen keine Bedingungen bezüglich Alter, Geschlecht oder Gesundheitszustand an die Versicherungsleistung knüpfen – jedenfalls soweit dies die obligatorische Krankenversicherung betrifft. Und sie sind zu Stillschweigen verpflichtet.

Die Schweiz kennt keine Einschränkungen hinsichtlich der Einwanderung, des Aufenthalts oder des Wohnorts von HIV-infizierten Personen. Es gibt keine Restriktionen bezüglich des Zugangs zur Krankenversicherung, keine obligatorischen HIV-Tests und der HIV-Status stellt für Ausländerinnen und Ausländer keinen Ausweisungsgrund dar. Gemäss den geltenden Gesetzen müssen Migranten unabhängig vom Aufenthaltsstatus Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten haben. Das Expertengremium betont die Wichtigkeit dieses inklusiven Ansatzes der Schweizer Regierung, nicht nach HIV-Status zu diskriminieren, und erachtet dies als unverzichtbare Voraussetzung für einen humanen und effektiven Umgang mit der HIV-Infektion.

5.b Der Zugang zu HIV-Test und -Diagnose für Migranten sollte erhalten und ausgedehnt werden.

In der Schweiz wird der Zugang zur Behandlung nicht durch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Risikogruppe oder die geographische Herkunft des Patienten beeinflusst (Keiser et al. 2004; Staehelin et al. 2003). Der entscheidende Punkt ist allerdings nicht der Zugang zur Behandlung, sondern zu HIV-Tests und -Diagnosen. Die Tatsache, dass Migranten bei einer HIV-Diagnose ein vergleichsweise weiter fortgeschrittenes Krankheitsbild aufweisen als andere Gruppierungen, zeigt, dass beim HIV-Test und -Diagnose immer noch Hindernisse bestehen. Allerdings ist diese Situation auch eine Folge davon, dass viele Migranten bereits unter einer fortgeschrittenen HIV-Erkrankung litten, als sie in die Schweiz einreisten. Staehelin et al. (2004) zeigen, dass 70% der Migranten aus Subsahara-Afrika und 50% der Süd-

ostasiaten, die mit HIV infiziert sind, sich sehr wahrscheinlich bereits vor ihrem Eintreffen in der Schweiz angesteckt haben.

In den vergangenen Jahren wurden verschiedene niederschwellige, auf Migranten ausgerichtete Institutionen etabliert. In etwa zwei Dritteln der Schweizer Kantone konnten spezielle medizinische Anlaufstellen für Asylsuchende und Migranten eingerichtet werden. In diesen Zentren wird keine Aufenthaltsbewilligung benötigt, um medizinisch versorgt zu werden. Zudem finden regelmässige Veranstaltungen in den Asylunterkünften der Kantone und Gemeinden statt, die sich auf die HIV-Problematik konzentrieren. Die Barrieren beim Zugang zu Tests und Diagnosen werden für Migranten also langsam, aber stetig abgebaut. Das Expertengremium empfiehlt, diese Entwicklung beizubehalten und sie finanziell zu unterstützen.

5.2 Empfehlungen für die HIV-Test-Politik in der Schweiz

5.c Das Expertengremium empfiehlt die Erarbeitung einer kohärenten HIV-Teststrategie.

Im Jahr 2007 hat das BAG eine Strategie der freiwilligen HIV-Beratung und -Testung (*Voluntary Counselling and Testing, VCT*) ins Leben gerufen, um Infektionen bereits in einem frühen Stadium zu erkennen. Diese Strategie richtet sich an die Gesamtbevölkerung. In den grössten Schweizer Städten sind zudem VCT-Zentren für die Zielgruppen der MSM und Migranten eingerichtet worden. Zusätzlich können HIV-Tests in jeder Arztpraxis durchgeführt werden. Für Zentren, die freiwillige HIV-Beratung und HIV-Tests anbieten, hat das BAG 2008 ein neuartiges Beratungs- und Datenverwaltungsinstrument namens BerDa (Beratungsleitfaden und Datenverwaltungssystem für VCT-Stellen) eingeführt (BAG 2008a). Dieses Instrument wurde zur Unterstützung der medizinischen Fachleute geschaffen, um stets qualitativ hoch stehende VCT-Beratung anbieten zu können und um die Empfehlungen des BAG korrekt umzusetzen. Gestützt auf einen Fragebogen über sexuelle Praktiken und Risikoverhalten, den der Klient ausfüllen muss, erstellt BerDa ein Risikoprofil, das den Berater im VCT-Zentrum schnell mit standardisierten Informationen versorgt. Das System strukturiert auch die ärztliche Beratung in den verschiedenen Stadien der Pre- und Posttest-Beratung. Das Expertengremium hält diesen Ansatz zur Verbesserung und Sicherstellung der Beratungsqualität für innovativ und viel versprechend. Falls künftige Evaluationen die höhere Qualität der Beratung bestätigen, sollte dieses Instrument beibehalten und weiter ausgebaut werden.

Neben den oben erwähnten freiwilligen Tests, die auf Wunsch des Klienten durchgeführt werden, gibt es auch spezifische Richtlinien für Ärzte zur Empfehlung von HIV-Tests in bestimmten Situationen. Zum Beispiel werden HIV-Tests systematisch schwangeren Frauen angeboten und Tuberkulose-Patienten empfohlen. Zusätzlich gibt es verschiedene andere Situationen (zum Beispiel das Vorliegen von anderen STIs, dem Pfeifferschen Drüsenfieber,

mukokutanen Läsionen, Exanthenen, kürzlich erhaltenen Bluttransfusionen, beim gemeinsamen Spritzengebrauch bei IDUs und bei sexuellem Risikoverhalten), bei denen das BAG den Ärzten rät, dringend einen HIV-Test zu empfehlen. Dieser Rat wird in Übereinstimmung mit den neu implementierten Empfehlungen zur HIV-Beratung und -Testung auf Initiative der Ärzteschaft (*Provider Initiated Counselling and Testing*, PICT) erteilt (BAG 2007). Das PICT-Konzept stellt auch Check-Listen zur Aufarbeitung der sexuellen Vergangenheit des Klienten zu Verfügung. Diese Listen umfassen die sexuelle Ausrichtung, das sexuelle Risikoverhalten, die Art der Partnerschaft, die Anzahl der Partner, den Drogenkonsum und sexuelle Gewalt. Das Expertengremium empfiehlt die Ausweitung von PICT, um die Anzahl später HIV-Diagnosen in den Hauptrisikogruppen zu senken. Frühe Diagnosen erhöhen die Möglichkeit von Prävention und Behandlung.

Dubois-Arber et al. (2003a) zeigen, dass sich die Einstellungen der Ärzte bezüglich der Abfrage von Infektionsrisiken von Patient zu Patient unterscheiden. Die Ärzte schenken Patienten grössere Aufmerksamkeit, wenn „ein offensichtliches“ Risiko besteht, mit HIV in Kontakt zu kommen (z. B. Drogenkonsumenten). Obwohl Patienten in „neutraleren“ Situationen (junge Patienten oder solche, die zur jährlichen Kontrolluntersuchung erscheinen) nicht vernachlässigt werden, erfahren sie selten die gleiche Behandlung wie „offensichtlich“ gefährdete Personen. Schliesslich werden Migranten nur selten daraufhin untersucht werden, wie gross ihr HIV-Infektionsrisiko. Leider gibt es seit der Studie von Dubois-Arber et al. (2003) keine aktuellen Daten, die nachweisen könnten, dass die Implementierung von PICT die Einstellungen der Ärzte grundsätzlich geändert hätte.

Das BAG stellt den Ärzten also Leitlinien zur Verfügung, um einen möglichen Kontakt mit HIV systematisch zu untersuchen. Das Problem besteht aber anscheinend in der Implementierung dieser Leitlinien. Daher schlägt das Expertengremium vor, die bereits existierenden Leitlinien in die Entwicklung einer umfassenden Teststrategie zu integrieren und ihre Umsetzung durch die Ärzte sicherzustellen. Einige entscheidende Elemente einer solchen Strategie werden untenstehend beschrieben.

5.d Bei HIV- und STI-Tests muss stets ein freiwilliges und informiertes Einverständnis seitens des Klienten vorliegen.

Vor der Lancierung der VCT-Strategie im Jahr 2007 organisierte das BAG eine breit angelegte Vernehmlassung bei allen relevanten Akteuren. Während dieses Prozesses konsolidierten die befragten Experten den bereits bestehenden Konsens, dass ein freiwilliges und informiertes Einverständnis seitens des Klienten eine notwendige Bedingung für HIV-Tests darstellt. Dieses Einverständnis ist notwendig, da ein positives Testresultat schwerwiegende und weitreichende Konsequenzen für die betroffene Person hat – nicht nur in medizinischer, sondern auch in psychosozialer Hinsicht.

Das Expertengremium betont deshalb, dass HIV-Tests immer auf freiwilliger Grundlage durchgeführt werden sollten. Routinetests ohne vorheriges Einholen der Erlaubnis und gesetzlich verordnete Tests für spezifische Zielgruppen sollten nicht in Erwägung gezogen werden.

5.e HIV-Tests sollten kostenlos oder zum niedrigmöglichen Preis angeboten werden.

Momentan sind HIV-Tests in der Schweiz nur kostenfrei, wenn sie im Rahmen einer medizinischen Diagnose stattfinden. In diesem Fall werden die Kosten von der Krankenversicherung getragen. In allen anderen Fällen müssen die Testkosten vom Patienten bezahlt werden. Dies untergräbt die Gebote von 'public health' und die Schwerpunktsetzung auf der Prävention. Ausserdem weicht diese Praxis stark von den Gepflogenheiten in anderen Ländern ab. Das Expertengremium empfiehlt daher, die Kosten für HIV-Tests so niedrig wie möglich zu halten oder die Tests kostenlos anzubieten. Diese Forderung muss zwischen dem BAG und den Schweizer Krankenversicherungen diskutiert werden. In jedem Fall sollte die jetzige Praxis zahlreicher Test-Institutionen, in gewissen Fällen auf die Rechnungsstellung zu verzichten, aufrechterhalten und finanziell unterstützt werden. Der Zugang zu HIV-Tests sollte für ökonomisch benachteiligte Personen auf keinen Fall erschwert sein.

5.f Es müssen konkrete Leitlinien für Ärzte zur Erfassung der sexuellen Vergangenheit ihrer Patienten erarbeitet und implementiert werden.

Um keine Test-Möglichkeiten zu verpassen, sind präzise Leitlinien für Ärzte zur Erfassung der sexuellen Vergangenheit ihrer Patienten notwendig. Diese Leitlinien sollten nicht nur die wichtigen Symptome und Krankheiten abdecken, die einen HIV-Test nötig machen, oder eine Check-Liste für das sexuelle Risikoverhalten beinhalten. Vielmehr sollten sie detaillierte Anweisungen geben, wie über die sexuelle Vergangenheit des Patienten gesprochen werden kann und wie das Infektionsrisiko angemessen eingeschätzt werden kann. Gemäss einer Studie von Dubois-Arber et al. (2003a), bei der Ärzte in einer hypothetischen Situation mit einem jungen Patienten mit nicht akuten Gesundheitsproblemen konfrontiert wurden, untersuchte nur die Hälfte dieser Ärzte die sexuelle Vergangenheit des Patienten.

Selbst bei scheinbar harmlosen Gesundheitsproblemen bei Personen mit einem geringen HIV-Ansteckungsrisiko sollten Ärzte ermutigt werden, die sexuelle Vergangenheit ihrer Patienten zu beleuchten. Dazu benötigen sie hilfreiche und präzise Leitlinien. Das neu implementierte PICT (BAG 2007) könnte eine solche Richtlinie darstellen. Zudem könnte auch das Beratungs- und Datenverarbeitungssystem BerDa, welches bisher nur in VCT-Zentren eingesetzt wird, von Ärzten in privaten Praxen adaptiert und eingesetzt werden. Beide Instrumente müssen evaluiert und einander gegenübergestellt werden, um schliesslich konkrete und hilfreiche Leitlinien entwickeln zu können, welche die sexuelle Vergangenheit der Patienten erfassen – diese Leitlinien müssen zudem auf die verschiedenen Test-Institutionen zugeschnitten werden.

5.3 Empfehlungen für eine umfassende Behandlung und eine Vermeidung von Therapieabbrüchen

5.g Mit massgeschneiderter medizinischer Betreuung und Pflege sollen Behandlungsabbrüche verhindert und das individuelle Wohlbefinden gesteigert werden.

Eine erfolgreiche medizinische Behandlung erfordert massgeschneiderte Lösungen für alle Patienten, Betreuungskontinuität und die Berücksichtigung des Gefühlslebens der Patienten, sowie ihrer Lebensqualität und ihrer Sexualität.

Die Erfahrungen mit HAART deuten darauf hin, dass die Kontinuität der Therapie („adherence to therapy“) wohl der wichtigste Faktor ist, um HIV erfolgreich zu behandeln (WHO 2003). Um eine hohe Kontinuität zu gewährleisten, ist es entscheidend, dass die medizinische Versorgung umfassend ist und individuell massgeschneiderte Lösungen bestehen. In der Behandlung HIV-positiver Personen spielen nicht nur die medizinischen Dienstleistungen, sondern auch die Kommunikation über die Lebensqualität der betroffenen Personen und über ihre Sexualität eine grosse Rolle. Daher ist die Vermeidung von Behandlungsabbrüchen nicht nur eine individuelle Verantwortung, sondern auch eine Verantwortung des gesamten Gesundheitssystems.

Selbständige Ärzte zeigen sich normalerweise interessiert an einer hohen Therapiekontinuität. Aber leider zeigen sie nicht viel Interesse bezüglich anderer Faktoren, wie dem emotionalen Leben des Patienten (Dubois-Arber 2003a: 53). Nur zwei Drittel der Ärzte interessieren sich für den Effekt der Therapie auf das Familien- und Arbeitsleben des Patienten (61% bzw. 66%). Nur ein Drittel der Ärzte sprach, beim ersten Termin, über das Sexualleben des Patienten. Ebenso wollte nur ein Drittel der Ärzte Näheres zum emotionalen Leben und zum Schutzverhalten des Patienten wissen. So haben es die Ärzte verpasst, Informationen zu erheben, die für den weiteren Verlauf der Krankheit essentiell sein könnten.

Weil die HIV-Infektion eine lebenslang bedrohliche und chronische Krankheit darstellt, die viele Lebensbereiche beeinflusst, wird ein umfassender Pflegeansatz zur Unterstützung der betroffenen Personen benötigt. Dazu gehört auch die Besprechung des Problems einer möglichen HIV-Übertragung auf den jeweiligen Sexualpartner.

5.h Es ist notwendig, die Anreizstrukturen für Ärzte und Patienten zu ändern, um die Therapiekontinuität zu steigern und Behandlungsabbrüche zu verhindern.

Es ist eine bekannte Schwäche des Schweizer Gesundheitssystems, dass chronisch kranke Personen nicht optimal unterstützt werden, was auf fehlende Anreize im Krankenversicherungsgesetz zurückzuführen ist. Da die Therapiekontinuität nicht nur ein Anliegen der betroffenen Personen, sondern auch des öffentlichen Gesundheitswesens sein sollte, muss die Schaffung geeigneter Anreize für Patienten und Ärzte in Betracht gezogen werden. Die Ge-

setzung sollte den Ärzten starke Anreize bieten, um zu verhindern, dass die Patienten die Behandlung abbrechen. Das Expertengremium empfiehlt dem BAG, das Phänomen des Therapieabbruchs in Zusammenarbeit mit den betroffenen Organisationen und den Krankenversicherungen zu untersuchen.

5.i Es ist notwendig, der Erfassung des Sexualverhaltens und der sexuellen Vergangenheit von HIV-infizierten Personen stärkere Beachtung zu schenken – zum Zweck der sekundären Prävention.

Innerhalb der SHCS wurde im April 2000 ein kurzer Fragebogen zum sexuellen Verhalten eingeführt. Den Patienten wurden Fragen bezüglich des geschützten bzw. ungeschützten Geschlechtsverkehrs gestellt (ohne dabei zwischen vaginaler, oraler oder analer Penetration zu unterscheiden). Weiter erhoben wurden Angaben zur Art der Partnerschaft (feste oder gelegentliche Partner) und zum Serostatus des festen Partners. Abgesehen von dieser Umfrage gibt es in der Schweiz keine systematische Untersuchung des Sexualverhaltens oder der sexuellen Vergangenheit von HIV-infizierten Personen. Anstatt eine systematische Erfassung dieser Fragen zu institutionalisieren, variiert die Erhebung des Sexualverhaltens und der sexuellen Vergangenheit der Patienten von Arzt zu Arzt.

Um die sekundäre Prävention weiter zu fördern, ist es notwendig, Präventionsstrategien stärker mit HIV-positiven Personen zu diskutieren und dabei den emotionalen Zustand des Patienten, die aktuelle Beziehung und das soziale und sexuelle Verhalten zu berücksichtigen. Dazu muss ein systematischer Ansatz entwickelt werden.

5.j Es ist entscheidend, den primären Partner in die Behandlung und Pflege einzubeziehen.

Das Expertengremium ist der Ansicht, dass der Einbezug des primären Partners ins medizinische Umfeld einen zusätzlichen Beitrag zu einer erfolgreichen Behandlung und Pflege sowie zu einer hohen Therapiekontinuität leisten kann. Die Arbeit mit Paaren ist auch von grossem Wert in Bezug auf sekundäre Prävention. Besonders Paare, bei denen eine Person bereits mit HIV infiziert ist, könnten wertvolle Unterstützung von ihren Ärzten erhalten, um mit dem HIV-Risiko zurechtzukommen und mit schwierigen Situationen umzugehen.

6 Positive Prevention³

Seit der Verfügbarkeit von HAART ist die Lebensdauer von HIV-infizierten Personen drastisch angestiegen – HIV ist zu einer chronischen Krankheit geworden. Da HIV-positive Personen länger leben, wird nun die sekundäre Prävention wichtiger. Zudem ist es eine zentrale Aufgabe der heutigen HIV-Politik, auf die besonderen Bedürfnisse HIV-positiver Individuen einzugehen und sich mit Formen von Stigmatisierung und Diskriminierung zu befassen. Die Medikalisierung der HIV-Infektionen geht einher mit einer steigenden Anzahl von Patienten, die nun für sich selber sprechen wollen, anstatt immer nur gesagt zu bekommen, was sie zu tun haben. Deshalb zielt *Positive Prevention* darauf ab, das Selbstbewusstsein, das Vertrauen und die Fähigkeiten HIV-positiver Personen zu stärken, damit sie ihre eigene Gesundheit schützen können und das Virus nicht auf andere Menschen übertragen (International HIV/AIDS-Alliance 2007: 4). Bis jetzt hat das NHAP 2004-2008 hinsichtlich HIV-positiver Personen seinen Fokus auf die „Solidarität mit infektionsgefährdeten, infizierten und kranken Menschen“ (Kerngeschäftsfeld 3) sowie auf eine „individuelle Prävention und Beratung“ (Interventions-Ebene 3) gerichtet (BAG 2003). Mit der Ausdehnung des Programms bis 2010 wurden die drei Interventionsebenen in Achsen umbenannt. Die dritte Achse beinhaltet nun eine Verhinderung von HIV-Übertragungen bei serodifferenten Paaren (www.bag.admin.ch, August 2009). Das Konzept von *Positive Prevention* hat aber einen grösseren Umfang und legt seinen Schwerpunkt auf die Bedürfnisse, die Fähigkeiten und die Selbstbestimmung von HIV-positiven Menschen. Das Expertengremium verwendet daher dieses Konzept und misst ihm einen hohen Stellenwert in der heutigen HIV-Politik bei. *Positive Prevention* muss innerhalb eines ethischen Rahmens implementiert werden, der die Rechte und Bedürfnisse der HIV-positiven Personen respektiert, sexuelle Beziehungen zu leben, selbst zu entscheiden, ob sie Kinder haben möchten, und ein vollwertiges und gesundes Leben zu führen.

6.a HIV-positive Menschen sollten ermutigt werden, in ihrem eigenen Namen zu sprechen.

Das BAG erachtet den Einbezug HIV-positiver Personen als sehr wichtig, um eine erfolgreiche Prävention und Behandlung von HIV-Infektionen zu gewährleisten. Die Zusammenarbeit mit HIV-positiven Personen macht doppelt Sinn: sie soll die Gesundheit infizierter Menschen verbessern und gleichzeitig die Übertragung auf die nicht infizierten Partner verhindern (www.bag.admin.ch, Juni 2009). Um HIV-positive Personen zu Wort kommen zu lassen, ist es wichtig, Organisationen von Menschen mit HIV zu unterstützen. Die einzige Schweizer NGO, die ausschliesslich in diesem Feld arbeitet, heisst LHIVE – eine Organisation, die 2007

³ Im vorliegenden Bericht wird der international gebräuchliche Begriff *Positive Prevention* verwendet, der die Prävention von und für HIV-positive Menschen bezeichnet.

gegründet wurde. Sie kämpft gegen die Diskriminierung und Stigmatisierung von HIV-infizierten Personen, organisiert regelmässige Treffen und Aktivitäten und hilft, HIV-positive Menschen wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Zudem bietet die Geschäftsstelle der AHS ebenfalls Rechtshilfe für HIV-positive Personen an und engagiert sich gegen ihre Diskriminierung.

6.b Die primäre und die medizinische Prävention sollten kombiniert werden.

Aufgrund des veränderten Umgangs mit HIV erfolgte eine Verschiebung weg von struktureller und verhaltensorientierter Prävention (mit dem Schwerpunkt auf primärer Prävention) hin zu einer medizinischen Prävention (mit einem Schwerpunkt auf Testen und Behandeln, was einen Effekt sowohl auf die sekundäre als auch auf die primäre Prävention hat). Um die Konkurrenz zwischen diesen beiden Ansätzen zu eliminieren und die Anzahl neuer HIV-Infektionen zu minimieren, müssen die medizinische und verhaltensorientierte Prävention kombiniert werden. So wird es möglich, von ihren verschiedenen Vorteilen zu profitieren. Die Vertreter der beiden Bereiche sollten deshalb einen konstanten Informations- und Wissensaustausch pflegen.

Positive Prevention bedeutet auch neue Aktivitäten für HIV-Kliniken und das Pflegepersonal. Die Bewältigung dieser Aufgaben erfordert zusätzliche Schulungen und Ressourcen.

6.c Das Expertengremium empfiehlt die Erarbeitung einer umfassenden Präventionsstrategie, die HIV und das breite Feld aller anderen STIs beinhaltet.

HIV und andere STIs erhöhen gegenseitig ihre Infektiosität. Diese Tatsache ist heutzutage noch wichtiger, da HIV keine tödliche Krankheit mehr ist. Eine umfassende Präventionsstrategie sollte daher neben HIV auch alle anderen relevanten STIs berücksichtigen. Diese neue Orientierung hin zum breiteren Bereich der sexuellen Gesundheit entspricht den geänderten Bedürfnissen HIV-infizierter Personen.

Im Jahr 2002 wurde die „STOP AIDS“-Kampagne neu auf die sexuelle Gesundheit der Bevölkerung ausgerichtet. Konkrete Präventionsaktivitäten im Bereich der anderen STIs sind allerdings noch nicht Teil dieser Kampagne.

6.d Die Beratung nach einem positiven Testergebnis sollte auch den primären Partner der betroffenen Person einbeziehen.

Wenn eine HIV-Infektion festgestellt wird, sollte die medizinische und psychologische Beratung auch den primären Partner der betreffenden Person einbeziehen. Gemäss der Schweizer Studie zur AIDS-Übertragung (CHAT), wurden 2006 etwa 30% der in der Schweiz infizierten Männer und 60% der infizierten Frauen in einer festen Beziehung angesteckt (www.bag.admin.ch, Juni 2006). Daher ist der Einbezug der Partner in die Beratung von äusserster Wichtigkeit. Allerdings ist dies momentan keine gängige Praxis in der Schweiz. Sero-

differente Paare sollten aber ausreichend Unterstützung von ihrem Arzt bekommen, um ihr Infektionsrisiko erfolgreich zu minimieren.

7 Arbeitsteilung und Steuerung (Governance)

Das Kapitel zu Arbeitsteilung und Steuerung untersucht: (i) ob die verschiedenen Aufgaben im HIV-Politikbereich auf angemessene Weise kompetenten Akteuren zugeordnet sind; (ii) ob sich die Allokation der Ressourcen und die Präventionsaktivitäten in angemessener Weise auf die HIV-Prävalenz in den verschiedenen Risikogruppen beziehen und (iii) ob die bestehenden Anreize die Akteure motivieren, ihre Aufgaben korrekt zu erfüllen. Nach der Erhebung der momentanen Situation empfiehlt das Expertengremium einige Änderungen in der Arbeitsteilung und der Ressourcenzuteilung. Die konkreten Empfehlungen werden untenstehend beschrieben, unterteilt in generelle Empfehlungen und in Vorschläge, die sich an die verschiedenen Zielgruppen richten.

7.1 Allgemeine Empfehlungen

7.a Die Arbeitsteilung und die Ressourcenzuteilung im HIV-Politikbereich müssen überdacht und an das neue Erscheinungsbild von HIV angepasst werden.

Die Schweizer HIV-Politik wird im Wesentlichen vom BAG über Leistungsaufträge und Projektfinanzierungen gesteuert. Um die Präventionsaktivitäten zu implementieren, wurden enge Kooperationsbeziehungen zwischen dem BAG und der AHS etabliert (Bütschi/Cattacin 1994). In ihrer Funktion als älteste und erfahrenste NGO in der HIV-Politik hat die AHS eine sehr starke und – in mancher Hinsicht monopolistische – Position inne. Diese Struktur der politischen Steuerung hat sich in den letzten Jahren nicht gross verändert. Gemäss Neuschwander (2007) ist die Schweizer HIV-Politik von struktureller Trägheit geprägt.

Gestützt auf eine Erhebung der Ressourcenzuteilung ist das Expertengremium der Ansicht, dass die Präventionsaktivitäten der AHS die HIV-Prävalenz in den verschiedenen Risikogruppen zwar adäquat widerspiegeln. Bis jetzt konnte aber keine angemessene Reaktion auf die markant steigende Anzahl von HIV-Diagnosen bei MSM festgestellt werden. Ausgenommen davon ist das so genannte „Mission Possible“-Projekt, das aber seine Ziele nicht erreichen konnte. Diesem massiven Anstieg konnte bisher nicht angemessen begegnet werden – weder mit Präventionsmassnahmen noch mit den nötigen finanziellen Mitteln. Die Geschäftsstelle der AHS hat in den letzten Jahren einige neue Präventionsinstrumente eingeführt und im Juni 2009 eine Präventionsstrategie für MSM entworfen. Diese einzelnen Massnahmen vermitteln aber nicht den Eindruck einer systematischen, umfassenden Strategie. Es stellt sich

daher die Frage, inwiefern die Projektfinanzierungen des BAG und die Präventionsaktivitäten der AHS tatsächlich die wahren Dynamiken der Epidemie reflektieren.

Die AHS agiert als nationale Dachorganisation für ihre lokalen und regionalen Antennen und bietet strukturelle und verhaltensorientierte Prävention für alle relevanten Zielgruppen. Dabei wird eine breite Palette an nützlichen Präventionsmaterialien (z.B. Webseiten und Broschüren) bereitgestellt und Schulungen für Fachleute angeboten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Geschäftsstelle der AHS ihre täglichen Aufgaben sehr gut bewältigt, aber sie bisher nicht in der Lage war, innovative Ideen einzubringen. Ausserdem scheint es, dass die AHS den Kontakt zur ‚gay community‘ verliert und nur sehr langsam auf den internationalen Trend reagiert, die HIV-Prävention vermehrt in den breiten Bereich der sexuellen Gesundheit zu integrieren. Das BAG war dabei nicht in der Lage, diese Entwicklung zu antizipieren oder eine deutlichere Führungsrolle zu übernehmen.

Das Expertengremium hat daher den starken Eindruck, dass Veränderungen im Bereich der politischen Steuerung notwendig sind. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die Aufgaben zu verteilen und die Steuerungsstruktur zu ändern. Das Gremium hat verschiedene Alternativen in Betracht gezogen und erachtet einige Optionen als sehr viel versprechend. In den nachfolgenden Unterkapiteln werden diese Optionen in Form von Empfehlungen vorgestellt.

7.b Die Eidgenössische Kommission für AIDS-Fragen (EKAF) ist eine wertvolle Expertengruppe, die gestärkt werden sollte.

Die Eidgenössische Kommission für AIDS-Fragen (EKAF) ist eine ausserparlamentarische Kommission, deren Mitglieder vom Schweizer Bundesrat ernannt werden. Gegründet wurde die EKAF im Jahr 1988. Die Kommission agiert als unabhängige Expertengruppe und bietet dem BAG sowohl strategische Unterstützung als auch spezialisiertes Wissen an. Zudem überprüft die EKAF auch die strategische Ausrichtung der wichtigen Akteure in der HIV-Politik (BAG 2003:43-44).

Das Expertengremium begrüsst die frühe Einsetzung einer solchen Expertenkommission, die Spezialisten aus unterschiedlichen Disziplinen und Arbeitsbereichen umfasst. Ausserdem vereinigt die EKAF staatliche Akteure, NGOs, Ärzte, Sozialwissenschaftler und andere wichtige Akteure der HIV-Politik. Aus diesen Gründen empfiehlt das Expertengremium, die EKAF auch weiterhin zu stärken. Es ist zudem wünschenswert, dass die EKAF ihren Fokus etwas verlagert, um HIV in den grösseren Rahmen der sexuellen Gesundheit zu integrieren.

7.2 Empfehlungen zu Arbeitsteilung und Steuerung hinsichtlich MSM

7.c Das Expertengremium empfiehlt die Schaffung einer Schweizer Gesundheitsorganisation für schwule Männer.

Basierend auf den durchgeführten Interviews erhielt das Expertengremium den Eindruck, dass zahlreiche lokale schwule Vereinigungen sich nicht durch die AHS repräsentiert fühlen, da sie keine MSM-Präventionsstrategie wahrnehmen, die zwischen selbstdefiniert schwulen Männern und anderen MSM differenziert. Dies ist problematisch, da die Anzahl neuer HIV-Diagnosen in dieser Gruppe in den letzten Jahren stetig gestiegen ist – von 159 Diagnosen im Jahr 2003 auf 327 Diagnosen in 2008.

Das Expertengremium empfiehlt daher die Schaffung einer Schweizer Gesundheitsorganisation für schwule Männer. Diese neue Struktur könnte entweder von der AHS-Geschäftsstelle verwaltet werden und dabei über einen hohen Grad an Selbstständigkeit verfügen, oder aber sie könnte als autonome Organisation etabliert werden. Diese Entscheidung müsste mit den betroffenen Parteien erörtert werden. Es ist dabei von höchster Wichtigkeit, dass die neue Organisation eine schwule Identität erhält und nachhaltige Präventionsarbeit für die Zielgruppe der selbstdefiniert schwulen Männern und allenfalls auch für andere MSM-Gruppen leistet. Die Gesundheitsorganisation für schwule Männer sollte sich nicht ausschliesslich auf HIV, sondern auf sexuelle Gesundheit im Allgemein konzentrieren. Zudem müssten auch kontextuelle Faktoren (z.B. Drogenkonsum, mentale Gesundheit, männliche Prostitution) – insbesondere im Hinblick auf HIV-positive schwule Männer – berücksichtigt werden. Zusammenfassend sollte die neue schwule Organisation auf einem umfassenden strategischen Konzept beruhen, das auf den Bereich der sexuellen Gesundheit fokussiert.

Das Expertengremium empfiehlt die Schaffung dieser neuen Institution im Rahmen eines ‚bottom up‘-Prozesses unter massgeblicher Beteiligung der schwulen Organisationen in der Schweiz, wie Dialogai, VoGay, den Checkpoints in Genf und Zürich, Loge 70 und PINK CROSS. PINK CROSS – die Dachorganisation aller schwulen Organisationen in der Schweiz – sollte in der Ausarbeitung der MSM-Strategie berücksichtigt werden, selbst wenn ihr Schwerpunkt nicht ausschliesslich auf der HIV-Problematik liegt. PINK CROSS repräsentiert etwa 8000 schwule Männer und lesbische Frauen sowie transsexuelle Personen aus allen vier Sprachregionen der Schweiz. Die Organisation repräsentiert ihre Interessen in der breiten Öffentlichkeit und in der Politik. Sie ist dabei nationaler Ansprechpartner für alle Fragen, die sich mit Homosexualität beschäftigen.

Da das BAG in der HIV-Politik die federführende Rolle inne hat, sollte die Sektion AIDS bezüglich der Ausgestaltung der Gesundheitsorganisation für schwule Männer eng mit den bestehenden schwulen Organisationen zusammenarbeiten. Diese Aktivitäten und die entstehende Institution könnten im Rahmen eines Leistungsauftrags finanziell unterstützt werden.

7.3 Empfehlungen zu Arbeitsteilung und Steuerung hinsichtlich der Allgemeinbevölkerung

7.d Das Expertengremium empfiehlt die Umwandlung von PLANeS in eine Schweizer Organisation für die sexuelle Gesundheit der Allgemeinbevölkerung.

PLANeS ist eine Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit und die Dachorganisation der Beratungsstellen für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität sowie der Fachstellen für Sexualpädagogik. Diese Institution stellt Lehrpläne für die Erziehung zu sexueller Gesundheit zur Verfügung und betreibt einen nationalen Informationsservice zu den Themen Familienplanung, Schwangerschaft und Abtreibung. PLANeS fördert qualitativ hoch stehende Sexualerziehung, setzt sich für das Recht der Frau auf selbstbestimmte Fortpflanzung ein und unterstützt die Prävention von STIs, was auch HIV einschliesst.

Das Expertengremium sieht PLANeS als geeignete Institution, um HIV- und STI-Prävention in den breiteren Rahmen der sexuellen Gesundheit zu integrieren. Es empfiehlt daher die Umwandlung von PLANeS in eine Schweizer Organisation für sexuelle Gesundheit für die Allgemeinbevölkerung.

Da das Thema der sexuellen Gesundheit – als Teil des Politikbereichs öffentliche Gesundheit – eine kantonale Angelegenheit ist, hat das BAG hier keine federführende Rolle inne. Momentan erhält PLANeS lediglich finanzielle Beiträge des BAG, welche PLANeS in seiner Verantwortung als Dachorganisation unterstützen sollen. Diese finanzielle Unterstützung wird nicht als direkter Beitrag zur Prävention gesehen. Wenn PLANeS seinen Horizont erweitern und der HIV-Prävention mehr Beachtung schenken würde, könnte der Bund seine finanzielle Unterstützung im Rahmen seiner Zuständigkeit für übertragbare Krankheiten ausweiten.

Im Rahmen dieser Fokuserweiterung sollte PLANeS nach wie vor grosses Gewicht auf eine qualitativ gute Sexualerziehung, auf verhaltensorientierte und strukturelle Prävention bei STIs sowie auf die Verteidigung der sexuellen Rechte legen. Wenn PLANeS die Allgemeinbevölkerung anspricht, müssen auch Präventionsaktivitäten und -informationen für MSM bereitgestellt werden, die sich selbst nicht als schwul definieren. Diese Männer können nicht durch die Schweizer Gesundheitsorganisation für schwule Männer angesprochen werden. Daher ist es notwendig, sie durch eine Organisation für die sexuelle Gesundheit der Allgemeinbevölkerung zu erreichen. PLANeS sollte daher, neben den Aktivitäten in Fortpflanzungsfragen, Familienplanung und Schwangerschaft, die hauptsächlich auf heterosexuelle Personen abzielen, auch einen Schwerpunkt auf die psychosexuelle Entwicklung und Fragen sexueller Gesundheit legen – dies besonders bei Sexarbeiterinnen und bei MSM, die sich selber nicht als schwul bezeichnen. Um diese Ziele zu erreichen, muss PLANeS eng mit der neu etablierten Schweizer Gesundheitsorganisation für schwule Männer und der Geschäftsstelle der AHS zusammenarbeiten.

Das Expertengremium unterstreicht die Wichtigkeit, die HIV-Prävention in den breiteren Rahmen sexueller und reproduktiver Gesundheit zu integrieren, ebenso wie die Notwendigkeit der Erziehung zu sexueller Gesundheit.

7.4 Empfehlungen zu Arbeitsteilung und Steuerung hinsichtlich Migranten

7.e Das Expertengremium empfiehlt die Stärkung des Programms AFRIMEDIA innerhalb der AHS.

Das Gremium anerkennt die grosse Bedeutung des AFRIMEDIA-Programms. Es empfiehlt daher eine grössere finanzielle Unterstützung des Projekts, um eine stärkere Wirkung in seiner Zielgruppe zu entfalten. Das Expertengremium empfiehlt zusätzlich, dass AFRIMEDIA seinen Fokus ausweitet und auch andere Bedürfnisse von Migrantengruppen anspricht, wie allgemeine Gesundheitsfragen, Wohnungssuche, Integration, Unterstützung bei der Arbeitssuche, etc. Daher benötigt das Programm geeignete Partnerinstitutionen und finanzielle Zuwendungen von den entsprechenden staatlichen Stellen.

AFRIMEDIA ist bei der AHS angesiedelt, was ein funktionierendes Arrangement zu sein scheint. Das Expertengremium stellt daher die bestehende Struktur nicht in Frage, sondern empfiehlt dringend die Stärkung und Ausdehnung des AFRIMEDIA-Programms. AFRIMEDIA sollte von der AHS unterstützt werden, aber seine Präventionsaktivitäten autonom entwickeln und implementieren.

Das Expertengremium rät zur Durchführung einer Bedürfnisanalyse bei anderen regionalen oder ethnischen Migrantengruppen in der Schweiz. Die epidemiologische Situation in anderen Gruppen muss unter konstanter Beobachtung bleiben. Wenn nötig, muss steigenden HIV-Diagnosen mit geeigneten Programmen entgegen gewirkt werden. Diese könnten von der Erfahrung von AFRIMEDIA profitieren.

7.5 Empfehlungen zu Arbeitsteilung und Steuerung hinsichtlich Positive Prevention

7.f Das Expertengremium empfiehlt die Stärkung von Organisationen von Menschen mit HIV.

Positive Prevention beinhaltet nebst anderen Dingen auch das Recht HIV-positiver Personen, sich für ihre Interessen einzusetzen. Um dieses individuelle Recht zu garantieren, ist es notwendig, Organisationen von Menschen mit HIV zu stärken.

Es gibt auf nationaler Ebene nur ein NGO, das ausschliesslich als Selbsthilfeorganisation für Menschen mit HIV arbeitet. LHIVE wurde 2007 gegründet; ihr schmales Budget wird durch Spenden und Mitgliederbeiträge finanziert. LHIVE kämpft gegen Vorurteile, Diskriminierung

und Stigmatisierung HIV-positiver Menschen und organisiert regelmässige Treffen und Aktivitäten für HIV-positive Individuen und hilft ihnen dabei, sich wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Zudem engagiert sich auch die Geschäftsstelle der AHS für die Interessen HIV-positiver Menschen und setzt sich öffentlich gegen ihre Diskriminierung ein.

Das Expertengremium empfiehlt dringend, dass das BAG die Organisation LHIVE und die Abteilung der AHS, die im Bereich der *Positive Prevention* tätig ist, mit geeigneten Mitteln unterstützt oder aber andere Selbsthilfe-Organisationen fördert, damit HIV-positive Menschen sich mehr Gehör verschaffen können.

8 Fazit und Perspektiven

Das Expertengremium anerkennt die Erfolge, welche die Schweizer HIV-Politik in den letzten Jahren erzielt hat, betont jedoch, dass diese Politik nun an die neuen Herausforderungen angepasst werden muss. Diese Herausforderungen entstanden durch die veränderten Bedingungen und Möglichkeiten des Umgangs mit HIV als auch durch die Entwicklungen innerhalb der Gesellschaft (Rolle des Internets, Migrationsmuster, Individualisierung, etc.). Das Expertengremium hat daher detaillierte Empfehlungen formuliert, wie die Schweizer HIV-Politik verbessert werden könnte, um die Anzahl neuer HIV-Infektionen zu minimieren und dafür zu sorgen, dass HIV-infizierte Personen rechtzeitig getestet werden, in medizinische Behandlung kommen sowie kontinuierlich in Behandlung bleiben.

Gestützt auf den wissenschaftlichen Hintergrundbericht, den das Schweizer Forscherteam erarbeitet hat (Plüss et al. 2009), und auf die Interviews mit verschiedenen Akteuren im Mai 2009 sind die Mitglieder des Expertengremiums zur Ansicht gelangt, dass grössere Änderungen in der politischen Steuerung notwendig sind, um die HIV-Epidemie in der Schweiz effektiv bekämpfen zu können. Das Kernelement der momentanen Steuerungsstruktur ist die Partnerschaft zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Organisationen. Obwohl diese Partnerschaft in der Vergangenheit produktiv und effektiv funktioniert hat, sind Weiterentwicklungen auf beiden Seiten notwendig, um die kommenden Herausforderungen meistern zu können.

Mit Blick auf die nicht-staatlichen Organisationen erachtet es das Expertengremium als notwendig, eine Schweizer Gesundheitsorganisation für schwule Männer zu schaffen. Diese Organisation sollte „bottom up“ etabliert werden, um die künftige Ausrichtung der Präventionsaktivitäten auf die Bedürfnisse und das Wissen der „gay community“ zu gewährleisten. Für die Allgemeinbevölkerung scheint PLANeS die geeignete Institution darzustellen, um HIV- und STI-Prävention in den grösseren Rahmen der Förderung sexueller Gesundheit zu integrieren. PLANeS sollte daher als nationale Organisation auftreten. Zudem sollte das bereits existierende AFRIMEDIA-Programm, welches Migranten aus Subsahara-Afrika anspricht, ge-

stärkt werden. Als letzten Punkt empfiehlt das Gremium, die Organisationen von Menschen mit HIV stärker zu unterstützen und das Konzept der *Positive Prevention* einzuführen.

Mit Blick auf die Steuerung der HIV-Politik empfiehlt das Expertengremium dem BAG, seine Ressourcen stärker an der Entwicklung der HIV-Epidemie und der HIV-Prävalenz auszurichten. Dazu sollte das BAG die Zusammenarbeit mit seinen Partnern neu organisieren. Das Expertengremium ist sich der Tatsache bewusst, dass das BAG auf die Kooperation verschiedener staatlicher und nicht-staatlicher Akteure angewiesen ist, um seine Politik, insbesondere im föderalen Schweizer System, zu implementieren. Dennoch hatte das Gremium den Eindruck, dass das BAG seine Führungsrolle und die Entscheidungskompetenz über die Ressourcenallokation besser nutzen könnte, um der HIV-Prävalenz in den verschiedenen Risikogruppen gerecht zu werden. Daher empfehlen die Experten, dass das BAG seine leitende Rolle wahrnimmt, indem es alle zur Verfügung stehenden Steuerungsinstrumente einsetzt (Leistungsaufträge, Anreizstrukturen, Arbeitsgruppen etc.).

Zusammenfassend möchte das Expertengremium betonen, dass eine erfolgreiche Entwicklung und Implementierung der Schweizer HIV-Politik ab dem Jahr 2011 sehr stark von der Führungskompetenz des BAG abhängt. Das BAG hat die Fähigkeit, sowohl die notwendigen Änderungen in der politischen Steuerung voranzutreiben, als auch geeignete Anreize zu setzen, um die verschiedenen Akteure zur Erfüllung ihrer Aufgaben zu motivieren.

9 Literaturverzeichnis

- Balthasar, Hugues, André Jeannin und Françoise Dubois-Arber (2008a). *Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Résultats de Gaysurvey 2007*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Balthasar H., A. Jeannin, S. Derendinger und F. Dubois-Arber (2008b). *Withdrawal, serosorting and strategic positioning: the use of risk reduction strategies in men who have sex with men (MSM) in Switzerland, 2007*, Präsentation an der XVIIth Internationalen AIDS Konferenz, Mexico, 3.-8. August.
- Balthasar, Hugues, André Jeannin und Françoise Dubois-Arber (2005). *Zunahme des HIV-Ansteckungsrisiko bei den Männern, die Sex mit Männern haben: Erste Ergebnisse des GaySurvey 04*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Bugnon, Géraldine, Milena Chimienti und Laure Chiquet (2009). *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations. Volet 3 – Mapping, contrôle et promotion de la santé dans le marché du sexe ne Suisse*. Genf: Universität Genf.
- Bundesamt für Gesundheit (2009). *Bulletin 6* vom 2. Februar 2009: 92-95. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2008a). *Spectra 70*. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2008b). *Sexuell übertragbare Infektionen (STI) in der Schweiz 1988 bis 2006: Aktueller Stand und Ausblick*. Bulletin Nr. 8 vom 18. Februar 2008. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2007). „HIV-Test und Beratung auf Initiative des Arztes, der Ärztin“, *Schweizerische Ärztezeitung* 88: 1207-1209.
- Bundesamt für Gesundheit (2006). „Vision sexuelle und reproduktive Gesundheit 2010“. Internes Projektpapier, Oktober 2006. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2005). *Nationales HIV/AIDS-Programm 2004-2008. Bericht über aktuelle Entwicklungen und den Stand der Umsetzung des AIDS-Programmes des BAG nach 20 Monaten Laufzeit*. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2003). *National HIV/AIDS Programme 2004-2008*. Bern.
- Bütschi, Danielle und Sandro Cattacin (1994). *Le modèle suisse du bien-être*. Lausanne: Réalités sociales.
- Ciesla, Jeffrey A. und John E. Roberts (2001). “Meta-Analysis of the Relationship Between HIV Infection and Risk for Depressive Disorders”, *The American Journal of Psychiatry* 158(5): 725-730.
- Dubois-Arber, Françoise, André Jeannin, Hugues Balthasar, Brenda Spencer und Roger Staub

- (2008). *Swiss behaviour surveillance system 1986-2008*. Präsentation an der XVIIth Internationalen AIDS Konferenz, Mexico, 3.-8. August.
- Dubois-Arber, Françoise, André Jeannin, Giovanna Meystre-Agustoni, Brenda Spencer, Florence Moreau-Gruet, Hugues Balthasar, Fabienne Benninghoff, Karen Klaue und Fred Paccaud (2003a). *Evaluationsstrategie der HIV/AIDS-Präventionsstrategie in der Schweiz. Siebter Synthesebericht 1999-2003*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Dubois-Arber Françoise, J-P. Gervasoni, F. Hamers, F. Perez und F. Paccaud (2003b). *Evaluation of "Surveillance on HIV/AIDS project EC funded", implementation of 2nd generation surveillance on HIV/AIDS in eight selected countries executed by UNAIDS/WHO: final report*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Dubois-Arber, Françoise, André Jeannin, Brenda Spencer, Giovanna Meystre-Augustoni, Mary Haour-Knipe, F. Moreau-Gruet, Fabienne Benninghoff und Fred Paccaud (2001). „HIV/AIDS-Prävention in der Schweiz: Bilanz und Ausblick“, *Schweiz Med Forum* (24): 621-625.
- Hammer, Stephane, Judith Trageser und Simone Ledermann (2006). *Evaluation der Strategie „Migration und Gesundheit 2002 – 2006“*. Beilagenband 3: *Ergebnisse der Projektevaluationen*. Zürich: INFRAS.
- International HIV/AIDS Alliance (2007). *Positive Prevention – HIV prevention with people living with HIV*. Erhältlich unter:
http://www.aidsalliance.org/graphics/secretariat/publications/Positive_prevention.pdf.
- Keiser, Olivia, Patrick Taffé, Marcel Zwahlen, Manuel Battegay, Enos Bernasconi, Rainer Weber, Martin Rickenbach und die Schweizer HIV Kohortenstudie (2004). "All cause mortality in the Swiss HIV cohort study from 1990 to 2001 in comparison with the Swiss population", *AIDS* 18(13): 1835-1843.
- Knoepfel, Peter, Frédéric Varone, Werner Bussmann und Luzius Mader (1997). "Evaluationsgegenstände und Evaluationskriterien", in: Werner Bussmann, et al. (Hrsg.). *Einführung in die Politikevaluation*. Basel: Helbing und Lichtenhahn, S. 78-118.
- Low, Nicola (2007). *STIs aus Public-Health Sicht*. Vortrag an der Tagung der AIDS-Hilfe Schweiz „Sexually Transmitted Infections“ vom 30. August 2007.
- Neuenschwander, Peter (2007). *Aidspolitik in der Schweiz: Stabilität oder Wandel? Eine Analyse der Aidspolitik auf Bundesebene und in sieben Kantonen*. Zürich: Dissertation an der Universität Zürich.
- Neuenschwander, Peter, Kathrin Frey und Daniel Kübler (2005). *Die Zukunft der HIV/AIDS-Prävention im Zeitalter der Normalisierung. Die Situation auf Bundesebene und in sie-*

- ben Kantonen. Zürcher Politik- & Evaluationsstudien Nr. 5. Zürich: Institut für Politikwissenschaft.
- Plüss, Larissa, Kathrin Frey, Daniel Kübler und Rolf Rosenbrock (2009). *Review of the Swiss HIV Policy by a Panel of International Experts. Scientific Background Report*. Study on behalf of the Swiss Federal Office of Public Health. Forthcoming.
- Rosenbrock, Rolf, Françoise Dubois-Arber, Martin Moers, Patrice Pinell, Doris Schaeffer und Michel Setbon (2000). "The normalization of AIDS in Western European countries", *Social Science and Medicine* 50: 1607-1629.
- Stahelin, Cornelia, Niklaus Egloff, Martin Rickenbach, Christine Kopp, Hansjakob Furrer und die Schweizer HIV Kohortenstudie (2004). "Migrants from Sub-Saharan Africa in the Swiss HIV Cohort Study: A Single Center Study on Epidemiologic Migration-Specific and Clinical Features", *AIDS Patient Care and STDs* 18(11): 665-675.
- Stahelin, Cornelia, Martin Rickenbach, Nicola Low, Martin Egger, Bruno Ledergerber, Bernard Hirschel, Valérie D'Acremont, Manuel Battegay, Thomas Wagners, Enos Bernasconi, Christine Kopp, Hansjakob Furrer und die Schweizer HIV Kohortenstudie (2003). "Migrants from Sub-Saharan Africa in the Swiss HIV Cohort Study: Access to anti-retroviral therapy, disease progression and survival", *AIDS* 17(15): 2237-2244.
- Tshibangu, Noël (2007). *AFRIMEDIA. Jahresbericht 2007*. Zürich: Schweizer Aids-Hilfe.
- Vernazza, Pietro, Bernard Hirschel, Enos Bernasconi und Markus Flepp (2008). "HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös", *Schweizerische Ärztezeitung* 89(5): 165-169.
- World Health Organisation (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Geneva: WHO.
- Zobel, Frank und Françoise Dubois-Arber (2006). *Pour un système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/sida en Suisse: situation et évolution des comportements à risque chez les consommateurs de drogue*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé, 123).
- Zobel, Frank und Françoise Dubois-Arber (2004). *Short appraisal of the role and usefulness of Drug consumption facilities (DFC) in the reduction of drug-related problems in Switzerland: appraisal produced at the request of the Swiss Federal Office of Public Health*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Zobel, Frank, Ralph Thomas, Sophie Arnaud, Elisabeth de Preux, Tatjana Ramstein, Brenda Spencer, André Jeannin und Françoise Dubois-Arber (2003). *Evaluation globale du programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro)*. Quatrième rapport de synthèse 1999-2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Zuppinger Brigitte, Christine Kopp und Hans-Rudolf Wicker (2000). *Rapid Assessment: Interventionsplan HIV/AIDS-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen*. Bern: Institut für Ethnologie Universität Bern.

10 Anhang: Liste der Interviewpartner

Datum: 6./7. Mai 2009

Ort: Bern/Zürich

Epidemiologie und Beobachtung der Epidemie

Karim Boubaker, Leiter der Sektion für Infektionskrankheiten, BAG

Françoise Dubois-Arber, Abteilung für die Evaluierung von Präventionsprogrammen (UEPP),
Universität Lausanne

Medizinische Versorgung

Patrick Francioli, Leitender Arzt, Dienst für Infektionskrankheiten und präventive Medizin,
Universitätsspital Lausanne, Direktor der Schweizer HIV Kohortenstudie (SHCS)

Pietro Vernazza, Leitender Arzt, Abteilung für Infektiologie, Kantonsspital St. Gallen, Präsi-
dent der Eidgenössischen Kommission für AIDS-Fragen (EKAF)

Steuerung und Primärprävention

Daniel Bruttin, Direktor der Aids-Hilfe Schweiz

Roger Staub, Leiter der Sektion AIDS, BAG

Elisabeth Zemp, Präsidentin der Stiftung PLANeS

Steuerung und Primärprävention mit Fokus auf MSM und VCT

Steven Derendinger, Sektion AIDS, BAG, Präsident der Vereinigung VoGay, Lausanne

Michael Häusermann, Dialogai, Genf

Reto Jeger, Direktor Aids-Hilfe Zürich

Benedikt Zahno, Leiter der Abteilung MSM und VCT (Checkpoint), Aids-Hilfe Zürich

Steuerung und Primärprävention mit Fokus auf Migration

Mary Haour-Knipe, Unabhängige Beraterin (1999-2007: Chefberaterin zu Migration und
HIV/AIDS bei der Internationalen Organisation für Migration (IOM) in Genf)

Noël Tshibangu, Projektleiter Afrimedia, Aids-Hilfe Schweiz