



**Universität
Zürich^{UZH}**



Institut für Politikwissenschaft
Forschungsbereich Policy-Analyse & Evaluation

synergo Mobilität – Politik – Raum GmbH

Summative Evaluation des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017

Schlussbericht vom 23. Oktober 2017

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

Thomas Widmer, Larissa Plüss, Daniela Eberli,
Josef Marty und Rafael Rudin

Vertragsnummer: 17.003321

Laufzeit: März 2017 – November 2017

Datenerhebungsperiode: März 2017 – Juni 2017

Leitung Evaluationsprojekt im BAG: Christine Heuer, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)

Meta-Evaluation: Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung, respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.

Der Entwurf des Berichts war Gegenstand einer Meta-Evaluation durch die Fachstelle E+F des BAG. Die Meta-Evaluation (wissenschaftliche und ethische Qualitätskontrolle einer Evaluation) stützt sich auf die Qualitätsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Das Resultat der Metaevaluation wurde dem Evaluationsteam mitgeteilt und fand Berücksichtigung im vorliegenden Bericht.

Bezug: Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)
Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern
evaluation@bag.admin.ch
www.health-evaluation.admin.ch

Originalsprache: deutsch

Zitervorschlag: Widmer, Thomas, Larissa Plüss, Daniela Eberli, Josef Marty und Rafael Rudin (2017): Summative Evaluation des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung	i
Résumé	iv
1 Einleitung	1
2 Methodisches Vorgehen	4
3 Das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017	7
4 Dokumentenanalyse	14
5 Fallstudien	22
6 Experteninterviews	31
7 Telefoninterviews	37
8 Schlussfolgerungen	43
Anhang 1: Literaturverzeichnis	49
Anhang 2: Dokumentation der Experteninterviews	53
Anhang 3: Dokumentation der Telefoninterviews	56

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen Personen, welche die Durchführung dieser Evaluation durch ihre Mitwirkung namentlich bei Interviews und Befragungen ermöglicht haben, herzlich für ihre Beiträge bedanken.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	i
Résumé	iv
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Auftrag und Zielsetzung der Evaluation	2
1.3 Struktur des Evaluationsberichts.....	3
2 Methodisches Vorgehen	4
2.1 Überblick zum Analysekonzept.....	4
2.2 Bewertung der Massnahmen bezüglich Zweckmässigkeit und Zielerreichung.....	4
2.3 Dokumentenanalyse.....	5
2.4 Fallstudien	5
2.5 Experteninterviews	5
2.6 Telefoninterviews	6
3 Das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017	7
3.1 Vision und Oberziele des NPHS	7
3.2 Die drei Interventionsachsen des NPHS	8
3.3 Programmsteuerung und Organisation.....	9
3.4 Instrumente und Massnahmen des NPHS.....	10
3.4.1 Präventionskampagne ‚LOVE LIFE‘	10
3.4.2 Präventionskampagne ‚Break the Chains‘	11
3.4.3 Präventionsprogramm ‚Afrimedia‘	11
3.5 Die Kosten des NPHS	12
3.6 Der Midterm-Check des NPHS	13
4 Dokumentenanalyse	14
4.1 Gliederung des NPHS 2011–2017 in drei Interventionsachsen	14
4.2 Organisation und Verteilung der Zuständigkeiten.....	15
4.3 Umsetzung des Programms und Zweckmässigkeit der Massnahmen	16
4.4 Zielerreichung des Programms und der Massnahmen	18
5 Fallstudien	22
5.1 Fallstudie 1: LOVE LIFE.....	22
5.1.1 Übersicht	22
5.1.2 Bewertung der Zweckmässigkeit	22

5.1.3	<i>Bewertung der Zielerreichung</i>	23
5.2	Fallstudie 2: Break the Chains	24
5.2.1	<i>Übersicht</i>	24
5.2.2	<i>Bewertung der Zweckmässigkeit</i>	25
5.2.3	<i>Bewertung der Zielerreichung</i>	26
5.3	Fallstudie 3: Afrimedia	27
5.3.1	<i>Übersicht</i>	27
5.3.2	<i>Bewertung der Zweckmässigkeit</i>	28
5.3.3	<i>Bewertung der Zielerreichung</i>	29
6	Experteninterviews	31
6.1	Gliederung des NPHS 2011–2017 in drei Interventionsachsen	31
6.2	Organisation und Verteilung der Zuständigkeiten	31
6.3	Umsetzung des Programms und Zweckmässigkeit der Massnahmen	33
6.4	Zielerreichung des Programms und der Massnahmen	34
7	Telefoninterviews	37
7.1	Gliederung des NPHS 2011–2017 in drei Interventionsachsen	37
7.2	Organisation und Verteilung der Zuständigkeiten	38
7.3	Umsetzung des Programms und Zweckmässigkeit der Massnahmen	39
7.4	Zielerreichung des Programms und der Massnahmen	41
8	Schlussfolgerungen	43
8.1	Beantwortung der Evaluationsfragen	43
8.2	Empfehlungen	46
8.2.1	<i>Empfehlungen zur strategischen Ausrichtung</i>	46
8.2.2	<i>Empfehlungen zur Konzeption und Organisation</i>	47
8.2.3	<i>Empfehlungen zu den Inhalten und Massnahmen</i>	47
	Anhang 1: Literaturverzeichnis	49
	Anhang 2: Dokumentation der Experteninterviews	53
	Anhang 3: Dokumentation der Telefoninterviews	56

Zusammenfassung

Auftrag und Vorgehen

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) haben das Institut für Politikwissenschaft der Universität Zürich (IPZ) und synergo Mobilität – Politik – Raum GmbH im Zeitraum von März bis November 2017 eine Evaluation des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017 realisiert. Es handelt sich dabei um eine summative Evaluation, die bilanzierendes Wissen in Bezug auf die Umsetzung und Zielerreichung des NPHS 2011–2017 beschaffen soll. Die durchgeführte Untersuchung baut auf einem multimethodischen und multiperspektivischen Ansatz auf und ist in vier Untersuchungsmodulen gegliedert.

Modul 1 unternimmt eine umfassende *Dokumentenanalyse* zum NPHS 2011–2017 und unterzieht alle strategischen Dokumente, die Unterlagen zum Midterm-Check, relevante Analysen zu den durchgeführten Massnahmen sowie alle wichtigen Studien in direktem Zusammenhang mit dem Programm einer qualitativen Inhaltsanalyse.

In Modul 2 werden die Erkenntnisse aus der Dokumentenanalyse anhand dreier qualitativer *Fallstudien* zu ausgewählten Massnahmen vertieft, um den jeweiligen Grad der Zielerreichung bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen festzustellen. Die Fallstudien befassen sich mit den Massnahmen ‚LOVE LIFE‘, ‚Break the Chains‘ und ‚Afrimedia‘.

Modul 3 umfasst leitfadengestützte *Experteninterviews* mit direkt am NPHS 2011–2017 Beteiligten und gibt einen profunden Einblick in die organisatorische Struktur des Programms, die Kooperationsprozesse zwischen den verschiedenen Akteuren sowie die Art der Umsetzung der unterschiedlichen Massnahmen.

Modul 4 ergänzt die ersten drei Module um eine umfassende Aussensicht auf das NPHS 2011–2017 und führt dazu halb-standardisierte *Telefoninterviews* mit Fachpersonen durch, die nicht direkt am Programm beteiligt sind.

Wichtigste Befunde und Empfehlungen

Basierend auf den vier Evaluationsmodulen werden im Anschluss die wichtigsten Befunde der Evaluation in einer modulübergreifenden Synthese dargelegt. Es handelt sich dabei um eine zusammenfassende Darstellung der empirischen Evidenz aus Dokumentenanalyse und Interviews. Anhand dieser Befunde hat das Evaluationsteam vierzehn Empfehlungen formuliert, die sich auf die strategische Ausrichtung des NPHS, die Konzeption und die Organisation sowie auf die Inhalte und Massnahmen des Programms beziehen.

Befund 1: Die strategische Ausrichtung des NPHS hat sich bewährt und unterstützt die Zielerreichung.

In der Schweiz hat sich in der Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) das Konzept der gesellschaftlichen Lernstrategie durchgesetzt, das auf den Prinzipien der Eigenverantwortung, Freiwilligkeit und Anonymität beruht. Diese Strategie und die darauf aufbauenden vier Oberziele des Programms sind breit akzeptiert und haben sich bewährt. Die Gliederung des NPHS in drei Interventionsachsen, die sich an (1) die Gesamtbevölkerung, (2) Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko und (3) Menschen mit einer HIV- oder STI-Infektion und ihre Partnerinnen und Partner richten, unterstützt dabei die Zielerreichung des Programms und wird als weitestgehend sinnvoll bewertet. Zudem konnte die Evidenzbasierung der Präventionsarbeit in den letzten Jahren klar gestärkt und wichtige Lücken in der Verhaltenssurveillance geschlossen werden. Im Bereich der anderen STI neben HIV sind aber noch Lücken vorhanden.

Die *Empfehlungen* des Evaluationsteams zur strategischen Ausrichtung des NPHS lauten daher wie folgt:

1. *Strategie und Zielsetzungen des NPHS 2011–2017 weiterführen;*
2. *Achsenmodell aufrechterhalten und flexibel handhaben;*
3. *Evidenzbasierung weiter ausbauen.*

Befund 2: Konzeption und Organisation des NPHS sind zweckmässig angelegt, weisen aber Optimierungspotenzial auf.

Die Verteilung der organisatorischen Zuständigkeiten auf die drei Interventionsachsen erscheint sinnvoll und zweckdienlich – die wichtigsten Programmpartner des BAG sind gemäss ihren Kompetenzen den verschiedenen Themenbereichen zugeordnet. Die Programmsteuerung des BAG wird dabei als grundsätzlich gut eingestuft. Die Empfehlungen aus dem Midterm-Check hinsichtlich Führungsstil, Transparenz und Kommunikation wurden berücksichtigt. Die Verteilung der finanziellen Mittel auf die drei Achsen hingegen wird im Hinblick auf die Erreichung der Programmziele als verbesserungswürdig erachtet. Es wird gefordert, die Ressourcen noch konsequenter auf die HIV/STI-Prävalenz und -Inzidenz auszurichten, und die Interventionsachse 2 (und in begrenzterem Umfang auch Interventionsachse 3) auf Kosten von Achse 1 deutlich auszubauen. Innerhalb der Achse 1 ist es hauptsächlich der Verantwortungsbereich von Sexuelle Gesundheit Schweiz (SGCH), wo mögliche Kürzungen als sinnvoll erachtet werden.

Die *Empfehlungen* zur Konzeption und Organisation des NPHS formulieren wir wie folgt:

4. *Verteilung der Zuständigkeiten auf die Interventionsachsen beibehalten;*
5. *Verteilung der Ressourcen konsequenter auf die HIV/STI-Prävalenz und -Inzidenz ausrichten;*
6. *Reduktion des Verantwortungsbereichs von SGCH in Betracht ziehen;*
7. *Koordination im Bereich der HIV- und STI-Surveillance intensivieren.*

Befund 3: Interventionsachse 1: Der Schwerpunkt auf der LOVE LIFE-Kampagne erhöht die Akzeptanz des NPHS.

Der Fokus der Interventionsachse 1 liegt auf der massenmedialen LOVE LIFE-Kampagne, welche äusserst erfolgreich öffentliche Aufmerksamkeit generiert und dem gesamten Programm dadurch Akzeptanz und Legitimation beschafft. Die Kampagne wird modulübergreifend als äusserst sinnvolle Massnahme erachtet, um das Thema in der Bevölkerung präsent zu halten und auf die Risiken des ungeschützten Geschlechtsverkehrs aufmerksam zu machen. Die Verankerung der schulischen Sexualaufklärung stellt ebenfalls ein zentrales Element der Achse 1 dar, erfährt derzeit aber keine Finanzierung über das NPHS. Eine systematische Einführung – und damit die Chance, die junge Generation flächendeckend über HIV und andere STI zu informieren und einen wichtigen Beitrag zur Entstigmatisierung dieser Krankheiten zu leisten, – wird modulübergreifend als wichtig erachtet.

So lauten die *Empfehlungen* des Evaluationsteams zu den Inhalten und Massnahmen der Achse 1 wie folgt:

8. *Interventionsachse 1: LOVE LIFE-Kampagne fortführen;*
9. *Interventionsachse 1: Systematische und flächendeckende Einführung der schulischen Sexualaufklärung vorantreiben;*
10. *Interventionsachse 1: Reduktion der übrigen Massnahmen in Betracht ziehen.*

Befund 4: Interventionsachse 2: Neben dem berechtigten Fokus auf der MSM-Bevölkerung werden andere Zielgruppen vernachlässigt.

Das NPHS intensivierte die Präventionsanstrengungen vor allem in der Zielgruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), was hinsichtlich der Ausbreitung von HIV und anderen STI als überaus sinnvoll wahrgenommen wird. Die Massnahmen in diesem Bereich werden als innovativ und effektiv eingestuft und haben ihre Zielsetzungen bezüglich Sensibilisierung der Zielgruppe und Testverhalten weitgehend erreicht. Modulübergreifend wird aber das Engagement bezüglich der Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern als unzureichend wahrgenommen. Die implementierten Präventionsmassnahmen in diesem Bereich weisen zudem nur eine geringe Wirksamkeit auf. Es scheint hier insbesondere die starke Stigmatisierung sämtliche Präventionszugänge zu verstellen.

Wir formulieren daher folgende *Empfehlungen* zu den Inhalten und Massnahmen der Interventionsachse 2:

11. *Interventionsachse 2: Engagement in der Zielgruppe der MSM beibehalten;*
12. *Interventionsachse 2: Engagement in der Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern verstärken;*
13. *Interventionsachse 2: Reduktion der HIV/STI-Testkosten prüfen.*

Befund 5: Interventionsachse 3: Die Qualität von Behandlung und Beratung ist hoch, in der Bekämpfung von Diskriminierung und Stigmatisierung besteht aber noch Potenzial.

In der Interventionsachse 3 wurde bereits viel erreicht hinsichtlich der Qualität von Behandlung und Beratung von Menschen mit HIV oder einer anderen STI. Achse 3 ist aber mit sehr geringen Programmressourcen ausgestattet und es werden hier zusätzliche Anstrengungen gefordert, um der nach wie vor bestehenden Diskriminierung und Stigmatisierung entgegen zu wirken und die Unterstützung für betroffene Menschen auszubauen. Wichtig seien zudem eine stete Betreuung der regelmässigen Medikamenteneinnahme und eine gute Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und der FMH.

Die *Empfehlung* zu Achse 3 lautet daher wie folgt:

14. *Interventionsachse 3: Engagement zur Bekämpfung von Diskriminierung und Stigmatisierung verstärken.*

Résumé

Mandat et procédé

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), l'Institut de sciences politiques de l'université de Zurich et Synergo Mobilität – Politik – Raum SARL ont réalisé dans la période entre mars et novembre 2017 une évaluation du Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI). Il s'agit d'une évaluation sommative qui vise à faire le bilan à la fois de la mise en œuvre du PNVI 2011–2017 et de la réalisation de ses objectifs. L'enquête exécutée est divisée en quatre modules et s'appuie sur une approche multiméthodique à perspectives multiples.

Le Module 1 contient une *analyse de documents* globale du PNVI 2011–2017. Les papiers stratégiques, les documents du midterm-check, les analyses des mesures mises en œuvre ainsi que toutes les études importantes en relation directe avec le programme sont l'objet d'une analyse qualitative.

Dans le Module 2, les conclusions de l'analyse des documents sont approfondies au moyen de trois *études de cas* qualitatives. Celles-ci portent sur des mesures sélectionnées afin de déterminer le degré de réalisation des objectifs dans les différents groupes de population. Ces études de cas traitent des mesures « LOVE LIFE », « Break the Chains » et « Afrimedia ».

Le Module 3 comprend des *interviews d'experts* semi-directives avec tous les intervenants directs du PNVI 2011–2017. Il offre une connaissance approfondie sur la structure organisationnelle du programme, les processus de coopération entre les différents acteurs et la mise en œuvre des diverses mesures.

Le Module 4 ajoute aux conclusions des trois premiers modules une perspective extérieure plus globale sur le PNVI 2011–2017. Cette vue externe se base sur des *entretiens téléphoniques* semi-standardisés avec des experts qui ne sont pas impliqués directement dans le programme.

Constatations principales et recommandations

Basées sur ces quatre modules, les constatations principales de l'évaluation sont énoncées par la suite lors d'une synthèse englobant tous les modules. Il s'agit d'une représentation résumant l'évidence empirique tirée de l'analyse des documents et des entretiens. S'appuyant sur ces constatations, l'équipe d'évaluation a formulé quatorze recommandations pour l'orientation stratégique du PNVI, sa conception et son organisation, ainsi que les contenus et les mesures du programme.

Constat 1 : L'orientation stratégique du PNVI s'est avérée pertinente et soutient la réalisation des objectifs.

Dans le cas de la prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST) en Suisse, le concept qui s'est imposé s'appuie sur une stratégie d'apprentissage social. Reposant sur les principes de la responsabilité personnelle, du volontariat et de l'anonymat, cette stratégie et les quatre objectifs principaux qu'elle sous-tend ont fait leurs preuves et sont largement acceptés. La structuration du PNVI en trois axes d'intervention, s'adressant respectivement (1) à la population générale, (2) aux groupes à risque d'exposition élevé et (3) aux personnes infectées par le VIH et/ou une IST et à leurs partenaires, soutient la réalisation des objectifs du programme et est considérée comme tout à fait pertinente. Par ailleurs, lors de ces dernières années, la part du travail de prévention basé sur des données scientifiques a pu être augmentée. D'importantes déficiences dans la surveillance comportementale ont également pu être comblées. En revanche, dans le domaine des autres IST (VIH non compris), il existe toujours des lacunes.

Par conséquent, les *recommandations* de l'équipe d'évaluation sur l'orientation stratégique sont les suivantes :

1. *Poursuivre la stratégie et les objectifs du PNVI 2011–2017 ;*
2. *Maintenir le modèle des axes en l'utilisant de façon flexible ;*
3. *Renforcer le travail de prévention basé sur des données scientifiques.*

Constat 2 : La conception et l'organisation du PNVI sont structurées de façon opportune, mais présentent un potentiel d'optimisation.

La répartition des responsabilités organisationnelles paraît pertinente et utile – les partenaires les plus importants de l'OFSP sont répartis dans les différents domaines du programme selon leurs compétences. Les recommandations du midterm-check concernant le style de direction, la transparence et la communication ont été prises en compte. En revanche, la distribution des moyens financiers entre les trois axes présente un potentiel d'amélioration pour une meilleure réalisation des objectifs. On préconise de concentrer les ressources de manière plus ciblée sur la prévalence et l'incidence du VIH et des IST. L'axe d'intervention 2 (et dans une moindre mesure, l'axe d'intervention 3) doit être renforcé aux dépens de l'axe 1 : celui-ci relevant principalement du domaine de compétence de Santé sexuelle Suisse (SSS), des réductions potentielles paraissent pertinentes.

Nous énonçons les *recommandations* suivantes concernant la conception et l'organisation du PNVI :

4. *Conserver la distribution des compétences dans les axes d'intervention ;*
5. *Orienter la distribution des ressources de manière plus conséquente vers la prévalence et l'incidence du VIH et des IST ;*
6. *Envisager une réduction du domaine de compétence de la SSS ;*
7. *Intensifier la coordination dans le domaine de la surveillance du VIH et des IST.*

Constat 3 : Axe d'intervention 1 : L'accent sur la campagne LOVE LIFE augmente l'acceptation du PNVI.

L'accent de l'axe d'intervention 1 est mis sur la campagne médiatique LOVE LIFE. Celle-ci augmente l'attention du grand public avec beaucoup de succès et génère un sentiment d'acceptation et de légitimation pour tout le programme. La campagne est considérée comme une mesure pertinente pour maintenir une présence dans l'esprit de la population et démontrer les risques des rapports sexuels non protégés. L'ancrage de l'éducation sexuelle à l'école représente aussi un élément principal de l'axe 1, bien qu'il ne soit pas financé actuellement par le PNVI. Une introduction systématique de ces cours – et donc l'opportunité d'informer la nouvelle génération sur le VIH et les IST dans l'ensemble du territoire suisse et d'apporter une contribution importante afin de mettre fin à la stigmatisation de ces maladies – est considérée comme importante dans l'ensemble des modules.

Telles sont les *recommandations* de l'équipe d'évaluation sur les contenus et les mesures de l'axe 1 :

8. *Axe d'intervention 1 : poursuivre la campagne LOVE LIFE ;*
9. *Axe d'intervention 1 : proposer une introduction systématique à l'éducation sexuelle dans l'ensemble du territoire suisse ;*
10. *Axe d'intervention 1 : envisager la réduction des autres mesures.*

Constat 4 : Axe d'intervention 2 : Au-delà de l'accent justifié porté sur la population HSH, les autres groupes cibles sont négligés.

En matière de prévention, le PNVI a surtout intensifié l'effort dans le groupe cible des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), ce qui est jugé éminemment pertinent au vu de la propagation du VIH et des autres IST. Les mesures dans ce domaine sont considérées comme novatrices

et effectives, et elles ont largement atteint leurs objectifs concernant la sensibilisation du groupe cible et la fréquence des dépistages. Dans l'ensemble des modules, l'engagement concernant le groupe cible des migrants et migrantes venant de pays à forte prévalence est en revanche vu comme insuffisant. De plus, les mesures de prévention implémentées visant cette population présentent une efficacité faible. Il semblerait que c'est surtout la forte stigmatisation qui entrave l'accès à la prévention.

Par conséquent, nous énonçons les *recommandations* suivantes concernant les contenus et les mesures de l'axe d'intervention 2 :

11. *Axe d'intervention 2 : Maintenir l'engagement dans le groupe cible des HSH ;*
12. *Axe d'intervention 2 : Renforcer l'engagement dans le groupe cible des migrants et migrantes venant de pays à forte prévalence ;*
13. *Axe d'intervention 2 : Envisager une réduction des coûts des tests VIH/IST.*

Constat 5 : Axe d'intervention 3 : La qualité dans les domaines du traitement et du conseil est élevée, mais dans la lutte contre la discrimination et la stigmatisation, des améliorations sont toujours possibles.

Dans l'axe d'intervention 3, des résultats substantiels ont pu être obtenus en ce qui concerne le traitement et le conseil prodigués aux personnes atteintes du VIH et/ou d'une IST. Malheureusement, cet axe est doté de ressources très limitées et des efforts supplémentaires sont nécessaires afin de contre-carrer la discrimination et la stigmatisation qui posent un problème persistant. Il est également important d'élargir le soutien aux personnes atteintes. Il serait en outre convenable de proposer un suivi constant de la prise des médicaments et une bonne collaboration avec le corps médical et la FMH.

Par conséquent, la *recommandation* pour l'axe 3 est la suivante :

14. *Axe d'intervention 3 : Renforcer l'engagement dans la lutte contre la discrimination et la stigmatisation.*

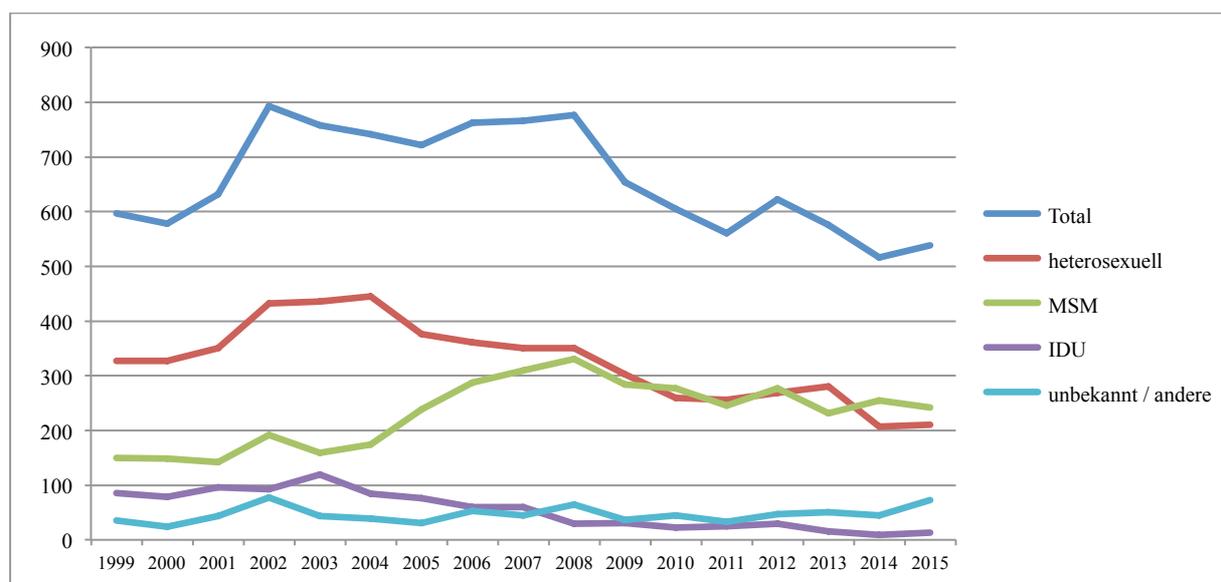
1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Die HIV-Epidemie hat die Schweiz zu Beginn der 1980er Jahre stärker als die meisten europäischen Länder getroffen. Die Schweiz hat auf diese Herausforderung aber schnell, systematisch und pragmatisch reagiert und unter starker Beteiligung der hauptsächlich betroffenen Gruppen und verschiedener Nicht-Regierungs-Organisationen (NGO) eine Strategie der strukturellen und verhaltensbezogenen Primärprävention umgesetzt, die auch international viel Lob und Anerkennung erfahren hat (s. Rosenbrock et al., 2009). Trotz der effektiven Präventionsanstrengungen der letzten dreissig Jahre ist HIV aber ein wichtiges Thema der öffentlichen Gesundheit geblieben. Im Jahr 2015 waren in der Schweiz 15'200 Personen mit HIV infiziert und es erfolgten 538 Diagnosen (BAG, 2015a). Der Männeranteil betrug dabei 77%. Während die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung mit 0.2% tief ist, konzentriert sich die HIV-Epidemie hauptsächlich in drei Bevölkerungsgruppen. Diese Gruppen mit einer Prävalenz von über 5% umfassen Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), Migrantinnen und Migranten aus Ländern mit einer generalisierten Epidemie und injizierend Drogen konsumierende Menschen (IDU).

In Abbildung 1 wird die Entwicklung der HIV-Diagnosen nach Ansteckungsweg und Diagnosejahr zwischen 1999 und 2015 dargestellt. Es zeigt sich hier, dass sich im Anschluss an die starke und kontinuierliche Abnahme der gemeldeten HIV-Fälle während der 1990er Jahre wieder eine deutliche Zunahme ereignete, die hauptsächlich den heterosexuellen Ansteckungsweg betraf. Seit 2004 haben die HIV-Diagnosen in dieser Gruppe nun erneut stetig und substanziell abgenommen, während es gleichzeitig in der Gruppe der MSM zu einer deutlichen Zunahme kam. Bis ins Jahr 2008 haben sich die gemeldeten Fälle über diesen Ansteckungsweg mehr als verdoppelt. Seither ist eine allmähliche, wenn auch mit gewissen Schwankungen behaftete, Abnahme der HIV-Diagnosen zu beobachten. Ansteckungen unter IDU wurden während der letzten Jahre deutlich seltener und bleiben auf einem tiefen Niveau stabil.

Abbildung 1: Anzahl HIV-Diagnosen nach Ansteckungsweg und Diagnosejahr, 1999-2015¹



¹ Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG); eigene Darstellung.

Bei den auf heterosexuellem Weg angesteckten Personen ist die Gruppe der Migrantinnen und Migranten aus Ländern mit einer generalisierten Epidemie besonders stark vertreten. Im Jahr 2015 hatten 34% der so infizierten Frauen sowie 13% der Männer die Nationalität eines Landes, das nach WHO-Kriterien als HIV-Hochprävalenzland eingestuft wird (BAG, 2016a). Bezogen auf die Schweiz handelt es sich dabei hauptsächlich um Länder südlich der Sahara und vereinzelt um Länder der Karibik. Auch abgesehen von Hochprävalenzländern betrafen über 60% der heterosexuell übertragenen Infektionen Migrantinnen und Migranten und die Ansteckungen ereigneten sich häufig bereits im Herkunftsland (ibid.). Die Zahl der HIV-Diagnosen in dieser Gruppe ist daher stark von den aktuellen Migrationsbewegungen abhängig.

Bei MSM hingegen überwiegt der Prozentsatz der frischen HIV-Infektionen (d.h. Infektionen, bei denen die Ansteckung weniger als ein Jahr vor der Diagnose stattgefunden hat) und liegt im Jahr 2015 bei 65% (BAG, 2016a). Diese Zahl könnte auf eine steigende HIV-Inzidenz hinweisen oder aber auch auf eine Zunahme der HIV-Tests in dieser Gruppe zurückzuführen sein. Die Ansteckungen erfolgten dabei überwiegend in der Schweiz (ibid.).

Bei anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) – namentlich Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydiose – zeigt sich seit Beginn des neuen Jahrtausends eine starke und kontinuierliche Zunahme der bestätigten Fälle (BAG, 2016a). So haben sich die Syphilis-Fälle seit der Einführung des obligatorischen Meldesystems im Jahr 2006 mehr als verdreifacht und liegen im Jahr 2015 bei 651 bestätigten Fällen. Die bestätigten Gonorrhoe- und Chlamydiose-Fälle haben sich seit dem Jahr 2000 verfünffacht und betragen im Jahr 2015 1895 (Gonorrhoe) und 10'167 Fälle (Chlamydiose). Mit einem Frauenanteil von 67% unterscheiden sich die Chlamydiose-Fälle deutlich von den anderen STI, die mehrheitlich Männer betreffen – 89% bei Syphilis und 80% bei Gonorrhoe. Der Anteil MSM betrug dabei im Vergleich mit den Männern, die sich auf heterosexuellem Weg infiziert hatten, bei den Syphilis-Fällen 77% und bei den Gonorrhoe-Fällen knapp 50% (ibid.).

1.2 Auftrag und Zielsetzung der Evaluation

Das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017 ist eine nationale Strategie zur Prävention sowie zur Diagnose und Behandlung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten wie Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydiose und basiert auf den rechtlichen Grundlagen des Epidemiengesetzes (SR 818.101). Das NPHS schliesst an frühere nationale Präventionsprogramme an, integriert aber erstmals nebst HIV auch andere STI. Durch diese gemeinsame Bekämpfung von HIV und anderen STI sollen Synergien geschaffen und genutzt sowie die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Infektionen besser berücksichtigt werden können (BAG, 2010a). Im Herbst 2017 soll beim Bundesrat nun eine Verlängerung des aktuellen Programms beantragt werden, bevor ein Nachfolgeprogramm erarbeitet wird. Im Hinblick auf diesen Bundesratsantrag lässt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) das NPHS 2011–2017 summativ evaluieren (s. BAG, 2017).

Am 2. Februar 2017 hat die Fachstelle Evaluation und Forschung des BAG die „Summative Evaluation des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017“ im Einladungsverfahren ausgeschrieben. Das Institut für Politikwissenschaft der Universität Zürich (IPZ) und synergo Mobilität – Politik – Raum GmbH wurden mit der Durchführung betraut. Die Evaluation ist summativ angelegt – soll also bilanzierendes Wissen in Bezug auf die Zielerreichung des NPHS 2011–2017 und die Umsetzung der HIV- und STI-Interventionen beschaffen. Die Ergebnisse der Evaluation dienen primär dazu, den Bundesratsantrag zu formulieren, und tragen sekundär zur Erarbeitung eines Nachfolgeprogramms zur Weiterentwicklung der HIV- und STI-Prävention in der Schweiz bei.

Gemäss ihrem summativen Charakter bearbeitet die Evaluation die folgenden vier Evaluationsfragen:

1. Wie gut unterstützt die Strukturierung des NPHS in drei Interventionsachsen (Zielgruppen) seine Zielerreichung?
2. Wie gut bewährt sich die Verteilung der verschiedenen Zuständigkeiten auf die Massnahmen der drei Interventionsachsen?
3. Was lief bei der Umsetzung des NPHS gut, was nicht? Wie zweckmässig sind die Massnahmen?
4. In welchem Grad haben die Massnahmen der drei Interventionsachsen ihre Ziele erreicht?

1.3 Struktur des Evaluationsberichts

Im Anschluss an diese Einleitung folgen im zweiten Kapitel ein Überblick zum Analysekonzept der Evaluation und den verwendeten Methoden sowie eine Beschreibung der vier Evaluationsmodule. Das dritte Kapitel erläutert das NPHS 2011–2017, seine zentralen Zielsetzungen, die verschiedenen Interventionsbereiche sowie die dazugehörigen Massnahmen. Die Kapitel 4 bis 7 präsentieren die Resultate der vier Evaluationsmodule – systematisch strukturiert gemäss den vier Evaluationsfragen. Im achten Kapitel erfolgen eine Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse, die Beantwortung der Evaluationsfragen und das Formulieren von Empfehlungen hinsichtlich der Verlängerung und der Weiterentwicklung des NPHS 2011–2017.

2 Methodisches Vorgehen

2.1 Überblick zum Analysekonzept

Die Evaluation ist modular aufgebaut, was einen transparenten Überblick über die einzelnen Analyse-schritte ermöglicht und die sach- und aufgabengerechte Bearbeitung der Evaluationsfragen erleichtert. Konkret werden vier Evaluationsmodule durchgeführt, welche die folgenden Themen umfassen: (1) eine umfassende Bestandesaufnahme und Dokumentenanalyse zum NPHS 2011–2017, (2) drei qualitative Fallstudien zu den ausgewählten Massnahmen ‚LOVE LIFE‘, ‚Break the Chains‘ und ‚Afrimedia‘, (3) leitfadengestützte Experteninterviews mit relevanten Stakeholdern des Programms und (4) halb-standardisierte Telefoninterviews mit externen Experten und Fachleuten.

Dieses Analysekonzept berücksichtigt somit eine Innen- und Aussenwahrnehmung zum NPHS 2011–2017 und bearbeitet alle Evaluationsfragen mehrfach. Der multimethodische und multiperspektivische Ansatz bietet zudem Gewähr für fundierte und aussagekräftige Resultate. Tabelle 1 bietet einen Überblick über die verwendeten Methoden der Datenerhebung.

Tabelle 1: Übersicht zu den verwendeten Methoden

Modul	Methoden	Stichprobe (Analyseebene)
(1) Dokumentenanalyse	Inhaltsanalyse mit inhaltlicher Strukturierung	Strategische Dokumente, Unterlagen zum Midterm-Check, weitere relevante Dokumente und Studien
(2) Fallstudien	Zweitverwertung erhobener Informationen	Fallstudien zu drei Massnahmen bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen
(3) Experteninterviews	Leitfadengespräche (N=6)	Vertretungen der Programmleitung, der EKSG und von Dachorganisationen nationaler NGO
(4) Telefoninterviews	halb-standardisierte telefonische Befragung (N=11)	Fachpersonen, die nicht am NPHS 2011–2017 beteiligt sind (Aussensicht)

Wie diese Übersicht aufzeigt, stützt sich die vorliegende Studie massgeblich auf bestehende Evidenz ab. Es handelt sich somit also weitgehend um eine Sekundärstudie, welche die umfangreichen bestehenden Grundlagen um einige, wenige eigene Primärerhebungen ergänzt. Die Aussagemöglichkeiten dieser Evaluation sind daher auch von verfügbaren Grundlagen abhängig.

2.2 Bewertung der Massnahmen bezüglich Zweckmässigkeit und Zielerreichung

Neben der Evaluierung der Konzeption des NPHS sowie der organisatorischen Zuständigkeiten liegt ein starker Fokus der Untersuchung auf den Massnahmen des Programms und ihrer Bewertung hinsichtlich Zweckmässigkeit und Zielerreichung. Diese Bewertung stützt sich auf Angaben von unterschiedlichen Quellen: aus der Dokumentenanalyse sowie aus Interviews, die entweder eine Innen- oder Aussensicht zum Programm wiedergeben.

Unter **Zweckmässigkeit** wird dabei die Eignung der Massnahmen resp. des Programms verstanden, die konstatierte Problemstellung zu bearbeiten. Es geht hier also weniger um die realisierten Effekte, sondern vielmehr um das Wirkpotenzial der Massnahmen resp. des Programms. Die Zweckmässigkeit der Massnahmen wird dabei anhand folgender Indikatoren bewertet:

- Wurden die richtigen Massnahmen implementiert, um die Oberziele des Programms (Sensibilisierung, Prävention, Diagnose/Beratung/Therapie) zu erreichen?
- Wie hoch ist der potenzielle Beitrag der einzelnen Massnahme zur Erreichung dieser Oberziele?
- Basieren die Massnahmen auf einer sinnvollen und funktionierenden Aufgabenteilung und einem effektiven Leadership?
- Gibt es Bereiche, die vernachlässigt wurden, die aber über viel Potenzial verfügen würden?

Unter der **Zielerreichung** wird verstanden, inwiefern die durch das Programm resp. die Massnahmen gesetzten Ziele realisiert werden konnten. Der Grad der Zielerreichung der einzelnen Massnahmen wird über folgende Indikatoren bewertet:

- In welchem Ausmass wurden die gesteckten Ziele der einzelnen Massnahmen erreicht?
- Wurde die Zielgruppe erreicht und sind die Präventionsbotschaften angekommen?
- Hat eine Sensibilisierung der Zielgruppe stattgefunden?
- Wie präsentiert sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Massnahme?

2.3 Dokumentenanalyse

Die Bestandesaufnahme zum NPHS 2011–2017 erfolgte mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse der relevanten Unterlagen zum Programm. Ausgewertet wurden strategische Dokumente, Unterlagen zum Midterm-Check, Evaluationen und Analysen einzelner Massnahmen sowie weitere relevante Studien in diesem Themenfeld. Die Befunde aus den einzelnen Studien wurden systematisch hinsichtlich der vier Evaluationsfragen erhoben und in einer Evaluationssynthese zusammengeführt (Balthasar, 2000; GAO, 1992; Hense und Mandl, 2011). Ein besonderer Schwerpunkt lag dabei auf den Unterlagen zum Midterm-Check und den dazugehörigen Resultaten der Stakeholder-Befragung.

2.4 Fallstudien

Modul 2 vertieft die Erkenntnisse aus dem ersten Modul anhand qualitativer Fallstudien zu ausgewählten Massnahmen bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Die zu untersuchenden Massnahmen wurden dabei in Zusammenarbeit mit den Auftraggebern bestimmt. Die Auswahl richtete sich nach der Relevanz der Massnahmen sowie nach dem Umfang ihrer Dokumentation. Die ausgewählten Fälle umfassen die massenmediale ‚LOVE LIFE-Kampagne‘ (Achse 1 des NPHS) sowie zwei Angebote für gefährdete Bevölkerungsgruppen – ‚Break the Chains‘ und ‚Afrimedia‘ (Achse 2 des NPHS). Diese Fallstudien stellen hauptsächlich eine vertiefende Sekundäranalyse der in den Modulen 1, 2 und 4 erhobenen Informationen dar. Im Rahmen der Dokumentenanalyse und der Experten- und Telefoninterviews wurden zusätzlich Detailinformationen zu den drei ausgewählten Fällen generiert und dann separat analysiert.

2.5 Experteninterviews

Das dritte Modul fokussiert auf die Beurteilung des NPHS 2011–2017 aus der Sicht ausgewählter Personen, die direkt am NPHS 2011–2017 beteiligt sind respektive waren, und soll einen profunden Einblick in die organisatorische Struktur des NPHS 2011–2017, in die Kooperationsprozesse zwischen den verschiedenen Akteuren sowie in die Art der Umsetzung der unterschiedlichen Massnahmen ermöglichen. Mittels sechs persönlichen Leitfaden-Interviews (Kvale und Brinkmann, 2009) wurde das

Programm aus verschiedenen Innen-Perspektiven genauer betrachtet. Befragt wurden dabei die aktuelle und die ehemalige Programmleitung in der Sektion Prävention und Promotion des BAG sowie Vertretungen der Eidgenössischen Kommission für Sexuelle Gesundheit (EKSG) und von Dachorganisationen nationaler NGO im Bereich HIV und STI. Im Fokus der Interviews standen die Gliederung der Strategie in drei Interventionsachsen, die Aufteilung der organisatorischen Zuständigkeiten, die Steuerungs- und Kooperationsprozesse, die Zweckmässigkeit der verschiedenen Instrumente sowie die Zielerreichung der einzelnen Massnahmen. Die Interviews wurden transkribiert, inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring, 2015) und in einer Synthese zusammengeführt. Die im Bericht direkt zitierten Aussagen sind von den Interviewpartnerinnen und -partnern gegengelesen und schriftlich autorisiert worden.²

2.6 Telefoninterviews

Die detaillierte Innensicht auf das NPHS 2011–2017 – gewährleistet durch die Module 1, 2 und 3 – wurde im vierten Modul um eine umfassende Aussensicht ergänzt. Dazu wurden halb-standardisierte Telefoninterviews mit verschiedenen Akteuren durchgeführt, die *nicht* am Programm beteiligt sind. Diese Befragung gab Aufschluss über die Visionen, Massnahmen und Wirkungen des NPHS 2011–2017, wie sie von aussen wahrgenommen werden. Zu den Befragten zählen Fachpersonen, die zwar – zumindest teilweise – im HIV- und STI-Bereich tätig sind, aber nicht an der Konzipierung oder Umsetzung des NPHS 2011–2017 mitwirkten. Es handelt sich um Personen aus den Fachgebieten Gesundheitsökonomie, Sexualpädagogik, Gesundheitspsychologie, Medizin, Migration, Kommunikation und Sozialarbeit, die auf strategischer oder operativer Ebene, im nationalen, kantonalen, regionalen oder lokalen Kontext tätig sind. Die Auswahl der Gesprächspartnerinnen und -partner erfolgte in Zusammenarbeit mit den Auftraggebern und sollte alle für das NPHS 2011–2017 relevanten Themen abdecken. Für die Interviews wurden insgesamt siebzehn Personen angefragt, davon wurde mit elf Personen ein telefonisches Interview von 20 bis 36 Minuten geführt. Eine Person sagte ab und vier Personen antworteten nicht oder zu spät auf Kontaktversuche per E-Mail und Telefon. Da die elf Personen aber die verschiedenen Bereiche und Akteure, die das NPHS 2011–2017 umfasst, sehr gut abdecken, wurde auf weitere Anfragen für Interviews verzichtet.³

Die halb-standardisierten Telefoninterviews betrafen alle vier Hauptfragestellungen; aufgrund der Aussenperspektive der Befragten können sie aber unterschiedlich vertiefte Einblicke dazu geben. Zu Beginn des Interviews wurde jeweils gefragt, in welchem Bezug die Person zum NPHS 2011–2017 stehe und inwiefern die Konzeption oder einzelne Massnahmen bekannt seien. Darauf aufbauend wurden im Gespräch jene Aspekte vertieft, zu denen die Person Aussagen machen konnte. Generell standen bei den Telefoninterviews die folgenden Themen im Fokus:

- Zweckmässigkeit und Zielerreichung des Programms und/oder einzelner, bekannter Massnahmen, darunter die Konzeption mit den drei Interventionsachsen und vier Oberzielen
- Zukünftige Entwicklungen oder Herausforderungen

Erwartungsgemäss seltener konnten die befragten Personen Einschätzungen zu Fragen der Programmsteuerung sowie der Kooperation der beteiligten Akteure geben.

² Die Liste der interviewten Personen und der Gesprächsleitfaden sind in Anhang 2 zu finden.

³ Die Liste der befragten Personen und der Gesprächsleitfaden sind in Anhang 3 zu finden.

3 Das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017

3.1 Vision und Oberziele des NPHS

Das NPHS 2011–2017 ist die nationale Strategie zur Prävention sowie zur Diagnose und Behandlung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen und basiert auf der rechtlichen Grundlage des Epidemiengesetzes (BAG, 2016b). Es werden also erstmals nebst HIV auch andere STI wie Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydiose integriert, um die bestehenden Wechselwirkungen zwischen den Infektionen besser berücksichtigen und bei der Bekämpfung von HIV und anderen STI von Synergien profitieren zu können.⁴ Das Programm wurde in einem breiten, partizipativen Prozess mit verschiedenen Stakeholdern erarbeitet und basiert auf folgender umfassenden Vision (BAG, 2010a: 73):

„In der Schweiz sind die Voraussetzungen gegeben, dass die Menschen selbstbestimmt und in gegenseitigem Respekt eine unbeschwerte, risikoarme Sexualität leben können. Das NPHS 2011–2017 trägt massgeblich hierzu bei, indem es die Bewohnerinnen und Bewohner befähigt, ihre sexuelle Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern.“

Zur Erreichung dieser Vision verfolgt das NPHS 2011–2017 folgende vier Oberziele (BAG, 2010a: 76-79):

1. Die Menschen in der Schweiz sind aufgeklärt und fähig, ihre Rechte im Bereich der Sexualität wahrzunehmen.
2. Das Übertragungsrisiko von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sinkt.
3. HIV und andere STI werden in einem frühen Stadium erkannt und richtig behandelt.
4. Die HIV- und STI-Arbeit wirkt nachhaltig, weil sie auf die Partizipation der Zielgruppen setzt, auf wissenschaftlicher Evidenz beruht und von der Bevölkerung getragen wird.

In der Schweiz sind die Rechte des Menschen bezogen auf die Sexualität im Grundsatz gewährleistet. So darf niemand aufgrund der Identität oder der sexuellen Orientierung diskriminiert werden⁵ und es besteht das Recht auf persönliche Freiheit einschliesslich der sexuellen Selbstbestimmung⁶. Allerdings mangelt es einerseits an der nötigen Aufklärung hinsichtlich dieser Rechte – so ist beispielsweise die schulische Sexualaufklärung nicht in allen kantonalen Lehrplänen verankert – und andererseits bestehen für Angehörige besonders vulnerabler Gruppen oftmals Hindernisse im Wahrnehmen dieser Rechte – dazu zählen unter anderem Armut, ein unregelmässiger Aufenthaltsstatus, Abhängigkeitsverhältnisse in Beziehungen und sprachliche Barrieren (BAG, 2010a: 77). Mit seiner ersten Zielsetzung will das NPHS die Aufklärung verbessern und allen Menschen gleichberechtigten Zugang zur (sexuellen) Gesundheitsversorgung ermöglichen.

Mit dem zweiten Oberziel sollen das Übertragungsrisiko von HIV und STI gesenkt und die weitere Verbreitung dieser Infektionen gebremst werden. Zur Erreichung dieser Zielsetzung werden die Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz motiviert, sich in Risikosituationen zu schützen und die Regeln des Safer Sex⁷ anzuwenden. Spezifische Präventionsmassnahmen, Impfprogramme und sowie Testungs- und Behandlungskonzepte sollen dafür sorgen, dass sich namentlich Menschen mit einem

⁴ Gemäss dem BAG (2010a: 17) gelten zum Zeitpunkt der Verabschiedung des Programms nebst HIV folgende STI als relevant für die öffentliche Gesundheit: Gonorrhoe, Syphilis, Chlamydien, Hepatitis B, Hepatitis C, Humanes Papillomavirus, Herpes (HSV 1 und 2) und Lymphogranuloma venerum.

⁵ Rechtsgleichheit und Diskriminierungsverbot, Art. 8 BV

⁶ Art. 10, Abs. 2 BV

⁷ Die drei Regeln des Safer Sex lauten wie folgt: (1) Eindringen immer mit Präservativ, (2) kein Sperma und Blut in den Mund und (3) bei Jucken, Ausfluss oder Schmerzen im Genitalbereich zum Arzt.

erhöhten Expositionsrisiko besser vor HIV schützen und eine längerfristige Beeinträchtigung ihrer Gesundheit durch andere STI vermeiden können (BAG, 2010a: 78).

Die Früherkennung und die rasche und richtige Behandlung von HIV und anderen STI – festgehalten in der dritten Zielsetzung des NPHS – sind von grosser Bedeutung, da sie einerseits die individuelle Lebenserwartung erhöhen sowie mögliche Folgeschäden verhindern können und andererseits die weitere Übertragung dieser Infektionen verhindern. Durch den medizinischen Fortschritt wurde diese Bedeutung hinsichtlich der öffentlichen Gesundheit noch verstärkt. So hat die Eidgenössische Kommission für Sexuelle Gesundheit (EKSG) aufgezeigt, dass Menschen, deren HIV-Infektion entdeckt und konsequent therapiert ist, nicht mehr infektiös sind, sofern sie nicht an einer anderen STI leiden.⁸

Das vierte Oberziel des NPHS richtet seinen Fokus auf die Grundbedingungen, die erfüllt sein müssen, um die Qualität des Systems der Prävention, Beratung, Diagnostik und Therapie stetig weiterentwickeln zu können (BAG, 2010a: 79). So sollen Diskriminierung und Stigmatisierung bekämpft und die betroffenen Menschen sowie die verschiedenen Zielgruppen der Interventionen in die Präventionsarbeit eingebunden werden. Des Weiteren will das NPHS die HIV- und STI-Arbeit auf eine klar evidenzbasierte Grundlage stellen und die Evaluierung der Effektivität und Effizienz der HIV- und STI-Interventionen stärken. Das Schweizer Modell soll sich zudem an internationalen ‚Best Practice‘-Modellen orientieren und selbst zu deren Weiterentwicklung beitragen.

3.2 Die drei Interventionsachsen des NPHS

Zur Erreichung der vier Oberziele und für eine sinnvolle Strukturierung der HIV- und STI-Arbeit werden alle Interventionen des NPHS in drei Achsen gebündelt, wobei sich jede Achse an bestimmte Bevölkerungsgruppen richtet (BAG, 2010a: 82-85):

- **Interventionsachse 1:** Gesamtbevölkerung
- **Interventionsachse 2:** Menschen, die sich in einem Umfeld, in welchem die Erreger stark verbreitet sind, risikoreich verhalten
- **Interventionsachse 3:** Menschen mit einer HIV- oder STI-Infektion sowie deren Partnerinnen und Partner

Das Achsenmodell ist also kumulativ aufgebaut – wer zu den Zielgruppen der Achse 2 oder 3 gehört, wird auch durch die Massnahmen der ersten Achse adressiert. Die Einteilung dieser Achsen erfolgte dabei nach Kriterien der Prävalenz und der Vulnerabilität hinsichtlich HIV und anderen STI.

Die Interventionsachse 1 umfasst die gesamte Bevölkerung, spricht aber auch spezifische Gruppen an, die zwar eine tiefe Prävalenz, aber eine etwas erhöhte Vulnerabilität aufweisen. Dabei handelt es sich um Jugendliche und junge Frauen und Männer, Migrantinnen und Migranten aus Ländern ohne generalisierte HIV-Epidemie, Freier sowie um Reisende in Endemiegebiete.

Die Zielgruppen der Interventionsachse 2 umfassen diejenigen Gruppen mit einer hohen Prävalenz und/oder einer hohen Vulnerabilität. Dazu zählen MSM, Migrantinnen und Migranten aus Ländern mit einer generalisierten Epidemie, IDU, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter sowie Gefängnisinsassen.

Die Interventionsachse 3 schliesslich richtet sich an Menschen mit einer HIV- oder STI-Infektion und deren Partnerinnen und Partner. Neben einer raschen Diagnose und einer effektiven Therapie der infizierten Personen ist hier die freiwillige Partnerinformation von grosser Bedeutung für die Präventionsarbeit.

⁸ Statement der EKSG (ehemals Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (EKAF)) vom 30. Januar 2008 (BAG, 2010a: 149).

Das NPHS 2011–2017 hat im Vergleich zu früheren Präventionsprogrammen die Verteilung der finanziellen Mittel hinsichtlich der drei Interventionsachsen etwas angepasst: Präventionsangebote für Zielgruppen, die von HIV und STI besonders betroffen sind, wurden auf Kosten von Massnahmen für die Gesamtbevölkerung ausgebaut. Diese Verschiebung erfolgte auf Empfehlung eines internationalen Expertenpanels, das vermehrte Präventionsanstrengungen für die Hauptrisikogruppen forderte (Rosenbrock et al., 2009). Mit dieser Verlagerung des Fokus sollen die Präventionsinvestitionen effektiver eingesetzt und die Verbreitung der Infektionen rascher und effizienter gebremst werden.

3.3 Programmsteuerung und Organisation

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat die Federführung bei der Steuerung des NPHS inne, setzt dabei thematische Prioritäten und koordiniert die Umsetzung der verschiedenen Massnahmen. Es garantiert die epidemiologische Überwachung von HIV und anderen STI, lässt zusätzliche Verhaltensdaten erheben und erarbeitet zusammen mit den entsprechenden Fachgremien Richtlinien und Empfehlungen zum Impfen sowie zu Diagnose, Beratung und Therapie von Menschen mit HIV und/oder STI (BAG, 2010a: 129). Das BAG arbeitet eng mit anderen Bundesstellen, mit kantonalen Behörden, den medizinischen Fachgesellschaften, nationalen Dachorganisationen und regionalen NGO sowie Checkpoints zusammen. Die HIV- und STI-Präventionsarbeit auf internationaler Ebene wird von der Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) in Kooperation mit dem BAG umgesetzt.

Weitere zentrale staatliche Akteure im HIV- und STI-Präventionssystem sind die Kantone und die Eidgenössische Kommission für Sexuelle Gesundheit (EKSG). Die kantonalen Behörden sind zuständig für die Umsetzung und Koordination von Massnahmen innerhalb ihres Kantonsgebiets und stellen qualitativ angemessene HIV- und STI-spezifische Angebote in den Bereichen Prävention, Beratung, Diagnose und Therapie sicher (BAG, 2010a: 129). Die EKSG ist eine ausserparlamentarische Kommission, deren Hauptaufgabe darin besteht, den Bundesrat und die Bundesverwaltung bei der Bekämpfung von HIV und anderen STI strategisch und politisch zu beraten und die Umsetzung der strategischen Leitlinien zu überprüfen. Die EKSG besteht seit Anfang 2012 und löste die 1988 geschaffene Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen (EKAF) ab.

In der Umsetzung des NPHS spielen zudem verschiedene nationale, regionale und lokale NGO sowie Betroffenenorganisationen eine wichtige Rolle. Hervorzuheben sind dabei namentlich die Aids-Hilfe Schweiz (AHS) und die Sexuelle Gesundheit Schweiz (SGCH).

Die AHS ist der Dachverband von acht regionalen Koordinationszentren sowie von weiteren über vierzig im HIV-Bereich tätigen oder engagierten Organisationen. Sie plant, koordiniert und realisiert Präventionsprojekte besonders für Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Risiko und engagiert sich für Menschen mit HIV oder Aids und ihre Bedürfnisse, Rechte und Gleichstellung in der Gesellschaft. Weiter fungiert sie als eidgenössische Meldestelle für Diskriminierungen im Bereich HIV/Aids (vgl. aids.ch). Die AHS ist im Rahmen des NPHS hauptsächlich in den Interventionsachsen 2 und 3 tätig und engagiert sich für die Zielgruppen der MSM, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, Migrantinnen und Migranten aus Ländern mit erhöhter Prävalenz, weiteren vulnerablen Migrationsgruppen, IDU und HIV-positiven Menschen.

Die SGCH (ehemals PLANeS) ist die schweizerische Dachorganisation der Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit in Beratung und Bildung sowie der Fachverbände in diesen Berufsgruppen. Sie setzt sich ein für die Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie der sexuellen Rechte (vgl. sante-sexuelle.ch). Die SGCH ist hauptsächlich in der Interventionsachse 1 tätig und trägt in diesem Rahmen dazu bei, die Gesamtbevölkerung über HIV und STI zu informieren und diesbezüglich Sensibilisierungsarbeit zu leisten.

3.4 Instrumente und Massnahmen des NPHS

Die Interventionsachse 1, die auf die Sensibilisierung und Information der Gesamtbevölkerung zielt, stellt hauptsächlich auf die massenmediale LOVE LIFE-Kampagne ab. Zudem sollen die Kantone sicherstellen, dass es in ihrem Kanton mindestens eine von ihnen anerkannte Jugend-/ Sexual-/ Schwangerschafts- und/oder Familienberatungsstelle gibt. In Zusammenarbeit mit den Kantonen wird zudem die Integration einer stufengerechten Sexualaufklärung in die Lehrpläne angestrebt. Sie soll Aufklärung vermitteln, Wissen über sexuelle Gesundheit verankern und der Stigmatisierung von Menschen mit HIV und/oder anderen STI entgegenwirken (BAG, 2010a: 95).

In der Interventionsachse 2 liegt der Fokus auf spezifischen Beratungs- und Testangeboten für die einzelnen Zielgruppen. Die Testkonzepte orientieren sich vornehmlich an PICT⁹ und VCT¹⁰ und zielen darauf ab, die frühe Diagnose von HIV und anderen STI zu fördern. So werden beispielsweise in den städtischen Gebieten, wo sich die Szene der MSM konzentriert, niederschwellige Beratungs- und Testangebote nach dem Modell Checkpoint¹¹ angeboten. Die Beratung stellt dabei ein wichtiges Instrument der Prävention dar: Sie soll diejenigen, die sich nicht infiziert haben, motivieren, sich in Zukunft zu schützen und so infektionsfrei zu bleiben (BAG, 2010b: 18). In den verschiedenen VCT-Zentren wird zur Ermittlung des Risikoprofils und zur Gewährleistung einer hohen Beratungsqualität das Internet-Tool BerDa genutzt, das einen *Beratungsleitfaden* und ein *Datenverwaltungssystem* bereitstellt. Für die einzelnen Zielgruppen sind zudem spezifische Präventionsmassnahmen in ihrem Umfeld etabliert (z.B. Internet-Tools mit Risikoanamnese, Informationsmaterial und Mediatorenarbeit). Diese Interventionen sollen an die Notwendigkeit von Schutzmassnahmen erinnern und deren Anwendung erleichtern (BAG, 2010a: 99).

In der Interventionsachse 3 geht es einerseits darum, Menschen mit HIV oder einer STI rasch und korrekt zu behandeln. Bei HIV kann die Viruslast so in der Regel unter die Nachweisgrenze gesenkt werden, was die betroffenen Personen nicht mehr infektiös macht. Andererseits sollen die Betroffenen für die Nichtweitergabe des Virus sensibilisiert und motiviert werden – möglichst unter Einbezug ihrer Partnerinnen und Partner (BAG, 2010b: 22-23).

Drei zentrale Massnahmen – ‚LOVE LIFE‘, ‚Break the Chains‘ und ‚Afrimedia‘ –, die in Kapitel 5 zusätzlich Gegenstand qualitativer Fallstudien sind, werden nun im Folgenden etwas genauer portraitiert.

3.4.1 Präventionskampagne ‚LOVE LIFE‘

Die LOVE LIFE-Kampagne ist der Hauptpfeiler der Präventionsanstrengungen in der Interventionsachse 1 und stellt das Nachfolgeprogramm der Kampagnen STOP AIDS und LOVE LIFE STOP AIDS dar. Die jährliche Kampagne wird vom BAG finanziert und in Partnerschaft mit den beiden Zivilorganisationen AHS und SGCH geleitet. Für die Umsetzung ist jeweils eine externe Agentur verantwortlich (BAG, 2013: 6).

Es handelt sich hierbei um eine massenmediale ‚Topdown-Kampagne‘ (Rüefli und Schneider Stingelin, 2013: 26), die nach einer Laufzeit von ein oder zwei Jahren erneuert wird. Allerdings gibt es bleibende Elemente: Das Logo mit dem rosafarbenen ‚O‘ und die drei Safer Sex-Regeln (BAG, 2013: 5). Die positive Botschaft der Kampagne, dass man sein Sexualleben entspannter geniessen kann, solange

⁹ PICT: Provider-Initiated Counselling and Testing (HIV-Beratung und -Testung auf Initiative des Arztes oder der Ärztin).

¹⁰ VCT: Voluntary Counselling and Testing (freiwillige HIV-Beratung und -Testung).

¹¹ Checkpoints sind niederschwellig zugängliche Gesundheitszentren für MSM, die zielgruppenspezifische, massgeschneiderte Angebote mit einer umfassenden Betreuung im Bereich HIV und STI anbieten – von Diagnose mit Vor- und Nachberatung über Behandlung bis zu Impfungen (BAG, 2010a: 148).

man sich gut vor HIV und anderen STI schützt, wird in der Regel mittels Plakatwerbung, TV-Spots, Textbannern im Internet und Werbung in den öffentlichen Verkehrsmitteln verbreitet (BAG 2015c: 4; ClearChannel, 2014: 12). Die Internetseite *lovelife.ch* ist eine weitere wichtige Komponente der Präventionsarbeit. Sie bietet die Möglichkeit eines Risiko-Checks, der anonymen Partnerinformation und viele Informationen zu STI. Die LOVE LIFE-Kampagne genießt eine hohe Aufmerksamkeit und Akzeptanz in der Bevölkerung (Demoscope, 2017a).

3.4.2 Präventionskampagne ‚Break the Chains‘

Break the Chains (BTC) ist die zentrale Präventionskampagne für die Zielgruppe der MSM in der Interventionsachse 2. Diese Zielgruppe ist die am stärksten von HIV und Syphilis betroffene Bevölkerungsgruppe in der Schweiz. BTC ist eine jährlich wiederkehrende Kampagne und wird seit 2012 jeweils im Frühjahr durchgeführt. Bei der Kampagne werden MSM dazu aufgefordert, über einen Monat hinweg das Ansteckungsrisiko konsequent zu vermeiden und anschliessend einen HIV-Test zu machen. Das Ziel der Kampagne ist es, die HIV-Ansteckungskette während der Primoinfektionsphase in der Gay- und MSM-Community zu durchbrechen und dadurch die Viruslast in der Community zu vermindern.

Die BTC-Kampagne wird im Auftrag des BAG durch die AHS national koordiniert und in Zusammenarbeit mit lokalen Partnern in den fünf Städten durchgeführt, die am meisten von HIV betroffen sind. Mittels Outreach-Aktivitäten und über diverse Kommunikationskanäle werden MSM über den Inhalt und die Ziele der Kampagne informiert und so zu einer Teilnahme an der Aktion angeregt. Nebst dem Ziel, das Risiko der HIV-Ansteckung zu vermindern, beabsichtigt die Kampagne ebenfalls zur besseren Kenntnis über die Primoinfektion bei MSM beizutragen.

3.4.3 Präventionsprogramm ‚Afrimedia‘

Afrimedia ist das relevanteste Präventionsprogramm für die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern – namentlich aus Ländern südlich der Sahara – in der Interventionsachse 2. Diese Zielgruppe ist gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil sehr stark von HIV betroffen und weist zudem – bedingt durch die Migrationssituation – verschiedene Vulnerabilitätsfaktoren auf, wie sprachliche Barrieren, soziale und wirtschaftliche Prekarität oder ein tiefes Bildungsniveau (BAG, 2016c: 31). Von grosser Bedeutung für die Prävention ist hier ausserdem die starke Stigmatisierung von Menschen mit HIV, was dazu führt, dass Informations- und Testangebote weniger stark wahrgenommen werden.

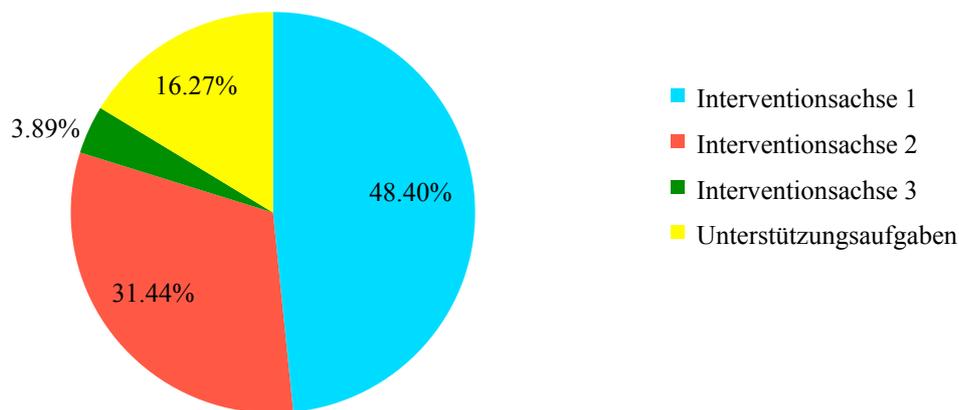
Afrimedia basiert auf dem methodischen Ansatz der ‚Peer education‘ und arbeitet mit interkulturellen Mediatorinnen und Mediatoren afrikanischer Herkunft. Zu den wichtigsten Zielsetzungen des Programms zählen die Erweiterung des Wissens von Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika zu Risiken, Präventions-, Test- und Therapieangeboten im Bereich HIV und STI. Weiter zielt Afrimedia darauf ab, das Schutz- und Testverhalten dieser Bevölkerungsgruppe zu verbessern sowie die Stigmatisierung von HIV und Aids zu reduzieren (Nideröst et al., 2015: 2). Afrimedia ist ein nationales Programm mit regionaler Umsetzung. Es wird von acht regionalen Aids-Hilfe-Organisationen implementiert und dabei national von der AHS koordiniert und teilfinanziert (*ibid.*).

3.5 Die Kosten des NPBS

Gemäss BAG (2010a: 69) ist während der Laufzeit des NPBS mit jährlichen Ausgaben von CHF 9 Mio. (inkl. Personal) zu rechnen. Die Zahlungen an die Programmpartner für die Umsetzung des NPBS belaufen sich dabei über die Jahre 2014 bis 2016 im Schnitt auf CHF 7.1 Mio. pro Jahr (BAG, 2014; 2015a; 2016b).¹² Der interne Personalaufwand des BAG für die Themen HIV und STI über diese drei Jahre beträgt durchschnittlich 675 Stellenprozent. Dabei entfallen 465 Stellenprozent auf die Sektion Prävention und Promotion (inkl. der Betreuung der EKSG), 120 auf die Sektion Epidemiologie und 90 auf die Sektion Kampagnen (BAG, 2014; 2015a; 2016b).

Abbildung 2 zeigt die genaue Aufteilung des durchschnittlichen Ressourcenaufwands des BAG über die Jahre 2014 bis 2016 auf die drei Interventionsachsen und die Unterstützungsaufgaben. Es ist dabei anzumerken, dass sich die Projekte nicht immer exakt einer Achse zuteilen lassen. Die Unterstützungsaufgaben, wie beispielsweise die Durchführung wissenschaftlicher Studien oder die Information von Fachpersonen, bilden zudem die Rahmenbedingungen, um die Zielerreichung in den drei Achsen zu gewährleisten.

Abbildung 2: Durchschnittliche Zahlungen des BAG an die Programmpartner von 2014 bis 2016 (100% entsprechen CHF 7.1 Mio.)



Quelle: BAG, 2014; 2015a; 2016b

In der Interventionsachse 1, in die fast die Hälfte der Bundesgelder investiert werden, stellt die LOVE LIFE-Kampagne das grösste Präventionsprojekt mit jährlichen Kosten von gut CHF 2 Mio. dar. Somit erhält die LOVE LIFE-Kampagne 60% der Ausgaben für die Interventionsachse 1 und 29% der gesamten Zahlungen des BAG von CHF 7.1 Mio. Die AHS als wichtigster Programmpartner bezieht durchschnittlich 25% und die SGCH 18% der Zahlungen des Bundes (BAG, 2014; 2015a; 2016b). In der Dauer der Vertragslaufzeiten der einzelnen Projekte bestehen dabei erhebliche Unterschiede, die sich auf die Planungssicherheit der Programmpartner auswirken können.

¹² Bei den Budgetzahlen wurde jeweils ein Durchschnitt über die drei Jahre 2014, 2015 und 2016 berechnet, da für die früheren Jahre keine detaillierteren Budgetdaten verfügbar sind. Während der Jahre 2014 bis 2016 haben sich dabei keine grösseren finanziellen Schwankungen ereignet.

3.6 Der Midterm-Check des NPHS

Zur Halbzeit der Umsetzung des NPHS 2011–2017 wurde Ende Juni 2014 im Rahmen eines Midterm-Checks (MTC) Zwischenbilanz gezogen. Der MTC beinhaltete dabei zwei unterschiedliche Teilprojekte und eine Synthese (s. Heuer, 2014). Im ersten Teilprojekt wurde ein Workshop mit 23 Vertreterinnen und Vertretern der relevantesten Stakeholder des NPHS durchgeführt und das zweite Teilprojekt beinhaltete semistrukturierte Einzel- und Gruppeninterviews mit insgesamt 42 Expertinnen und Experten. In einem Syntheseworkshop wurden die Resultate der beiden Teilprojekte schliesslich gesichtet, diskutiert und in einem Synthesebericht festgehalten. Da im MTC nahezu ausschliesslich Personen befragt wurden, die am Programm beteiligt sind, bildet er weitgehend eine Innensicht des NPHS ab (ibid.: 4).

In beiden Teilprojekten zeigte sich, dass die Vision, die Oberziele, das Modell der Interventionsachsen und die dazugehörigen Ziele breit akzeptiert sind und als gut bewertet werden (Heuer, 2014). Die meisten Befragten sahen keinen Anpassungsbedarf bei der strategischen Ausrichtung und befürworteten zudem die vorgesehene Verlängerung des Programms. Mängel wurden allerdings hinsichtlich der Koordination der Zusammenarbeit, der Leadership-Funktion des BAG, der Evidenzbasierung und der konsequenteren Ausrichtung der Interventionsanstrengungen auf die Hauptrisikogruppen ausgemacht. Für die zweite Hälfte der Umsetzung des NPHS 2011–2017 wurden daher verschiedene Hinweise und Empfehlungen formuliert (s. Heuer, 2014). Die wichtigsten Empfehlungen lauten dabei wie folgt:

- Das BAG und die EKSG sollen eine stärkere Führungs- und Steuerungsfunktion übernehmen.
- Es sollen Transparenz bezüglich des Ressourceneinsatzes hergestellt, die Kommunikation gestärkt und die Bereitstellung von Dienstleistungen optimiert werden.
- Die Evidenzbasierung der Massnahmen und in diesem Zusammenhang auch die Datensammlung und -aufbereitung sollen gestärkt werden.
- In der Umsetzung des NPHS sollen die Prioritäten geklärt und neue Akzente bei MSM mit hohen Risiken und der Migrationsbevölkerung gesetzt werden.
- Früherkennung und Partnerinformation sind grundsätzlich zu verbessern.
- Die Sexualaufklärung soll stärker thematisiert und die sexuellen Rechte klar verankert werden.
- Systemhürden, welche Diagnostik und Therapie erschweren, sollen abgebaut und das Gesundheitssystem für alle Menschen gleichermassen zugänglich sein.

4 Dokumentenanalyse

4.1 Gliederung des NPHS 2011–2017 in drei Interventionsachsen

Die Strukturierung des NPHS 2011–2017 in drei Interventionsachsen, die sich an (1) die Gesamtbevölkerung, (2) Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko und (3) Menschen mit einer HIV- oder STI-Infektion und ihre Partnerinnen und Partner richten, erfolgte nach Kriterien der Prävalenz und der Vulnerabilität hinsichtlich HIV und anderen STI. Die Auswertung und Analyse der relevanten Evidenz zeigt nun, dass diese Einteilung für das Erreichen der Programmziele als weitestgehend sinnvoll und hilfreich bewertet werden kann. Auch die Befragungen und Diskussionen im Rahmen des Mid-term-Checks (MTC) ergaben eine klare, grundsätzliche Zustimmung zum Modell der Interventionsachsen (Heuer, 2014: 5).

Eine Strukturierung anhand von Prävalenz und Vulnerabilität macht Sinn, da damit auch unterschiedliche Präventionslogiken verbunden sind. In Achse 1 mit einer tiefen HIV- und STI-Prävalenz liegt der Fokus richtigerweise auf Sensibilisierung- und Informationsmassnahmen und mittels spezifischen Präventionsbotschaften werden einzelne, etwas vulnerablere Gruppen der Achse 1 (Jugendliche und junge Frauen und Männer, Migrantinnen und Migranten aus Ländern ohne generalisierte HIV-Epidemie, Freier sowie Reisende in Endemiegebiete) direkt angesprochen.

Die Interventionsachse 2 vereint unterschiedliche Zielgruppen mit einer hohen Prävalenz und/oder einer hohen Vulnerabilität. Trotz der Diversität dieser Gruppen ist die Einteilung in dieselbe Kategorie gut nachvollziehbar, da hinter den verschiedenen Präventionsansätzen die gleiche Logik steht: Interventionen setzen hier klar auf eine Reduktion des Übertragungsrisikos von HIV und anderen STI und eine frühe Diagnose der Infektionen. Während die Gruppen der MSM, der Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern sowie der IDU eine HIV-Prävalenz von über 5% aufweisen, liegt diese Prävalenz aber in den Zielgruppen der Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter sowie der Gefängnisinsassen deutlich tiefer (s. Lociciro et al., 2017; Wolff et al., 2011). Dennoch macht die Zuteilung zu Achse 2 Sinn. So sind die Prävalenzen von verschiedenen anderen STI bei den Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern stark erhöht und es handelt sich grundsätzlich um eine sehr vulnerable Bevölkerungsgruppe, die sich hauptsächlich aus Migrantinnen und Migranten zusammensetzt und oftmals an zusätzlichen Problemen in Zusammenhang mit ihrer Gesundheit, ihrem Aufenthaltsstatus und ihrer wirtschaftlichen Lage leidet (Lociciro et al., 2017). Auch bei den Gefängnisinsassen ist eine hohe Vulnerabilität gegeben, da die Zielgruppe der IDU hier besonders stark vertreten ist (Samitca et al., 2017) und sich Angebot und Qualität der Massnahmen im Bereich Prävention und Testung stark zwischen den verschiedenen Institutionen unterscheiden (Masia et al., 2007). Wie bereits im Rahmen des MTC gefordert (Heuer, 2014: Anhang 1: S. 5 und 10), sollten aber Transmensen als eigenständige Zielgruppe in die Achse 2 aufgenommen werden. Sie sind im Bereich der Sexarbeit enorm stark von HIV und anderen STI betroffen mit einer geschätzten HIV-Prävalenz von über 30% (Bize et al., 2013). Die zusätzliche Stigmatisierung und Diskriminierung dieser Bevölkerungsgruppe erhöht zudem ihre Vulnerabilität und ihr Ansteckungsrisiko (ibid.).

Auch die Einteilung der Menschen mit einer HIV- oder STI-Infektion und deren Partnerinnen und Partner in eine separate Interventionsachse 3 scheint angemessen, da die Präventionsarbeit hier wiederum einer anderen Logik unterworfen ist. Im Fokus stehen in dieser Achse eine frühe Diagnose und eine effektive Therapie, um die Viruslast möglichst unter die Nachweisgrenze senken zu können. Der frühe Einbezug der Partnerinnen und Partner in die Präventionsarbeit ist dabei von zentraler Bedeutung.

4.2 Organisation und Verteilung der Zuständigkeiten

Die Steuerung des NPHS durch das BAG und die Umsetzung des Programms werden im Rahmen des MTC als grundsätzlich gut eingestuft. Verbesserungspotenzial orten die Befragten aber unter anderem hinsichtlich der Transparenz und der Evidenzbasierung der Programmsteuerung. So sei es beispielsweise eine wichtige Aufgabe des BAG, den zentralen Stakeholdern jeweils einen Gesamtüberblick über die erfolgten Fortschritte zu kommunizieren (Heuer, 2014: Anhang 2: S. 7). Diesen beiden Kritikpunkten ist das BAG aber seit dem MTC bereits begegnet. Zur Erhöhung der Transparenz werden nun seit 2015 Jahresberichte zu den Programmaktivitäten des BAG publiziert und seit 2016 sind klare und transparentere Prozesse zur Finanzierung von Finanzhilfesuchen etabliert. Für eine stärkere Evidenzbasierung der Präventionsmassnahmen wurden in den letzten Jahren zudem verschiedene Studien und Projektevaluationen für die zentralen Zielgruppen durchgeführt (z.B. Frey et al., 2015; 2016; Locicero et al., 2013; 2017; Nideröst et al., 2015; Samitca et al., 2017; Simonson et al., 2015).

In der Beurteilung der Kooperation zwischen den wichtigen Stakeholdern zeigen sich klare Unterschiede zwischen operativen und strategischen Zuständigkeiten. Gemäss den Befragten des MTC werden die Zusammenarbeit und der Austausch unter den Hauptakteuren auf der operativen Ebene als positiv erachtet. Auf der strategischen Ebene hingegen wird Handlungsbedarf ausgemacht – hier sei besonders die Kooperation mit den Kantonen zu forcieren (Heuer, 2014: Anhang 1: S. 6). Auch die strategische Zusammenarbeit mit der EKSG, der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie (SHCS) und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) wird nur als mittelmässig empfunden.

Eine Intensivierung der Koordination wäre zudem im Bereich der HIV- und STI-Surveillance angezeigt. Ein stärkerer Zusammenzug der Daten verschiedener Surveillance-Systeme – wie das gesetzliche Meldesystem, die SHCS, die VCT-Stellen sowie die Instrumente der Verhaltens-Surveillance – würde eine Bündelung des vorhandenen Wissens und einen gezielteren und effektiveren Einsatz der Präventionsmassnahmen ermöglichen (BAG, 2015a; Somaini, 2016). Die Entwicklung einer integrierten HIV/STI-Surveillance im Rahmen eines einzigen Zentrums scheint aus rechtlichen Gründen zwar nicht weiter verfolgbar – eine stärkere Vernetzung der Datenquellen scheint aber nach wie vor äusserst sinnvoll. Die jährlich statt findenden Datentriangulations-Workshops der EKSG sind ein erster, wichtiger Schritt in diese Richtung.

Die Verteilung der organisatorischen Zuständigkeiten auf die drei Interventionsachsen des NPHS scheint sich im Laufe des Programms bewährt zu haben. So ist die AHS als wichtigster Akteur in den Achsen 2 und 3 tätig und engagiert sich dabei für Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Risiko und Menschen mit HIV oder Aids. Die AHS erhält hierfür gut 60% der finanziellen Mittel in diesen Achsen – weitere grössere Beiträge erhalten die Checkpoints in Genf, Lausanne und Zürich (BAG, 2014; 2015a; 2016b). Die AHS als schweizweit erste NGO im Bereich HIV und AIDS ist mit ihrer breiten und langjährigen Erfahrung ein kompetenter und glaubwürdiger Akteur hinsichtlich der Zielerreichung in diesen beiden Achsen. In der Interventionsachse 1 ist – neben den Verantwortlichen der LOVE LIFE-Kampagne – hauptsächlich SGCH tätig, deren Aufgaben darin bestehen, die Gesamtbevölkerung über HIV und STI zu informieren und diesbezüglich Sensibilisierungsarbeit zu leisten. SGCH erhält dafür knapp 40% der finanziellen Mittel in Achse 1 (BAG, 2014; 2015a; 2016b). Auch SGCH scheint aufgrund ihres grossen Erfahrungsschatzes im Bereich der Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie ihres grossen Netzes an Beratungsstellen in dieser Achse richtig positioniert.

Die Verteilung der finanziellen Mittel auf die drei Achsen (s. Abbildung 2, Kapitel 3.5) gestaltet sich dabei sehr ungleich: während Achse 1 über die Jahre 2014 bis 2016 rund 48.4% der Zahlungen des Bundes erhielt – hauptsächlich bedingt durch die umfangreiche und kostenintensive LOVE LIFE-Kampagne –, gingen 31.4% der Mittel an Achse 2 und lediglich 3.9% an Achse 3. Die restlichen finanziellen Mittel werden für Unterstützungsaufgaben aufgewendet (BAG, 2014; 2015a; 2016b). Für die direkte Präventionsarbeit bei den von HIV und anderen STI hauptsächlich betroffenen Bevölkerungsgruppen werden also durchschnittlich nur rund 35% der jährlichen Zahlungen des BAG (CHF 2.5 Mio.) verwendet, was für eine effektive Senkung des Übertragungsrisikos eher wenig scheint. Dies

zeigt sich auch in den Bewertungen der befragten Personen im Rahmen des MTC. So haben sowohl verschiedene regionale als auch nationale Akteure den Eindruck, dass einzelne Zielgruppen mit erhöhtem Risiko in der Umsetzung des NPHS zu wenig abgedeckt sind. Verbesserungsbedarf hinsichtlich dieser Abdeckung besteht ihrer Ansicht nach vor allem bei Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern, Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern, IDU sowie bei Menschen mit einer HIV- oder STI-Infektion und ihren Partnerinnen und Partnern (s. Heuer, 2014: Anhang 1: S. 6).

4.3 Umsetzung des Programms und Zweckmässigkeit der Massnahmen

In der Inventionsachse 1 werden die beiden relevanten Oberziele der Sensibilisierung und der Prävention hauptsächlich durch die massenmediale LOVE LIFE-Kampagne angegangen. Zu den weiteren Massnahmen zählen die Etablierung eines dichten Netzes an Beratungsstellen, die Aufbereitung von Informationsmaterialien für die verschiedenen spezifischen Zielgruppen sowie die Verankerung der Sexualaufklärung in den kantonalen Lehrplänen (BAG, 2010a: 94-97). Im Rahmen der MCT-Befragung wird denn auch die Prävention in der Gesamtbevölkerung im Wesentlichen mit der LOVE LIFE-Kampagne in Verbindung gebracht und dabei lobend erwähnt, dass diese Kampagne – früher unter dem Namen ‚STOP AIDS‘ – nun schon seit bald dreissig Jahren regelmässig durchgeführt wird und immer wieder rege Beachtung findet (Heuer, 2014: Anhang 2: S. 9). Als ‚Gesicht der HIV-Prävention‘ schafft es die Kampagne immer wieder, das Thema in der Bevölkerung präsent und das Bewusstsein für die Risiken des ungeschützten Geschlechtsverkehrs wach zu halten (Rüefli und Schneider Stingelin, 2013: 86).¹³ Mit jährlichen Kosten von gut CHF 2 Mio. erhält die Kampagne zwar fast 30% der Zahlungen an die Programmpartner (BAG, 2014; 2015a; 2016b), sie stellt aber ein äusserst zweckmässiges Instrument für die breite Sensibilisierung der Gesamtbevölkerung dar.

Ebenso zentral für die Erreichung der Programmziele wäre eine flächendeckende und systematische schulische Sexualaufklärung. Allerdings liegt die Zuständigkeit hierfür in den Händen der Kantone (Art. 62 BV) und der Bund kann lediglich Grundlagen und Leitlinien bereitstellen. So bestehen in der Schweiz zurzeit zwischen den Kantonen und auch innerhalb der Kantone grosse Unterschiede hinsichtlich der Inhalte, Breite und Tiefe der schulischen Sexualaufklärung (Rüefli et al., 2016: 92). Um die Kantone dabei zu unterstützen, eine stufengerechte Sexualaufklärung in die Lehrpläne der obligatorischen und nachobligatorischen Schule zu integrieren, hatte das BAG im Jahr 2006 die Pädagogische Hochschule Zentralschweiz PHZ mit der Einrichtung eines ‚Kompetenzzentrums Sexualpädagogik und Schule‘ beauftragt. Dieses Kompetenzzentrum sollte gemäss BAG (2010a: 95) im Einvernehmen mit interessierten Kantonen und mit SGCH Standards für die Sexualaufklärung an den Schulen etablieren. Das erarbeitete ‚Grundlagenpapier‘ (PHZ, 2008) führte im Vorfeld der Parlamentswahlen von 2011 aber zu politischen Debatten und wurde von wertkonservativen Kreisen stellenweise als ethisch anstossend wahrgenommen.¹⁴ In der Folge wurde das Kompetenzzentrum im Jahr 2013 wieder geschlossen und alle weiteren finanziellen Beiträge im Bereich der Sexualaufklärung im Rahmen des NPHS eingestellt. Die Stiftung SGCH, die in diesem Themenfeld eine wichtige Rolle einnimmt und dabei unter anderem Empfehlungen und Leitlinien veröffentlicht sowie Fachleute aus- und weiterbildet, muss aufgrund der veränderten politischen Rahmenbedingungen ihren Beitrag zur Koordinierung der Sexualaufklärung in den Kantonen heute ausserhalb ihres NPHS-Mandates leisten. Ihre Aktivitäten im Rahmen des NPHS umfassen nun hauptsächlich die Bereitstellung von Interventionsmaterialien, die Führung eines Online-Shops gemeinsam mit der AHS, eine Online-Beratung für Jugendliche im Bereich der sexuellen Gesundheit sowie die Aus- und Weiterbildung von Fachleuten in diesem

¹³ Siehe auch die Fallstudie zur LOVE LIFE-Kampagne in Kapitel 5.1.

¹⁴ Siehe Interpellation von Andreas Brönnimann „Staatlich verordnete Sexualaufklärung an den Schulen“ (11.3320) vom 11.04.2011 und Motion von Pius Segmüller „Kompetenz des BAG gegenüber der EDK“ (11.3522) vom 15.06.2011.

Bereich (SGCH, 2016). Neben der Allgemeinbevölkerung richtet SGCH ihren Fokus dabei auf die spezifischen Zielgruppen der Migrantinnen und Migranten, der Jugendlichen sowie der Menschen mit Behinderung(en).

In der Interventionsachse 2 liegt der Fokus auf der Prävention und der Früherkennung von HIV- und STI-Infektionen bei speziell gefährdeten Zielgruppen. Das höchste Expositionsrisiko trägt dabei die Gruppe der MSM, da sie am stärksten von HIV und Syphilis betroffen ist und hier die frischen HIV-Infektionen zudem überwiegen (d.h. Infektionen, bei denen die Ansteckung weniger als ein Jahr vor der Diagnose stattgefunden hat) (BAG, 2016a). Mit dem NPHS 2011–2017 wurden die Präventionsaktivitäten in dieser Zielgruppe berechtigterweise intensiviert. Um die Anzahl der HIV-Neuinfektionen bei MSM zu senken, legte das BAG 2011 den *Urgent Action Plan* fest (BAG, 2011a) und etablierte zusammen mit der AHS die Präventionskampagne ‚Break the Chains‘ (BTC), die seit 2012 jährlich durchgeführt wird. Das Ziel von BTC besteht darin, die Kette der HIV-Übertragung während der Primoinfektionsphase zu brechen – MSM werden dabei aufgerufen, für die Dauer eines Monats das Risiko einer HIV-Ansteckung konsequent zu vermeiden und im anschliessenden Monat einen vergünstigten HIV-Test durchzuführen.¹⁵ Die verschiedenen Programmelemente – Information der Zielgruppe, Verminderung des Ansteckungsrisikos und Promotion des HIV-Tests – stehen im Einklang mit den Oberzielen. Die lokale Durchführung der Outreach-Aktivitäten durch die Checkpoints garantiert dabei einen direkten Zugang zur Zielgruppe und die Konzentration auf die urbanen Gebiete scheint eine sinnvolle und zweckmässige Eingrenzung der Kampagne.

Durch diesen starken und berechtigten Fokus auf die Zielgruppe der MSM in der Interventionsachse 2 sind aber andere wichtige Zielgruppen – wie Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern sowie Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter – etwas in den Hintergrund gerückt. Bereits im Rahmen des MTC wurden hier ein Nachholbedarf geortet und zusätzliche Daten und Evaluationen zu diesen Zielgruppen gefordert (Heuer, 2014: Anhang 2: S. 11 und 13). Für die Gruppe der Migrantinnen und Migranten wurde unterdessen ein Rahmenkonzept für die HIV/STI-Prävention entworfen, das die Zielsetzungen und Handlungsfelder des NPHS konkretisiert, die verschiedenen Vulnerabilitätsfaktoren dieser Zielgruppe diskutiert und die bestehenden Strukturen in den Bereichen Migration und Prävention besser vernetzen will (BAG, 2016c). Für die Gruppe der Migrantinnen und Migranten aus Ländern südlich der Sahara konnten mit der webbasierten ANSWER-Umfrage (Africa Net Survey – We Respond!) hilfreiche Daten und Erkenntnisse hinsichtlich Informationsstand, Schutzstrategien und Präventionsbedürfnissen dieser Zielgruppe in Bezug auf HIV und STI gewonnen werden (s. Simonson et al., 2015). Das zentrale Präventionsprogramm Afrimedia wurde zudem 2015 evaluiert (Nideröst et al., 2015). Mittels interkulturellen Mediatorinnen und Mediatoren afrikanischer Herkunft versucht Afrimedia, das Wissen von Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika zu Risiken, Präventions-, Test- und Therapieangeboten im Bereich HIV und STI zu erweitern und ihr Schutz- und Testverhalten zu verbessern (Nideröst et al., 2015: 2).¹⁶ Der methodische Ansatz der ‚Peer education‘ gilt dabei als Schlüsselstrategie für die Prävention bei schwer erreichbaren Zielgruppen (Cornish und Campbell, 2009). Die Evaluation von Afrimedia hat gezeigt, dass die regionale Verankerung der Massnahme ebenfalls sinnvoll scheint im Hinblick auf die Diversität der Zielgruppe, dass dies aber auch zu grösseren Abweichungen in den Zielsetzungen führte (Nideröst et al., 2015). Das Ziel der Entstigmatisierung von HIV und Aids in dieser Zielgruppe ist zudem heute in der Präventionsarbeit kaum mehr sichtbar, dabei wäre es unter anderem für eine frühe Diagnose der Infektion von grösster Wichtigkeit.

In der Zielgruppe der Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter wurde aufgrund der Forderungen aus dem MTC ebenfalls neue Evidenz geschaffen. Mit der Evaluation des Angebotes ‚Aidsprävention im Sexgewerbe‘ (APiS) der AHS (Bize et al., 2015) und der SWAN-Umfrage (Sex Workers ANswers) unter Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern (Lociciro et al., 2017) konnten erstmals wichtige Daten zum Ge-

¹⁵ Siehe auch die Fallstudie zu BTC in Kapitel 5.2.

¹⁶ Siehe auch die Fallstudie zu Afrimedia in Kapitel 5.3.

sundheitszustand, den Arbeitsbedingungen, dem Wissen über HIV und andere STI sowie dem Präventions- und Testverhalten dieser Zielgruppe in Erfahrung gebracht werden. APiS wird wie Afrimedia regional mittels Mediatorinnen mit Migrationserfahrung umgesetzt und übermittelt Präventionsbotschaften und -materialien sowie weiterführende Informationen und Hilfestellungen (AHS, 2015). Die Evaluation von APiS hat gezeigt, dass der Zugang der Mediatorinnen zu den Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern grundsätzlich gut ist und mehr als die Hälfte der Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter durch das Angebot erreicht wird, was angesichts der knappen Ressourcen ein beachtliches Resultat darstellt (Bize et al., 2015).

In der Interventionsachse 3 liegt der Schwerpunkt auf dem dritten Oberziel, der richtigen Behandlung und Beratung von Menschen mit HIV oder einer STI, um dadurch die Viruslast rasch zu senken und das Risiko einer Weitergabe der Infektion auszuschliessen (BAG, 2010b). Die Umsetzung des Programms erfolgt hier in erster Linie in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft – das BAG kann dabei ausschliesslich anhand von Richtlinien und Empfehlungen Einfluss nehmen. Zudem bietet die AHS im Programm ‚Menschen mit HIV‘ eine kostenlose Rechtsberatung, Informationen und Unterstützung zum Leben mit HIV sowie finanzielle Nothilfe an (AHS, 2016). Um das anvisierte Oberziel zu erreichen, sind eine gute Kooperation und ein regelmässiger Austausch mit der Ärzteschaft und der FMH also von zentraler Bedeutung.

Locicero et al. (2016: 11) zeigen allerdings auf, dass der Anteil der sexuell aktiven HIV-positiven MSM, die mit ihren Gelegenheitspartnern systematisch ein Präservativ verwenden, von 86% im Jahr 1992 auf 36% im Jahr 2014 sank. Diese Abnahme ist verständlich vor dem Hintergrund, dass bei 96% der therapierten Personen die Viruslast unter die Nachweisgrenze gesenkt werden konnte, erhöht aber das Risiko der Infektion mit anderen STI.

Im Rahmen des MTC wurde zudem festgestellt, dass sich die Partnerinformation zwar langsam zu etablieren beginnt, diese in der Beratung aber noch kein Standardverfahren darstellt (Heuer, 2014: Anhang 2: S. 15). Hier besteht klares Verbesserungspotenzial. Zudem sollten Daten zur Durchführung und Wirkung dieser Partnerinformation erhoben werden, um sie evidenzbasiert umsetzen zu können.

4.4 Zielerreichung des Programms und der Massnahmen

Die Befragung im Rahmen des MTC hat ergeben, dass der Zielerreichungsgrad zur Hälfte der Laufzeit des NPHS als ‚eher gut‘ eingeschätzt wird (Heuer, 2014: Anhang 1: S. 4). Die vier Oberziele an sich werden aber als sinnvoll bewertet und für die zweite Hälfte der Laufzeit von allen Befragten als nach wie vor gut und tragfähig befunden (ibid.). Ob und in welchem Ausmass das NPHS seine Ziele erreicht hat, wird im Folgenden genauer analysiert.

- 1. Die Menschen in der Schweiz sind aufgeklärt und fähig, ihre Rechte im Bereich der Sexualität wahrzunehmen.*

Das erste Oberziel fokussiert also auf Sensibilisierung, Information und Aufklärung und richtet sich an die Gesamtbevölkerung. Zur Erreichung dieses Oberziels leistet vor allem die LOVE LIFE-Kampagne einen grossen Beitrag. Die Evaluation der Kampagne 2017 zeigt, dass die Botschaft weitgehend richtig verstanden wurde und die beabsichtigten Assoziationen ausgelöst hat (Demoscope, 2017a). Die Marke ‚LOVE LIFE‘ ist gegenüber früheren Jahren bekannter geworden und kann auf eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung bauen. Die Sichtbarkeit dieser massenmedialen Kampagnen der letzten Jahre ist klar gegeben – die Verwendung von Präservativen konnte als Selbstverständlichkeit im kollektiven Bewusstsein verankert und Solidarität mit HIV-Betroffenen transportiert werden (Rüefli und Schneider Stingelin, 2013: 86). Auswirkungen auf das Sexualverhalten sind aber mittels der durchgeführten Evaluationen kaum feststellbar.

Das Wissen zu HIV und anderen STI ist auch in den vulnerableren Zielgruppen relativ hoch und über die letzten Jahre gestiegen. So wissen 82% der Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika und 90% der Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter um die Notwendigkeit eines Präservativs, um das Risiko einer HIV- oder STI-Ansteckung zu vermindern (Lociciro et al., 2016: 10). Allerdings erklären nur 37% der Befragten aus Subsahara-Afrika, gut über HIV und STI informiert zu sein, und nur 46% können fünf allgemeine Fragen zur HIV-Übertragung korrekt beantworten (Simonson et al., 2015). Bei den Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern ist besonders der Wissensstand über andere STI als HIV noch beschränkt (Lociciro et al., 2017: 20). In Bezug auf die Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) fühlen sich 54% der MSM, aber nur 28% der Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern gut informiert (Lociciro et al., 2016: 10). In diesen vulnerablen Zielgruppen besteht also bezüglich Sensibilisierung und Aufklärung durchaus Nachholbedarf.

Hinsichtlich der Erreichung dieses ersten Oberziels liegt zudem viel Potenzial in der schulischen Sexualaufklärung. Aufgrund der grossen Unterschiede in der Implementierung kann hier zurzeit nicht von einem einheitlichen Wissensstand ausgegangen werden. Über die schulische Ebene böte sich allerdings die Möglichkeit, die neue Generation flächendeckend über HIV und andere STI zu informieren und bereits einen wichtigen Beitrag zur Entstigmatisierung dieser Krankheiten zu leisten.

2. Das Übertragungsrisiko von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sinkt.

Das zweite Oberziel setzt auf Prävention und richtet sich dabei vor allem an die spezifischen Zielgruppen der Interventionsachse 2. Die epidemiologische Überwachung zeigt nun auf, dass die HIV- und STI-Ansteckungen seit der Etablierung des NPHS aber nicht signifikant zurückgegangen sind (s. Kapitel 1.1). Nach einer starken Zunahme der HIV-Diagnosen bei MSM Anfang des Jahrhunderts sind die HIV-Zahlen seit 2008 bei allen Zielgruppen zwar wieder im Sinken begriffen. Bei allen anderen STI zeigt sich hingegen eine starke und kontinuierliche Zunahme der bestätigten Fälle – was sich aber mit den Erfahrungen aus den Nachbarländern deckt. Das HIV-Übertragungsrisiko sinkt auch durch die antiretrovirale Therapie, wodurch HIV-positive Menschen bei erfolgreicher Anwendung das HI-Virus nicht mehr weitergeben können. Viele HIV-Positive kennen allerdings ihren Serostatus nicht und eine beträchtliche Anzahl Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko schützen sich bei ihren sexuellen Kontakten nicht zuverlässig. So geben nur 60% der befragten Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika, 70% der MSM und 56% der IDU an, mit ihren Gelegenheitspartnern systematisch ein Präservativ zu verwenden (Lociciro et al., 2016: 12). In der Gesamtbevölkerung liegt dieser Anteil bei 63%. Rund 70% der befragten Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter liessen sich im vergangenen Monat nie auf riskante Praktiken ein – der Verzicht auf ein Präservativ hingegen lag in den meisten Fällen in einem Abhängigkeitsverhältnis gegenüber dem Klienten begründet (Lociciro et al., 2017: 19).

In der Gruppe der MSM lässt sich die Erreichung des zweiten Oberziels anhand der Wirkung der jährlichen BTC-Kampagne beurteilen. So konnten Frey et al. (2016) zeigen, dass 20% der MSM mit Risikoverhalten während des Aktionsmonats im Jahr 2015 das Risiko einer HIV-Ansteckung konsequent vermieden haben, um an BTC teilzunehmen. Die BTC-Kampagne ist also durchaus in der Lage, einen gewissen Teil der Zielgruppe für die Präventionsaktion zu mobilisieren. In der Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika hingegen sind die Wirkungen des zentralen Präventionsprogramms Afrimedia nicht so deutlich eingrenzbar. Es berichteten zwar im Rahmen der Evaluation von Afrimedia fast alle der befragten Personen, die bereits in Kontakt mit dem Programm kamen, von direkten Auswirkungen auf ihr Schutzverhalten, wie beispielsweise der Verzicht auf risikoreiche Sexpraktiken (Nideröst et al., 2015). Allerdings zeigten sich bezüglich des effektiven Schutzverhaltens der Befragten keine signifikanten Unterschiede zwischen jenen Personen, die von Afrimedia profitiert haben, und solchen, die das Programm nicht kennen. In den anderen Zielgruppen lassen die durchgeführten Studien keine direkten Rückschlüsse auf die Wirkungen der Präventionsmassnahmen zu.

3. HIV und andere STI werden in einem frühen Stadium erkannt und richtig behandelt.

Das dritte Oberziel richtet seinen Fokus auf die Bereiche Diagnose, Testung und Therapie und ist daher hauptsächlich in den Interventionsachsen 2 und 3 von Bedeutung. Im Bereich der Diagnose ist vor allem eine frühe Erkennung der Primoinfektion wichtig. Im Rahmen des MTC wurde aufgezeigt, dass 70% der HIV-Patienten in der Primoinfektionsphase Symptome zeigen, 50% dieser Personen einen Arzt aufsuchen und nur bei 10% eine richtige und schnelle Diagnose gestellt wird (Heuer, 2014: Anhang 2: S. 17). Diesen tiefen Prozentsatz gilt es zu erhöhen, da eine frühe Diagnose nicht nur Auswirkungen auf die Behandlung, sondern auch auf die weitere Verbreitung von HIV hat. Das BAG hat aber bereits auf diese Anregungen aus dem MTC reagiert und eine Richtlinie zur HIV-Testung auf Initiative der Ärztin oder des Arztes (PICT) verabschiedet, die für alle Ärztinnen und Ärzte unabhängig ihrer Spezialisierung gilt (BAG, 2015b). Zudem wurde die Primoinfektion in der LOVE LIFE-Kampagne 2015 und in den jährlich wiederkehrenden BTC-Kampagnen thematisiert. Eine Wirkungsmessung dieser LOVE LIFE-Kampagne bewertete die Kampagnenerinnerung als überdurchschnittlich hoch und zeigte, dass die Botschaft gut verstanden wurde (BAG, 2015a: 10).

Im Bereich der Testung lässt sich zeigen, dass sich das Testverhalten in den Gruppen mit erhöhtem Expositionsrisiko deutlich vom Testverhalten der Gesamtbevölkerung unterscheidet. So haben 66% der Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, 55% der IDU, 40% der MSM und 31% der Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika in den zwölf Monaten vor ihrer Befragung einen HIV-Test gemacht (Lociciro et al., 2016: 12). In der Gesamtbevölkerung beträgt dieser Anteil 5%. Im selben Zeitraum haben sich zudem knapp die Hälfte der befragten MSM und der Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter auf andere STI testen lassen (ibid.). Bezüglich des Testverhaltens in der Gruppe der MSM lässt sich ein klarer Effekt der BTC- und der ‚Stop Syphilis‘-Kampagne (eine kostenlose Syphilis-Testaktion der AHS jeweils im Oktober) nachweisen. So melden die Teststellen in den zwei Testmonaten jeweils deutliche Zunahmen in der Testhäufigkeit (Frey et al., 2016). Das Programm Afrimedia hingegen hat keinen signifikanten Einfluss auf das Testverhalten. Seit der Implementierung von Afrimedia konnte keine erhöhte Testaktivität festgestellt werden – weder in der gesamten Bevölkerung aus Subsahara-Afrika noch in der Gruppe, die direkt mit Afrimedia in Berührung kam (Nideröst et al., 2015). Zu den möglichen Hindernissen zählen unter anderem die Testkosten. Im Rahmen des MTC wurde bereits darauf hingewiesen, dass eine hohe Franchise oder die fehlende Leistungspflicht der Krankenversicherung für bestimmte Tests für gewisse Personen eine hohe Hürde darstellen (Heuer, 2014: Anhang 2: S. 15). Diese Problematik sollte auch im Interesse der öffentlichen Gesundheit rasch angegangen werden. In diesem Zusammenhang lancierte das Kantonsspital St. Gallen im März 2016 unter dem Namen ‚STAR-trial‘¹⁷ eine Kohortenstudie mit Personen mit mehreren Sexualpartnern. Es wird dabei der Frage nachgegangen, ob es zweckmässig ist, die regelmässigen Tests von Risikopersonen von der Franchise zu befreien. Die Studie erstreckt sich über zwei Jahre und nutzt BerDa für die Datensammlung (BAG, 2015a). Befragungen von besonders vulnerablen Gruppen haben aber auch gezeigt, dass ein Viertel der befragten Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika sowie der Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter nicht weiss, wo man einen HIV-Test durchführen kann (Lociciro et al., 2017; Simonson et al., 2015).

Der Bereich der Therapie wird im internationalen Vergleich als sehr gut beurteilt (Heuer, 2014: Anhang 2: S. 15). 91% der HIV-Patienten, die 2012 bei einem Arzt oder einer Ärztin in der Schweiz in Behandlung waren, erhielten eine antiretrovirale Therapie, und bei 96% der Therapierten konnten keine HI-Viren im Blut mehr nachgewiesen werden (BAG, 2015c: 4). Allerdings zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen. So waren im Jahr 2014 92% der HIV-positiven MSM sowie 81% der IDU in Behandlung (Lociciro et al., 2016: 12). Bei den befragten Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika, die von einem positiven HIV-Status berichten, sind 80% in Behandlung – 91% der Personen schweizerischer Nationalität oder mit einer B- oder C-Bewilligung im

¹⁷ STI Testing of Asymptomatic individuals at Risk (STAR) trial

Vergleich zu nur 65% der Personen mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus¹⁸ (Simonson et al., 2015). Besonders bei Personen mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus liegt der Grund für diesen tiefen Prozentsatz im Fehlen einer Krankenversicherung. Im Sinne eines gleichberechtigten Zugangs zur Gesundheitsversorgung sollten hier neue Wege gefunden werden, um allen in der Schweiz lebenden HIV-positiven Personen eine adäquate Betreuung und Behandlung zukommen zu lassen.

4. *Die HIV- und STI-Arbeit wirkt nachhaltig, weil sie auf die Partizipation der Zielgruppen setzt, auf wissenschaftlicher Evidenz beruht und von der Bevölkerung getragen wird.*

Wie die Evaluationen der LOVE LIFE-Kampagne gezeigt haben, kann grundsätzlich von einer grossen Akzeptanz der HIV- und STI-Prävention in der Bevölkerung ausgegangen werden (Demoscope, 2017a). Die Evidenzbasierung der Präventionsmassnahmen konnte zudem während der Laufzeit des NPHS deutlich verstärkt werden – hauptsächlich durch die Arbeit der *Surveillance Working Group* der EKSG (s. Frey et al., 2013; 2015; 2016; Kübler et al., 2017). Allerdings besteht Nachholbedarf bezüglich der anderen STI neben HIV: Hier sollte die Datenlage stärker ausgebaut werden (Heuer, 2014: Anhang 2: S. 16). Als letztes Teilziel wird die stärkere Partizipation der Zielgruppen in der Präventionsarbeit noch ungenügend umgesetzt – die Betroffenen werden zu wenig eingebunden (Heuer, 2014: Anhang 1: S. 5). Die Befragten im Rahmen des MTC erachten eine solche Partizipation aber als nicht immer sinnvoll und machbar sowie als stark kontextabhängig (ibid.).

¹⁸ Diese Definition umfasst vorläufig aufgenommene Ausländerinnen und Ausländer (F-Ausweis), Asylsuchende (N-Ausweis), Personen mit einer Kurzaufenthaltsbewilligung (L-Ausweis) und Sans-Papiers.

5 Fallstudien

5.1 Fallstudie 1: LOVE LIFE

5.1.1 Übersicht

Die LOVE LIFE-Kampagne stellt das zentrale Präventionsinstrument im Rahmen der Interventionsachse 1 dar. Die erklärten Ziele der Achse 1 lauten wie folgt: Die Gesamtbevölkerung für die Bedeutung der sexuellen Gesundheit und die sexuellen Rechte zu sensibilisieren, den Zugang zu Beratung, Präventionsmitteln, Impfungen, Test und Diagnose sowie Notfallinterventionen zu gewährleisten und die Bevölkerung über HIV und STI im Allgemeinen zu informieren (BAG, 2010a: 94-97). Die LOVE LIFE-Kampagne bedient dabei die letztere Zielsetzung. Während die vorangegangenen Kampagnen STOP AIDS und LOVE LIFE – STOP AIDS hauptsächlich HIV zum Thema hatten, sind in der aktuellen Kampagne nun erstmals auch STI im Allgemeinen ein wichtiger Bestandteil (BAG, 2010c: 13). Erstens soll das Bewusstsein für sexuelle Gesundheit und sexuelle Rechte sowie für die Gefahr von STI aufrechterhalten werden und zweitens soll die Bevölkerung Risikosituationen besser erkennen können. Des Weiteren soll eine Enttabuisierung von STI stattfinden, damit offener über das Thema gesprochen wird, und es Menschen mit einer diagnostizierten STI leichter fällt, ihre Partner zu informieren (BAG, 2010c: 15). Im Rahmen der Erweiterung auf STI wurde zu den beiden bisherigen Safer Sex-Regeln „Eindringen immer mit Präservativ“ und „kein Sperma oder Blut in den Mund“ eine dritte angefügt: „bei Jucken, Ausfluss oder Schmerzen im Genitalbereich zum Arzt“ (BAG, 2010a: 66; 2010c: 16).

Zielgruppe ist die sexuell aktive Gesamtbevölkerung und dabei besonders potenzielle wie auch inkonsequente Präservativbenutzer. Der Fokus richtet sich vor allem auf diese letzte Gruppe. Da sie gross ist, haben Massnahmen, die auf diesen Teil der Bevölkerung zugeschnitten sind, eine starke Wirkung. Mit ‚potenziellen‘ Präservativbenutzern sind Menschen gemeint, die bisher noch nie Sex hatten. Auch hier gibt es eine hohe Erfolgschance, denn es ist einfacher, ein Verhalten bei der ersten Ausführung zu beeinflussen, als ein bereits erlerntes Verhalten zu ändern. Bei beiden Gruppen soll die Kampagne die soziale Akzeptanz von geschütztem Geschlechtsverkehr erhöhen (BAG, 2010c: 10, 11).

Die LOVE LIFE-Kampagne kann sich zwar auf die grosse Bekanntheit der beiden vorangegangenen Kampagnen STOP AIDS und LOVE LIFE – STOP AIDS stützen. Doch die Aufmerksamkeit einer STI-Präventionskampagne in dem zunehmend sexualisierten Werbeumfeld hoch zu halten, stellt eine gewisse Herausforderung dar. Die Werbebotschaft setzt deshalb auf Emotionen und kurze prägnante Informationen. Die Bevölkerung soll nicht ermahnt werden, sondern die Thematik mit etwas Positivem assoziieren. Der vermittelte Grundgedanke soll der folgende sein: „Man kann sein Sexualleben unbeschwerter geniessen, wenn man sich schützt“ (BAG 2015c: 4). In der aktuellen Kampagne beispielsweise sieht man auf verschiedenen Plakaten denselben Mann, beziehungsweise dieselbe Frau, mit unterschiedlichen Sexualpartnern (Demoscope, 2017a: 5). Die Botschaft wird in der Regel mittels TV-Spots, Plakaten, Textbannern im Internet und Werbung in den öffentlichen Verkehrsmitteln verbreitet (ClearChannel, 2014: 12). Des Weiteren soll die Kampagne mit einer gewissen Frequenz die Aufmerksamkeit von Schweizer Medienschaffenden erregen und von diesen verarbeitet werden (BAG, 2010c: 13). Um diesen Prozess aufzuzeichnen, führt das BAG Monitorings bezüglich der medialen Aufmerksamkeit für die Kampagne durch (BAG, 2015d: 4).

5.1.2 Bewertung der Zweckmässigkeit

Fast jährlich wird der Schwerpunkt der Kampagne verlagert. Einzig die Safer Sex-Regeln und das LOVE LIFE-Logo mit dem rosaroten ‚O‘ waren bisher ständige Bestandteile der Kampagne. Diese

häufigen Änderungen tragen zwar zur Spannung bei, erschweren aber das Verständnis und den Wiedererkennungswert in der Bevölkerung (BAG, 2013: 5).

Ein wichtiges Instrument der Kampagne ist die Internetseite *lovelife.ch* (früher *check-your-love-life.ch*). Die Seite bietet eine grosse Menge an Informationen zur aktuellen und zu vorangegangenen Kampagnen, zum Thema HIV und anderen STI sowie über verlinkte Facebook-Posts zu Sexualität im Allgemeinen. Besucherinnen und Besucher haben die Möglichkeit, einen Risikocheck zu machen. Dabei handelt es sich um einen kurzen Online-Fragebogen, der das eigene Risiko einer Ansteckung mit HIV und einer Ansteckung mit einer anderen STI ermittelt. Zugänglich über die Internetseite sind zudem das Manifest, die anonyme Partnerinformation und der LOVE LIFE-Ring. Wenn man auf die Seite zugreifen will, muss man erst das Manifest bejahen oder ablehnen. Es enthält Vorsätze zu einem risikoverringenden Sexualverhalten und besagt, dass man, solange man sich an die Safer Sex-Regeln hält, ein erfülltes Sexualeben haben kann und nichts bereuen muss. Es wird also der Slogan ‚LOVE LIFE – Bereue nichts‘ der Kampagne aufgegriffen. Über 400'000 Personen haben dem Manifest bisher zugestimmt. Als Erinnerung an die Unterzeichnung des Manifests kann man den LOVE LIFE-Ring kostenlos auf der Webseite bestellen. Es ist den Besucherinnen und Besuchern zudem möglich, früheren oder aktuellen sexuellen Kontakten per anonymem E-Mail oder anonymem Brief von einer diagnostizierten STI zu berichten (*lovelife.ch*).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Kampagne auf eine hohe öffentliche Aufmerksamkeit abzielt. Die Vielfalt der Kanäle und die Einfachheit der Botschaft sowie die positive Tonalität machen sie einer breiten Masse zugänglich. Die Massnahme ist also überaus geeignet, die Bevölkerung für STI zu sensibilisieren und kann so einen wichtigen Beitrag zur Erreichung der Oberziele des Programms leisten.

Die Kampagnenpartner von LOVE LIFE sind die AHS sowie seit dem Jahre 2011 die SGCH. Die Finanzierung der Kampagne übernimmt alleinig das BAG, während die beiden Zivilorganisationen an der Planung wie auch an der Umsetzung beteiligt sind (Rüefli und Schneider Stingelin, 2013, 26). Es gibt dabei zwei Organisationsgremien – die Arbeitsgruppe und die Steuergruppe. In letzterer wird die Strategie ausgearbeitet und zeitnah überprüft. Die Steuergruppe informiert die Direktion des BAG und den Kommunikationsverantwortlichen des Departements in der Kampagnenleitungssitzung über die aktuelle Kampagne. Die BAG-Direktion, die als oberste Auftraggeberin fungiert, erteilt als letzte Instanz die Genehmigung (BAG, 2013: 6). In der Steuergruppe sind alle Partner gleichmässig vertreten, das BAG hat dabei aber das grösste Gewicht (Rüefli und Schneider Stingelin, 2013: 26). In der Arbeitsgruppe werden in Zusammenarbeit mit der ausführenden Agentur die Kampagnenmassnahmen selbst geplant. Mitglieder der Arbeitsgruppe nehmen auch an Sitzungen der Steuergruppe teil und informieren dort über die aktuellen Entwicklungen (BAG, 2013: 6).

5.1.3 Bewertung der Zielerreichung

Zu Beginn der Kampagne wurden bezüglich der folgenden vier Komponenten Zielsetzungen formuliert: Bekanntheit, Wissen, Einstellung und Verhalten (BAG, 2010c: 13).

Im Jahre 2011 wurde ein ‚Gesamtrecall‘ (die Summe von Leuten, die sich gestützt und ungestützt an die Kampagne erinnert) von 70% angestrebt (BAG, 2011b: 10). Im gleichjährigen Posttest lag die Zahl bei 61%, was darauf schliessen lässt, dass die Kampagne damals noch nicht so bekannt war wie gewünscht (Demoscope, 2013: 7). Bereits ein Jahr später wurde der Wert aber erreicht (BAG, 2013: 6). In den Jahren darauf ist der Gesamtrecall in den Erhebungen von Demoscope (2013:7; 2017a: 2) etwas abgeflacht. Man geht aber davon aus, dass grosse Unterschiede in den Befragungen durch eine veränderte Fragenabfolge und damit verbundene Lerneffekte zustande kommen. In der neuesten Befragung erinnerte sich gut die Hälfte gestützt an die Kampagne (Demoscope, 2017a: 2). Da aber deutlich mehr

Menschen als früher angaben, genau dieses Logo schon einmal gesehen zu haben, kann man annehmen, dass die Bekanntheit der Kampagne insgesamt gewachsen ist (Demoscope, 2017a: 4).

Anscheinend kommt dabei die grösste Aufmerksamkeit den Plakaten zuteil. Im Jahr 2014 gaben 70% der befragten Personen an, die Plakate der Kampagne gesehen zu haben. Auch Medienmitteilungen in Radio, TV und Zeitungen wurden von 57% der Befragten wahrgenommen. Die Sichtbarkeit im Internet (15%) und auf Social Media-Plattformen (14%) fiel hingegen etwas schwächer aus (ClearChannel, 2014: 12). In der neuesten Erhebung hat sich aber gezeigt, dass das Gewicht der elektronischen Kanäle wächst – vor allem bei der jungen Bevölkerung (Demoscope, 2017a: 15). Diese Altersgruppe kann sich auch signifikant häufiger an die Kampagne erinnern als die anderen Altersgruppen. Allerdings fällt auf, dass gerade diese Gruppe Mühe hat, die Safer Sex-Regeln wiederzugeben. Allem Anschein nach sind junge Menschen zwar empfänglich für Präventionsbotschaften, hinterfragen diese jedoch weniger (Demoscope, 2014: 1-2).

Erfreulich ist, dass im Jahr 2017 im Vergleich zu 2015 im Allgemeinen mehr Safer Sex-Regeln ohne Erinnerungshilfe genannt werden konnten – allerdings hat die gestützte Erinnerung der dritten Regel abgenommen (Demoscope, 2017b: 17-18).

Die Zustimmung zur Kampagne scheint grundsätzlich sehr hoch. So wurde es im Jahr 2017 von 79% der Befragten als sehr wichtig und von 19% als eher wichtig erachtet, über STI zu informieren. Die Frage, ob es in Ordnung sei, dass ein Bundesamt eine solche Kampagne lanciert, wurde von 89% der befragten Personen bejaht. Dieser Wert ist über die Jahre ein wenig gesunken, in den Jahren 2011 bis 2013 betrug er noch weit über 90%. Trotzdem ist der Wert sehr hoch und zeigt, dass die Kampagne eine breite Unterstützung in der Bevölkerung genießt (Demoscope, 2017b: 21, 23).

Bezüglich der Benutzung von Präservativen ist seit dem Jahr 2011 keine grosse Verhaltensänderung festzustellen. In den über die Jahre durchgeführten Posttests gaben jeweils bloss 11% bis 14% an, bei jedem sexuellen Kontakt ein Präservativ zu verwenden. Ungefähr zwei Drittel der Befragten begründen ihren Verzicht auf Kondome dabei damit, dass sie in einer treuen Beziehung leben. Es ist aber eine positive Entwicklung im Testverhalten zu beobachten. Der Anteil der Menschen in einer treuen Beziehung, in der beide Partner negativ auf Geschlechtskrankheiten getestet wurden, hat zugenommen. Lag er im Jahr 2015 noch bei 19%, betrug er im April 2017 bereits 25% (Demoscope, 2017a: 5; 2015: 21). Grundsätzlich aber ist die direkte Wirkung von Kampagnen auf Verhaltensweisen nur sehr schwer erreichbar und feststellbar, weshalb heute die Kampagne über keine direkten Verhaltensziele mehr verfügt und diesem Gesichtspunkt auch weniger Gewicht beigemessen wird.

Die Kosten für die Kampagne belaufen sich in der Regel auf CHF 2 Mio. jährlich. Eine kurze Gegenüberstellung verdeutlicht, dass sich diese Investition lohnt. Für antiretrovirale Medikamente der HIV-Therapie werden in der Schweiz pro Jahr CHF 200 Mio. ausgegeben. Über das ganze Leben hinweg verursacht die Behandlung einer Person mit HIV im Durchschnitt Kosten von CHF 1 Mio. für die Krankenkasse. Werden also durch die LOVE LIFE-Kampagne nur zwei Personen vor einer Ansteckung bewahrt, haben sich die Ausgaben bereits gelohnt (BAG, 2013: 6).

Die Auswertungen zeigen, dass die Kampagne insgesamt auf eine grosse Bekanntheit und breite Unterstützung in der Bevölkerung bauen kann und als Aushängeschild des gesamten Präventionsprogramms fungiert.

5.2 Fallstudie 2: Break the Chains

5.2.1 Übersicht

Die Interventionsachse 2 des NPHS 2011–2017 richtet sich an Personen mit erhöhtem Risiko, sich mit HIV und/oder einer STI anzustecken. Darunter fallen nebst weiteren Gruppen mit erhöhtem Expositionsrisiko auch Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). MSM sind mit 59% der HIV-Diagnosen

und 57% der Syphilis-Diagnosen die am stärksten von HIV und Syphilis betroffene Bevölkerungsgruppe in der Schweiz (BAG, 2016a). Um die Anzahl von HIV-Neuinfektionen bei MSM zu senken, legte das BAG 2011 den *Urgent Action Plan* mit drei Aktionsfeldern fest (BAG, 2011a). Das erste Aktionsfeld hat zum Ziel die HIV-Übertragungen in der Primoinfektionsphase zu verhindern und die Viruslast dieser Zielgruppe zu senken. Im zweiten Aktionsfeld wird angestrebt, die Zeitspanne zwischen der HIV-Infektion und der Diagnose zu verkleinern. Die Absicht des dritten Aktionsfelds ist es, die HIV-Übertragung nach der Diagnose zu senken.

Als Teil des NPHS 2011–2017 und eingebettet in den *Urgent Action Plan*, arbeitete das BAG zusammen mit der AHS die Kampagne ‚Break the Chains‘ (BTC) aus. Seit 2012 wird die BTC-Kampagne jährlich in den Monaten März bis Mai durchgeführt. Das Ziel der BTC-Kampagne besteht darin, die Kette der HIV-Übertragung während der Primoinfektionsphase in der Zielgruppe der MSM zu brechen. Die BTC-Kampagne ruft MSM dazu auf, für die Dauer des Monats April das Risiko einer HIV-Ansteckung konsequent zu vermeiden und anschliessend im Mai einen HIV-Test durchzuführen. Zur Erreichung dieses Ziels werden MSM mittels Outreach-Aktivitäten über die Primoinfektion informiert und dazu motiviert, an der BTC-Kampagne teilzunehmen. Um die Zielgruppe zu erreichen, werden verschiedene Kommunikationskanäle genutzt. Nebst Plakaten, Flyern sowie Anzeigen und Beiträgen in Printmedien kommen auch Online-Medien zum Einsatz. Weiter erlauben ein eigens für die Kampagne entwickeltes Online-Tool („Risk Check“) eine individuelle Empfehlung, um MSM zur Teilnahme an der BTC-Kampagne zu bewegen. Gay Community Organisationen und Gaybetriebe (wie Bars, Saunas, Clubs, etc.) werden in die Kampagne einbezogen, um die Verbreitung des Kampagnenmaterials und die Kontaktaufnahme von MSM sicherzustellen. Damit die Outreach-Aktivitäten zielgruppenspezifisch und integriert in der Gay Community erfolgen, werden diese durch lokale Partner durchgeführt. Es handelt sich dabei hauptsächlich um Gesundheitszentren für MSM, die sogenannten Checkpoints. Die lokalen Outreach-Aktivitäten finden in den fünf Städten statt, die am meisten von HIV betroffen sind (Genf, Lausanne, Zürich, Basel und Bern). Zusätzlich zu den Informations- und Präventionsaktivitäten schafft die Vergünstigung des HIV-Tests im Mai einen finanziellen Anreiz, um MSM zur Teilnahme an der BTC-Kampagne anzuregen. Die Datenerhebung in den Testzentren wurde dabei über das Internet-Tool BerDa realisiert.

Seit der Einführung der BTC-Kampagne im Jahre 2012 wurde deren Umsetzung, Effizienz und Wirksamkeit als Bestandteil verschiedener wissenschaftlichen Studien untersucht (Blank und Schwenkgenks, 2016; Frey et al., 2015; Frey et al., 2016; Locicero et al., 2013). Die Bewertung der Zweckmässigkeit und Zielerreichung der BTC-Kampagne im Rahmen dieser Fallstudie stützt sich hauptsächlich auf diese Untersuchungen. Eine unabhängige Arbeitsgruppe der EKSG (*Surveillance Working Group*) unterstützte das BAG zudem kontinuierlich bei der Sicherstellung und Ausweitung der wissenschaftlichen Nachweise zu HIV und anderen STI in der Schweiz.

5.2.2 Bewertung der Zweckmässigkeit

Die zielgruppenspezifische Ausrichtung der BTC-Kampagne, speziell auf MSM mit Risikoverhalten, ist in Übereinstimmung mit den in der Interventionsachse 2 des NPHS 2011–2017 gesetzten Zielen. Durch die Verwendung mehrerer Komponenten können unterschiedliche Aspekte der Interventionsachse adressiert werden. Die Verbreitung des Kampagnenmaterials und die lokalen Outreach-Aktivitäten tragen zur Sensibilisierung (Oberziel 1) von MSM für die HIV- und STI-Prävention bei und schaffen ein Bewusstsein und Verständnis für die Ziele der BTC Kampagne. Die Anregung zur freiwilligen Teilnahme im Aktionsmonat April, mit dem Ziel, das Ansteckungsrisiko in der Zielgruppe zu vermindern, bildet den Schwerpunkt der BTC-Kampagne und steht in Einklang mit dem Präventionsziel des NPHS 2011–2017 (Oberziel 2). Die Durchführung eines kostengünstigen HIV-Tests zwecks früher Diagnose sowie damit zusammenhängende Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten durch qualifizierte Institutionen stimmen überein mit Oberziel 3.

Die verschiedenen Komponenten der BTC-Kampagne ermöglichen einen direkten Zugang zur Zielgruppe der MSM. Dies erlaubt es, eine sinnvolle und den Zielen der Interventionsachse 2 entsprechende Umsetzung der Massnahme zu erreichen. Die Komponenten der Massnahme sind den beabsichtigten Zielen der BTC-Kampagne zur Reduktion von HIV-Ansteckungen und Information über die Primoinfektion angemessen.

Im Auftrag des BAG setzt die AHS die Kampagne um und übernimmt die nationale Koordination. Die Durchführung erfolgt in Zusammenarbeit mit lokalen Partnern, welche die Vermittlung der Information und Kampagnenziele sowie den Zugang zur Zielgruppe sicherstellen. Die organisatorische Zuständigkeit ist grundsätzlich klar und sinnvoll geregelt. Durch die lokale Durchführung der Kampagnenaktivitäten können sich allerdings aufgrund der Schnittstellen zwischen lokalen Partnern und der AHS Abweichungen in der Umsetzung ergeben.

Die Fokussierung der Kampagnenaktivität auf fünf Städte ist eine geeignete und begründete Eingrenzung. Die im Rahmen der Kampagne betriebenen Aktionen und aufgewendeten Ressourcen können auf diese Weise wirksam zur Erreichung der Zielgruppe eingesetzt werden. Allerdings ist dadurch nicht sichergestellt, dass MSM, die sich nicht an den Standorten der Kampagnenaktivität aufhalten, auf die Kampagne aufmerksam werden.

5.2.3 Bewertung der Zielerreichung

Die BTC-Kampagne wurde durch die Kooperation zwischen der AHS und lokalen Partnern erfolgreich etabliert. Die an der Kampagne beteiligten Akteure fühlen sich den Kampagnenzielen verpflichtet und zeigen ein grosses Engagement bei der Durchführung von Outreach-Aktivitäten und der Informationsvermittlung über diverse Kommunikationskanäle (Frey et al., 2015). Allerdings scheint die Kampagnenbotschaft zu umfassend zu sein. Lokale Partner weisen darauf hin, dass diese stark heruntergebrochen werden muss, da im Umfeld der Outreach-Aktivitäten längere Gespräche über Risikoverhalten oder Primoinfektion erschwert sind (Frey et al., 2016).

Im Hinblick auf die Sensibilisierung werden MSM durch die Kampagnenaktivitäten ein Bewusstsein über BTC und ihres Inhalts erfolgreich vermittelt. Rund zwei Dritteln der MSM mit Risikoverhalten war im Kampagnenjahr 2015 die BTC-Kampagne bekannt. Von den MSM, denen BTC bekannt war, konnten wiederum knapp zwei Drittel die zentralen Botschaften der Kampagne benennen (Frey et al., 2016). Bei der Präventionsaktivität zeigen sich innerhalb der Zielgruppe Unterschiede bei der Teilnahme am Aktionsmonat in Abhängigkeit des Risikoverhaltens von MSM. 20% der MSM mit Risikoverhalten äusserten, im Kampagnenjahr 2015 während des Aktionsmonats das Risiko einer HIV-Ansteckung konsequent vermieden zu haben, um an BTC teilzunehmen (Frey et al., 2016). Somit ist die BTC-Kampagne in der Lage, einen kleinen Teil der Zielgruppe für die Präventionsaktion zu mobilisieren. Das Angebot eines vergünstigten HIV-Tests als Bestandteil von BTC zeigt deutliche Auswirkungen beim Verhalten der Zielgruppe. Im Monat Mai sind bei den Teststellen klare Zunahmen in der Häufigkeit von HIV-Tests feststellbar. Ebenso besteht eine jährliche Zunahme zwischen der wiederkehrenden BTC-Kampagne. Dies ist ein Indiz dafür, dass MSM durch die jährliche Wiederholung der Kampagne zunehmend zur Durchführung eines HIV-Tests bewogen werden. Etwa die Hälfte aller MSM, die sich auf HIV testen liessen, gab im Mai 2015 an, dass sie den Test aufgrund des vergünstigten Preises gemacht haben.

Eine Kosten-Nutzen-Analyse der BTC-Kampagne erfolgte letztmals im Zusammenhang mit BTC 2015 (Frey et al., 2016). Die Schätzung der totalen Kosten des Kampagnenjahrs 2015 belief sich auf ca. CHF 600'000. Demnach betragen die Kosten, um einen einzelnen MSM zu erreichen, zwischen CHF 10 und 15. Einen MSM mit Risikoverhalten zur Teilnahme am Aktionsmonat von BTC zu bewegen, ergibt Kosten von CHF 231-312 (in Abhängigkeit der geschätzten MSM-Bevölkerungsgrosse). Die Kosten der Therapie eines HIV-Patienten betragen in der Schweiz CHF 1 Mio. verteilt über die

Lebensdauer eines Patienten. Setzt man die Kosten der BTC-Kampagne in Relation dazu, wäre bereits ein einzelnes Kampagnenjahr eine kostensparende Präventionsmassnahme, wenn dadurch mindestens eine HIV-Infektion verhindert würde.

Die jährliche Durchführung der Kampagne erlaubt es, bei Bedarf organisatorische oder inhaltliche Anpassungen vorzunehmen. Gleichermassen wird eine Verstetigung erreicht, indem die wiederkehrende Präventionsaktivität zur festen Etablierung von Risikominderungsstrategien und jährlichen HIV-Tests bei MSM führt.

Die verschiedenen Komponenten der BTC-Kampagne sind dazu geeignet, die beabsichtigten Ziele grösstenteils zu erreichen. Bei der Sensibilisierung der Zielgruppe stellt sich heraus, dass die Vermittlung der anspruchsvollen Kampagnenbotschaft auf lokaler Ebene nicht umfänglich umgesetzt werden kann. Hier scheint eine Reduzierung der Kampagnenbotschaft auf die zentralen Elemente sinnvoll, was für die laufende Kampagne auch bereits umgesetzt wurde. Hinsichtlich der Präventionsaktivität zeigt sich, dass speziell MSM mit Risikoverhalten nur schwer zur Teilnahme an BTC bewogen werden können. In diesem Zusammenhang ist es ratsam, spezifisch auf MSM mit Risikoverhalten ausgerichtete Präventionsaktivitäten zu überprüfen und gegebenenfalls in das Kampagnenkonzept aufzunehmen. Das regelmässige Angebot kostengünstiger HIV-Tests im Aktionsmonat zeigt, dass MSM einen wirksamen Anreiz zur Durchführung eines Tests erhalten. Dieses Angebot sollte weiterhin aufrechterhalten werden.

5.3 Fallstudie 3: Afrimedia

5.3.1 Übersicht

Das Präventionsprogramm Afrimedia der AHS basiert auf dem methodischen Ansatz der ‚Peer education‘ und zielt darauf ab, mittels interkultureller Mediatorinnen und Mediatoren afrikanischer Herkunft das Wissen von Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika zu Risiken, Präventions-, Test- und Therapieangeboten im Bereich HIV und STI zu erweitern und ihr Schutz- und Testverhalten zu verbessern (Nideröst et al., 2015: 2). Anhand seines partizipativen und niederschweligen Ansatzes versucht das Programm auch zur Entstigmatisierung von HIV und Aids in dieser Zielgruppe beizutragen. Die Präventionsarbeit setzt dabei auf die folgenden drei Hauptpfeiler (Nideröst et al., 2015):

1. Information und Sensibilisierung
2. Vernetzung der Organisationen und Schlüsselpersonen der Zielgruppe
3. Förderung der Selbsthilfe und der Solidarität mit HIV-positiven Personen

Die Massnahme ist eingebettet in die Interventionsachse 2 des NPHS, die sich an Personengruppen mit erhöhtem Expositionsrisiko richtet. Die Vulnerabilität von Menschen aus Ländern mit hohen HIV- und STI-Prävalenzen erklärt sich teilweise aus der epidemiologischen Situation in ihren Herkunftsländern. Doch auch in der Schweiz bestehen für diese Migrantinnen und Migranten höhere HIV- und STI-Risiken. Einerseits können durch die Migrationssituation weitere Vulnerabilitätsfaktoren hinzukommen, wie sprachliche Barrieren, soziale und wirtschaftliche Prekarität, ein tiefes Bildungsniveau oder kulturelle und religiöse Einflüsse, die das Schutzverhalten beeinträchtigen (BAG, 2016c: 31). Andererseits ist das Ansteckungsrisiko für diese Menschen erhöht, da ihr Umfeld und somit ihr Sexualleben oft sehr stark von anderen Migrantinnen und Migranten aus demselben Herkunftsland geprägt sind (BAG, 2016c: 29). Zugleich haben sie oftmals einen schlechteren Zugang zu Angeboten der Prävention, Testung und Behandlung (BAG, 2016c: 19).

Gemäss BAG (2016c: 79) lebten im Jahr 2013 rund 63'000 Menschen (ständige und nicht-ständige Wohnbevölkerung) aus Subsahara-Afrika in der Schweiz, was ca. 0.8% der Gesamtbevölkerung ent-

spricht.¹⁹ Zu den häufigsten Herkunftsländern zählen dabei Eritrea, Kamerun, die Demokratische Republik Kongo, Südafrika, Äthiopien und Somalia (Nideröst et al., 2015: 7). Gemessen an ihrem geringen Anteil an der Gesamtbevölkerung weist diese Gruppe einen hohen Anteil an HIV-Neuinfektionen auf: 2014 betrafen etwa 7% aller in der Schweiz neu diagnostizierten HIV-Fälle Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika (BAG, 2016c: 79). Neben den zahlreichen Vulnerabilitätsfaktoren ist bei dieser Zielgruppe die starke Stigmatisierung von Menschen mit HIV besonders bedeutend. Sie führt dazu, dass Betroffene ihre Infektion oft geheim halten und medizinische Angebote – auch Testangebote – weniger nutzen, was die Verbreitung von HIV zusätzlich begünstigt (ibid.).

Afrimedia wurde im Jahr 2002 durch das Schweizerische Tropen- und Public Health-Institut in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) gegründet und wird durch das BAG finanziert. In den Anfangsjahren ging es hauptsächlich um den Aufbau eines Mediatorinnen- und Mediatorensystems und die Implementierung des Projekts (Nideröst et al., 2015: 8). Im Jahre 2006 ging Afrimedia an die AHS über, wo es als nationales Programm mit einer regionalisierten Struktur implementiert wurde. Zurzeit wird Afrimedia von den acht regionalen Aids-Hilfe-Organisationen Freiburg, Genf, Jura, Lausanne, Neuenburg, St. Gallen / Appenzell, Wallis und Zürich umgesetzt und dabei national von der AHS koordiniert und teilfinanziert (Nideröst et al., 2015). Die AHS verfügt dabei über ein Jahresbudget von rund CHF 100'000 für Afrimedia und die Beiträge der regionalen Organisationen lagen im Jahr 2014 zwischen CHF 1'000 und 34'000 (Nideröst et al., 2015: 26). Insgesamt arbeiten 22 Mediatorinnen und Mediatoren (zehn Männer und zwölf Frauen) für Afrimedia, die aus unterschiedlichen Ländern der Region Subsahara-Afrika stammen. Das Programm Afrimedia ist allerdings zurzeit im Umbruch und wird in veränderter Form und unter neuem Namen fortgeführt werden.

Seit seiner Gründung war das Programm Afrimedia regelmässig Gegenstand wissenschaftlicher Studien und Evaluationen (Hammer et al. 2006; Nideröst et al., 2015; Rosenbrock et al., 2009). Die folgende Beurteilung der Zweckmässigkeit und Zielerreichung von Afrimedia stützt sich vornehmlich auf diese Quellen. Zudem liefert die in den Jahren 2013 und 2014 durchgeführte, webbasierte ANSWER-Umfrage (Africa Net Survey – We Respond!)²⁰ wichtige Erkenntnisse zur Zielgruppe bezüglich Informationsstand, Schutzstrategien und Präventionsbedürfnissen in Bezug auf HIV und STI (s. Simonson et al., 2015).

5.3.2 Bewertung der Zweckmässigkeit

Die regionale Verankerung und Implementierung von Afrimedia ermöglicht eine optimale Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten in den verschiedenen Kantonen und der unterschiedlichen Zusammensetzung der Zielgruppe. Diese organisatorische Struktur scheint daher sinnvoll für die Erreichung der Programmziele, wenn auch die Nutzung von Synergien und der Austausch von Erfahrungen zwischen den Regionen intensiviert werden könnten. Diese Regionalisierung führte aber auch dazu, dass die Zielsetzungen des Programms sehr unterschiedlich ausgelegt wurden – gemeinsame Visionen sind nur noch ansatzweise erkennbar (s. Nideröst et al., 2015: 49). So verstehen gewisse regionale Programmverantwortliche Afrimedia ausschliesslich als niederschwelliges HIV- und STI-Präventionsprogramm, während andere Verantwortliche die Präventionsarbeit in einen breiteren Kontext von sexueller Gesundheit und Integration einbetten. Auch erachten einige regionale Programmverantwortliche die Anregung zum Testen nicht als Aufgabe von Afrimedia. Diese Haltung läuft aber einer zentra-

¹⁹ In dieser Zahl nicht enthalten sind Migrantinnen und Migranten der ersten und zweiten Generation, die über die Schweizer Staatsangehörigkeit verfügen, sowie Migrantinnen und Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus.

²⁰ Die ANSWER-Ergebnisse können allerdings nicht als repräsentativ für diese Gruppe betrachtet werden, da die Stichprobe nicht zufällig ausgewählt wurde, sondern auf der Mobilisierung innerhalb bestehender Netzwerke beruhte. An der Umfrage nahmen 745 in der Schweiz lebende Menschen teil, die sich selber als Afrikanerinnen und Afrikaner identifizierten (BAG, 2016c: 79-80).

len Zielsetzung in der Interventionsachse 2 zuwider. Eine gemeinsame Klärung der Zielsetzungen und eine sinnvolle Annäherung der Positionen scheinen hier angebracht.

Der methodische Ansatz der ‚Peer education‘ hingegen ist unbestritten und gilt auch auf internationaler Ebene als Schlüsselstrategie für die Prävention bei schwer erreichbaren Zielgruppen (Cornish und Campbell, 2009). Es wird davon ausgegangen, dass diese Peers – oder Mediatorinnen und Mediatoren – in der Zielgruppe höhere Glaubwürdigkeit und Akzeptanz geniessen als andere Personen oder Institutionen. Für die Sensibilisierung der Bevölkerung aus Subsahara-Afrika, wo HIV noch stark mit einem Stigma behaftet ist, kann dieser methodische Ansatz als zweckmässig und zielführend erachtet werden. Die Stellung dieser Mediatorinnen und Mediatoren gestaltet sich aber je nach Region ebenfalls sehr unterschiedlich. So sind einige dieser Peers als Festangestellte ein klarer Teil der regionalen AHS-Teams, während andere im Stundenlohn angestellt sind und unter mangelnder Einbindung und fehlender Anerkennung leiden. Diese Unterschiede in der beruflichen Position sind unter anderem den eher tiefen und ungleichen regionalen Budgets geschuldet. Im Sinne einer effektiven Präventionsarbeit wäre eine Besserstellung der Mediatorinnen und Mediatoren aber sicher angezeigt. Sie selbst erleben sich als grundsätzlich sehr motiviert und engagiert (Nideröst et al., 2015: 33).

Der inhaltliche Fokus der Präventionsarbeit, der sich zwischen den verschiedenen Regionen stark unterscheidet, sollte sich dabei zwecks Erreichung der Programmziele nicht auf die Themen von HIV und anderen STI beschränken. Einerseits beschäftigen Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika bedingt durch ihre Migrationssituation oftmals auch schwerwiegendere gesundheitliche, soziale, wirtschaftliche und rechtliche Probleme – neben HIV und anderen STI. Andererseits besteht die Gefahr einer zusätzlichen Stigmatisierung dieser Zielgruppe durch eine zu enge Fokussierung des Programms auf HIV/STI (Nideröst et al., 2015: 48). Reine HIV- und STI-Präventionsarbeit wird daher bei dieser Zielgruppe kaum verfangen. Viele Mediatorinnen und Mediatoren sind sich dieser Thematik bewusst und sprechen beispielsweise den allgemeinen Gesundheitszustand ihres Gegenübers an und schneiden erst im Verlauf des Gesprächs das Thema HIV/STI an. Die Unterschiede in den Gesprächsführungsstrategien erklären sich dabei durch unterschiedliche Zielsetzungen der regionalen Programme und das individuelle Engagement der Mediatorinnen und Mediatoren. In diesem Bereich liegt viel inhaltliches Optimierungspotenzial – ein erweiterter Fokus der Präventionsarbeit sowie einheitlichere Vorgehensweisen der regionalen Organisationen wären wünschenswert im Hinblick auf die Zielerreichung. Nötig wäre dazu namentlich eine prononciertere Steuerung.

Neben den reinen Präventionsaktivitäten richtet Afrimedia einen deutlichen Fokus auf die Entstigmatisierung von HIV und Aids. Im Unterschied zu den Anfängen des Programms sind diese Aktivitäten allerdings heute kaum noch sichtbar (Nideröst et al., 2015: 52). Dabei scheint es für eine effektive Senkung des Übertragungsrisikos und für eine frühe Diagnose der Infektion von grösster Wichtigkeit, diese Hürden abzubauen. Bereits in der Studie von Rosenbrock et al. (2009) wurde festgehalten, dass sich Afrimedia in erster Priorität darauf konzentrieren sollte, das Stigma zu reduzieren, das HIV in der Migrationsbevölkerung aufweist. Möglicherweise kann dieses Thema aber besser und effektiver über andere Kanäle kommuniziert werden (z.B. Fernsehprogramme in Kooperation mit African Mirror TV oder Diskussionsforen auf Social Media).

5.3.3 Bewertung der Zielerreichung

Eine Bewertung der Zielerreichung von Afrimedia gestaltet sich nicht einfach, da die verschiedenen regionalen Programmverantwortlichen unterschiedliche Vorstellungen dieser Zielsetzungen haben. So wurde ein zentrales Ziel der Interventionsachse 2, die Anregung zum Testen in Personengruppen mit erhöhtem Expositionsrisiko, nicht von allen beteiligten AHS-Regionalorganisationen umgesetzt. Es ist gemäss Nideröst et al. (2015: 32) denn auch von den Programmverantwortlichen keine erhöhte Testaktivität in der Bevölkerung aus Subsahara-Afrika festgestellt worden. Aus den leicht gesunkenen HIV-Diagnosen bei dieser Bevölkerungsgruppe über die letzten Jahre (s. BAG, 2016a) lässt sich zudem

nicht direkt auf eine tiefere Inzidenz schliessen – diese Zahl könnte auch auf veränderte Migrationsbewegungen oder auf eine Abnahme der HIV-Tests hinweisen. Im Rahmen der ANSWER-Umfrage erklärten dabei über 30% der Befragten aus Subsahara-Afrika, während der vorangegangenen zwölf Monate einen HIV-Test gemacht zu haben. Dies korreliert mit dem Bildungsniveau und dem persönlichen Wissensstand zu HIV und zu anderen STI (s. Simonson et al., 2015).

Es zeigt sich aber dennoch, dass Afrimedia seine Zielgruppe erreicht und eine gewisse Sensibilisierung stattgefunden hat. Gemäss Hammer et al. (2006) ist es gelungen, das Wissen der Bevölkerung aus Subsahara-Afrika im Bereich HIV zu erweitern. Auch Nideröst et al. (2015: 44) zeigen im Rahmen einer persönlichen Befragung²¹ von Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika auf, dass die von Afrimedia erhaltenen Information von einer grossen Mehrheit als hilfreich, umfassend und verständlich erachtet werden. Fast alle der befragten Personen, die bereits in Kontakt mit Afrimedia kamen, berichteten von direkten Auswirkungen auf ihr Schutzverhalten, wie beispielsweise der Verzicht auf risikoreiche Sexpraktiken (ibid.). Allerdings zeigen sich weder für das effektive HIV-Schutzverhalten noch für das HIV-Testverhalten signifikante Unterschiede zwischen jenen Personen, die vom Programm profitiert haben, und solchen, die es nicht kennen.

Grundsätzlich ist das Wissen der befragten Bevölkerung bezüglich sexuell übertragbaren Infektionen, Risiken und Präventionsmassnahmen als relativ gut einzustufen (Nideröst et al., 2015: 45). Ebenfalls rund 70% der Befragten der ANSWER-Studie sind die Präventionskampagnen gegen HIV in der Schweiz bekannt (Simonson et al., 2015). Etwas mehr als die Hälfte der Befragten kennt zudem Informations- und Unterstützungsangebote betreffend HIV und über 70% geben an, dass sie Orte kennen, wo man sich auf HIV testen lassen kann (ibid.). Nideröst et al. (2015: 46) zeigen dabei auf, dass Personen, die in Kontakt mit Afrimedia kamen, signifikant häufiger angeben, Akteure oder Organisationen zu kennen, die ihnen hierbei Unterstützung bieten können, als jene, die noch nie von Afrimedia gehört hatten.

Die Mehrheit der Befragten äussert aber zusätzlichen Informationsbedarf – besonders zu Prävention und Testung von HIV und anderen STI (Nideröst et al., 2015: 54). Die Mediatorinnen und Mediatoren werden dabei als valable Informationsvermittler betrachtet – lieber würden die Befragten die Informationen aber von einer medizinischen Fachperson oder übers Internet erhalten (ibid.). Die Stigmatisierung mag hier ein wichtiger Grund sein, dass diskretere und anonyme Informationskanäle präferiert werden, was bei zukünftigen Präventionsprogrammen für diese Bevölkerungsgruppe zwingend berücksichtigt werden sollte.

²¹ Es handelt sich dabei um eine Face-to-Face-Befragung von 201 Personen. Aus dieser Gruppe haben 42 Personen (21%) bereits einmal von Afrimedia gehört oder kennen die Mediatorinnen und Mediatoren der regionalen AHS-Stellen.

6 Experteninterviews

6.1 Gliederung des NPHS 2011–2017 in drei Interventionsachsen

Nach der Auswertung und Analyse aller relevanten schriftlichen Dokumente zum NPHS erfolgt nun eine Beurteilung des Programms aus der Sicht ausgewählter Expertinnen und Experten. Es handelt sich dabei um die aktuelle und die ehemalige Programmleitung in der Sektion Prävention und Promotion des BAG sowie um Vertretungen der EKSG und von Dachorganisationen nationaler NGO im Bereich HIV und STI.²²

Die Strukturierung der Präventionsaktivitäten in drei Interventionsachsen – eine zentrale Neuerung, die mit dem NPHS 2011–2017 implementiert wurde, – erachten alle interviewten Personen als grundsätzlich sinnvoll. Diese Gliederung sei durchdacht, nachvollziehbar und ermögliche einen gezielteren Einsatz der Ressourcen. Wie mit jeder anderen Strukturierung werden hier aber künstliche Abgrenzungen vorgenommen, mit denen man sich in der täglichen Arbeit arrangieren muss. So erstaunt es nicht, dass es vor allem die Repräsentanten der zwei zentralen NGO – AHS und SGCH – sind, die gewisse Überschneidungen oder Trennungen von einzelnen Gruppen kritisieren. Speziell die Aufspaltung der Präventionsarbeit für die Freier auf der einen und für die Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter auf der anderen Seite löste eine Diskussion aus. Durch die Zuteilung dieser beiden Gruppen zu unterschiedlichen Achsen und damit in den Verantwortungsbereich unterschiedlicher Organisationen seien zwei Bereiche auseinandergerissen worden, die thematisch zusammengehören, argumentierte der Vertreter der AHS. Auch die Zuteilung von verschiedenen MigrantInnengruppen zu unterschiedlichen Achsen könne eine kohärente Präventionsarbeit erschweren, gab die Vertreterin von SGCH zu Protokoll. Berücksichtigt man aber die Prävalenzen und die Vulnerabilität hinsichtlich HIV und anderen STI dieser verschiedenen Gruppen macht die bestehende Einteilung durchaus Sinn.

Es scheint hier vor allem wichtig, in der täglichen Arbeit eine gewisse Flexibilität walten zu lassen und in begründeten Fällen eine achsen- und organisationenübergreifende Zusammenarbeit zu etablieren. Bezüglich der Gruppe der Freier wurde eine solche Kooperation zwischen AHS und SGCH bereits initiiert: das Präventionsprojekt ‚Don Juan‘ wird von beiden Organisationen gemeinsam implementiert.

6.2 Organisation und Verteilung der Zuständigkeiten

Die Kritik an der Programmsteuerung des BAG, die im Rahmen des MTC geäußert wurde, wird von den zentralen Akteuren nun – drei Jahre später – nicht mehr geteilt. Kritikpunkte, wie die Intransparenz bezüglich des Ressourceneinsatzes, der fehlende Einbezug von AHS und SGCH in die LOVE LIFE-Kampagne und die mangelnde Kommunikation in Entscheidungsprozessen, konnten in den letzten Jahren grösstenteils aus dem Weg geräumt werden. Dazu äusserten sich die Programmleiterinnen im BAG wie folgt:

„Wir haben die durch die EKSG priorisierten Empfehlungen des MTC in unserem Bereich umgesetzt. Beispielsweise im Bereich Leadership publizieren wir nun jährlich einen Tätigkeitsbericht zum NPHS und haben das HIV/STI-Forum in Zusammenarbeit mit SGCH und AHS weiter gestärkt.“

Auch werden die verschiedenen Partnerorganisationen nun jeweils früher und direkter in Entscheidungsprozesse eingebunden. Diese beurteilen die heutige Zusammenarbeit mit dem BAG als gut bis sehr gut. Man spüre den Willen zur Kooperation und werde von der Programmleitung unterstützt.

²² Die Liste der interviewten Personen und der Gesprächsleitfaden sind in Anhang 2 zu finden.

Allerdings sind sich auch mehrere Akteure einig, dass die grosse Dynamik, die zu Beginn des NPHS im BAG spürbar war, heute nicht mehr in dieser Form vorhanden ist.

Die Kooperation zwischen den wichtigen Stakeholdern des NPHS scheint grösstenteils gut zu funktionieren. Es bestehen allerdings Reibungen zwischen den beiden NGO, die hauptsächlich für die Implementierung des Programms zuständig sind. Eine direkte Zusammenarbeit von AHS und SGCH findet hinsichtlich des Präventionsprojekts ‚Don Juan‘ und des gemeinsamen Online-Shops statt. Und hier zeigen sich doch gewisse Missstände: Während die AHS ein grösseres inhaltliches Engagement des Partners vermisst, kritisiert SGCH den mangelnden Kooperationswillen der AHS. Ein besseres Zusammenspiel der beiden wichtigsten Stakeholder wäre aber für die Erreichung von achsenübergreifenden Zielen von grosser Bedeutung.

Die Zusammenarbeit zwischen dem Bund und den Kantonen im Bereich HIV und STI lässt sich als marginal bezeichnen. Es besteht aber ein institutionalisierter Kommunikationskanal zwischen der Abteilung Übertragbare Krankheiten des BAG und der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz (VKS). Hier findet monatlich eine Telefonkonferenz statt, wo alle wichtigen Themen der Abteilung diskutiert werden. Die NPHS-Programmleitung kann hier jederzeit dringende Anliegen im Bereich HIV und STI einspeisen. Gelegentlich gibt es auch projektbezogene Absprachen zwischen dem BAG und der VKS. Auf einer höheren, strategischen Ebene gibt es einen – nicht institutionalisierten – Austausch zwischen dem Direktor des BAG und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Gemäss der ehemaligen und der aktuellen Programmleitung gestaltet sich dieser Kommunikationsweg aber eher lang und die zentralen Themen des NPHS geniessen in der GDK keine hohe Priorität.

Hinsichtlich der organisatorischen Zuständigkeiten innerhalb des NPHS sind die interviewten Expertinnen und Experten der Ansicht, dass sich die Verteilung der verschiedenen Akteure auf die drei Interventionsachsen grundsätzlich bewährt hat. Die zentralen Programmpartner sind entsprechend ihren Kompetenzen den verschiedenen Themenbereichen zugeordnet, was als sinnvoll und zweckmässig erachtet wird.

Bezüglich der Verteilung der finanziellen Mittel auf die drei Achsen besteht aber offenbar Handlungsbedarf. So plädieren die meisten der interviewten Expertinnen und Experten klar für eine Stärkung der Interventionsachse 2. In den verschiedenen Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Risiko scheinen ihnen der Bedarf am grössten und der Präventionserfolg pro Franken am höchsten. Zwei Interviewpartner sprechen sich zusätzlich für mehr Ressourcen in Achse 3 aus, um der Diskriminierung von Menschen mit HIV oder einer anderen STI effektiver begegnen zu können. Die Verlagerung der finanziellen Mittel müsse dabei auf Kosten der Interventionsachse 1 geschehen, die mit fast 50% der Zahlungen des Bundes zu hoch dotiert sei. Diese Reduktion der Achse 1 wird von einer Mehrheit der Interviewpartnerinnen und -partner befürwortet.

Innerhalb der Achse 1 ist es hauptsächlich der Verantwortungsbereich von SGCH, der als Gegenstand von Kürzungen vorgeschlagen wird. Sexuelle Gesundheit Schweiz (SGCH) war vor seiner Einbindung ins NPHS 2011–2017 als PLANeS ein nationaler Dachverband der kantonalen Beratungsstellen für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität. Einer zentralen Empfehlung aus dem Bericht von Rosenbrock et al. (2009) folgend, wurde diese Organisation eingeladen, im Rahmen des NPHS den ganzen Bereich der sexuellen Gesundheit abzudecken und der HIV-Prävention dabei mehr Beachtung zu schenken. SGCH leistet nach wie vor qualitativ hochstehende Arbeit in den Themenfeldern der sexuellen Rechte, der reproduktiven Gesundheit und der schulischen Sexualaufklärung, was von den anderen Programmpartnern bestätigt wird. Nach eigenen Angaben hat SGCH zudem im Laufe des NPHS seine Präsenz in der Deutschschweiz deutlich intensiviert (aus ihrer Geschichte heraus ist die Organisation stärker in der Romandie verankert) und den Zugang zum männlichen Teil der Bevölkerung vermehrt gesucht. Trotzdem werden sie in der HIV- und STI-Prävention von einigen Programmpartnern nur ungenügend wahrgenommen. So äusserte sich der ehemalige Leiter des NPHS im Interview wie folgt:

„SGCH hat über die letzten Jahre seinen Fokus nicht wie vorgesehen auf die HIV/STI-Prävention ausgeweitet und sich nicht wie erwartet entwickelt. Die Organisation ist in diesem Bereich zu wenig präsent und verfügt über zu wenig Knowhow.“

Aufgeworfen wird von einigen Interviewten auch die Möglichkeit einer institutionellen Annäherung von AHS und SGCH – sei es in Form einer engen Kooperation oder einer Fusion. Sie sind der Meinung, dass die Tätigkeitsgebiete der beiden Organisationen durchaus unter einem Dach Platz hätten und dies zu einer effektiveren Zielerreichung im Rahmen des NPHS oder eines Nachfolgeprogramms beitragen könnte. Die Leiterinnen des NPHS würden eine solche Entwicklung grundsätzlich befürworten. Auch für die Vertreterin von SGCH scheint die Etablierung einer einzigen Schweizer Organisation im Bereich der sexuellen Gesundheit durchaus sinnvoll.

6.3 Umsetzung des Programms und Zweckmässigkeit der Massnahmen

Von den verschiedenen Präventionsprojekten in der Interventionsachse 1 ist die LOVE LIFE-Kampagne unter allen Interviewpartnerinnen und -partnern gänzlich unbestritten. Es besteht grosse Übereinstimmung, dass die Kampagne eine sinnvolle Massnahme darstellt, dass sie sehr gut gemacht ist und es immer wieder schafft, öffentliches Interesse für das Thema zu wecken. Gemäss dem ehemaligen Präsidenten der EKSG gelingt es der LOVE LIFE-Kampagne zudem, die Information für die Gesamtbevölkerung mit zielgruppenspezifischen Informationen zu verbinden. Nach wie vor bildet diese Präventionskampagne daher einen Hauptpfeiler des nationalen Programms. Obwohl die interviewten Personen in der Vergangenheit nicht immer mit der gewählten Kampagnenbotschaft einverstanden waren, erachten sie das vergleichsweise grosse Budget dieser Massnahme als angemessen und gerechtfertigt. Für die aktuelle Kampagne 2017 hat die Programmleitung zudem auf einen Kritikpunkt aus dem MTC reagiert und frühzeitig einen näheren Kontakt zur Ärzteschaft und zur FMH gesucht.

Die schulische Sexualaufklärung wird ebenfalls als wichtiges Element hinsichtlich der Sensibilisierung der Öffentlichkeit erachtet. Ein flächendeckender, systematischer und qualitativ hoch stehender Sexualkundeunterricht könnte zudem gemäss den Interviewten die zurzeit fehlende Chancengleichheit der jungen Generation in diesem Bereich herstellen. Die Vertreterin der SGCH äussert dabei Bedauern, dass der Einsatz des Bundes für eine stufengerechte Sexualaufklärung – in Zusammenarbeit mit den Kantonen – zwar als zentrale Massnahme im NPHS aufgeführt ist, für diese Förderung der Sexualaufklärung aber zurzeit keine finanziellen Mittel aufgebracht werden.

Bezüglich der Interventionsachse 2 wird von den interviewten Personen die Ansicht geteilt, dass das NPHS sinnvollerweise einen starken Fokus auf die MSM-Bevölkerung richtet. Da sich die HIV-Epidemie in dieser Gruppe am stärksten und schnellsten ausbreitet, scheint ihnen das grosse Engagement für diese Zielgruppe berechtigt und zielführend. Die BTC-Kampagne als zentrale Massnahme in diesem Bereich wird von den meisten Interviewten als wichtig und zweckmässig erachtet, auch wenn sich die Frage stelle, welchen Teil der anvisierten Zielgruppe der MSM mit Risikoverhalten man tatsächlich erreiche. Der hohe Effort in dieser Bevölkerungsgruppe müsse aber aufrechterhalten werden. In diesem Zusammenhang wird zudem von mehreren Interviewpartnerinnen und -partnern das Thema der Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP) aufgeworfen. Man ist sich dabei mehrheitlich einig, dass sich diese Massnahme für eine kleine Gruppe von MSM, die sich regelmässig hohen Risiken aussetzen, durchaus anbietet. In diesem begrenzten Bereich, der aber für die Eindämmung der Epidemie eine grosse Rolle spielt, sollte nach Ansicht der interviewten Personen eine Anwendung von PrEP in Betracht gezogen werden.²³ Von einem Interviewpartner wird noch das Thema ‚Chem-Sex‘ (Geschlechtsverkehr unter Einfluss von synthetischen Drogen) angesprochen. Diesem werde zurzeit zu

²³ Siehe dazu auch die Empfehlungen der EKSG vom 25. Januar 2016 (BAG, 2016d).

wenig Aufmerksamkeit geschenkt – namentlich die Checkpoints sollten für diese Problematik stärker sensibilisiert werden.

Auf die Frage nach vernachlässigten Zielgruppen in der Interventionsachse 2 werden hauptsächlich die Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern genannt. Alle interviewten Expertinnen und Experten stimmen überein, dass in diesem Bereich mehr gemacht werden müsste. Das Rahmenkonzept zu Migration und Vulnerabilitätsfaktoren (BAG, 2016c) wird lobend hervorgehoben, aber es wird auch klar festgehalten, dass die Präventionsinstrumente ihre Wirkung bisher nicht zufriedenstellend entfaltet haben. Allerdings argumentieren auch mehrere Interviewte, dass hinsichtlich dieser Zielgruppe mehrere grosse Hürden vorhanden seien: die starke Stigmatisierung von Menschen mit HIV oder Aids, die grossen regionalen Unterschiede in der Zusammensetzung dieser Bevölkerungsgruppe und die vergleichsweise schlechte Datenlage. Die Programmleitung will dieser Zielgruppe aber nach eigenen Angaben in der künftigen Präventionsarbeit Priorität einräumen und es bestehen auch bereits neue Präventionsansätze. Afrimedia, das seine Zielsetzungen nur teilweise erfüllt hat (vgl. Fallstudie in Kapitel 5.3), soll gemäss dem Vertreter der AHS nun unter einem anderen Namen und mit einem klaren geographischen Fokus auf die grossen urbanen Gebiete, wo der Anteil der Migrantinnen und Migranten am höchsten ist, neu lanciert werden. Zudem hat die AHS die Präventionskampagne ‚Get Tested‘ implementiert, die Frauen und Männer aus Subsahara-Afrika dazu ermutigen soll, ihren eigenen HIV-Status zu kennen. Der AHS-Vertreter äusserte sich dazu wie folgt:

„Wir wollen vermitteln, dass es in Ordnung ist, wenn man HIV-positiv ist und dass man mit einer Therapie auch Kinder zur Welt bringen kann, die nicht positiv sind. Man muss den Menschen die Angst vor dem Test und vor einem möglichen positiven Resultat nehmen.“

In diesem Zusammenhang wird zurzeit auch ein neues Projekt angedacht, das eine Kooperation von verschiedenen Akteuren im Bereich der Migration anstrebt. Es handelt sich dabei um eine Zusammenarbeit der AHS (mit ihrem Fokus auf MigrantInnengruppen mit erhöhtem Expositionsrisiko), der SGCH (mit Fokus auf Migrantinnen und Migranten aus Ländern ohne generalisierte HIV-Epidemie) und dem Schweizerischen Roten Kreuz (mit ihrem guten Zugang zu Sans-Papiers). Das BAG sieht seine Rolle hier hauptsächlich in der Vernetzung der verschiedenen Aktivitäten und Ressourcen.

In der Interventionsachse 3 wurde gemäss den Experteninterviews bereits viel erreicht hinsichtlich der Qualität der Behandlung von HIV-positiven Menschen. Ein Interviewpartner regt dabei an, das korrekte und ständige Einhalten der Therapie („*adherence*“) – besonders bei älteren Menschen – besser zu beaufsichtigen und zu betreuen. Die soziale Komponente dürfe im medizinischen System nicht zu kurz kommen, um Therapieabbrüche zu vermeiden. Einige Interviewpartnerinnen und -partner sehen in dieser Interventionsachse aber noch ungenutzte Potenziale hinsichtlich der Erreichung der Programmziele. So seien zusätzliche Anstrengungen nötig, um der nach wie vor bestehenden Diskriminierung und Stigmatisierung in diesem Bereich entgegen zu wirken. Auch brauche es neue Präventionsideen zur Senkung des Übertragungsrisikos von HIV bei Personen mit nachweisbarer Viruslast. Die Diagnose und Therapie von Hepatitis C solle zudem stärker ins Programm integriert und hierfür Synergien mit bestehenden Strukturen genutzt werden. Die Interventionsachse 3 werde leider zu stiefmütterlich behandelt, hält dabei ein Interviewpartner fest. Konkrete Vorschläge zu Präventionskonzepten können in den Gesprächen aber nicht genannt werden.

6.4 Zielerreichung des Programms und der Massnahmen

Die Zielerreichung des Programms und seiner Massnahmen ist in den Experteninterviews einerseits anhand der vier Oberziele des NPHS 2011–2017 und andererseits – falls diese von den interviewten Personen namentlich erwähnt wurden – anhand der Ziele von relevanten Präventionsprogrammen oder -kampagnen diskutiert worden.

1. *Die Menschen in der Schweiz sind aufgeklärt und fähig, ihre Rechte im Bereich der Sexualität wahrzunehmen.*

Eine abschliessende Beurteilung zur Erreichung des ersten Oberziels fällt den meisten Interviewpartnerinnen und -partnern sehr schwer. Wie sensibilisiert und aufgeklärt die Öffentlichkeit tatsächlich ist, kann nur bedingt eruiert werden. Es wird aber von den meisten Interviewten argumentiert, dass die LOVE LIFE-Kampagne diesbezüglich grossartige Arbeit leiste und durch ihr langjähriges Bestehen und die hohe mediale Resonanz eine Erreichung dieses Oberziels zumindest teilweise gegeben sei. Die Vertreterin der SGCH äusserte sich dazu wie folgt:

„Es kann davon ausgegangen werden, dass die Gesamtbevölkerung gut über HIV informiert ist. Bezüglich der anderen STI liegt aber noch viel Arbeit vor uns – Chlamydien-Infektionen werden beispielsweise immer noch stark unterschätzt.“

2. *Das Übertragungsrisiko von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sinkt.*

Die Erreichung des zweiten Oberziels wird in den durchgeführten Gesprächen tendenziell bejaht. Dies gelte hauptsächlich für die Zielgruppe der MSM, die aber auch bezüglich der Dynamik der Epidemie eine entscheidende Rolle spielt. Mehrere Interviewte sind der Meinung, besonders die BTC-Kampagne habe hier einen Beitrag geleistet, dass die Testhäufigkeit zunimmt und die Anzahl der frühen Diagnosen steigt. Der Vertreter der AHS äusserte sich dazu wie folgt:

„Die HIV-Testhäufigkeit hat mit BTC stark zugenommen und seit der Implementierung der Kampagne steigt bei den HIV-Diagnosen im Bereich MSM der Anteil der frischen Infektionen, was eine wichtige Zielsetzung von BTC darstellt. Man will die Kette der Übertragung früh brechen. Für mich ist BTC ein Erfolg und die Kampagnen wirken auch jeweils lange nach: die BTC-T-Shirts sieht man heute noch auf der Strasse.“

Eine zentrale Herausforderung der Präventionsarbeit besteht dabei darin, diejenigen Menschen zu erreichen, die in ihrem Sexualverhalten hohe Risiken eingehen. Die Programmleitung des NPHS ist sich dieser Schwierigkeiten nach eigenen Angaben bewusst. Es gelte, die Vorgehensweise immer wieder zu überprüfen und sich an neue Herausforderungen und Bedürfnisse anzupassen.

3. *HIV und andere STI werden in einem frühen Stadium erkannt und richtig behandelt.*

Auch beim dritten Oberziel sind viele Interviewpartnerinnen und -partner der Ansicht, dass dieses grösstenteils erreicht wird. Die HIV-Infektion werde immer früher diagnostiziert und die Qualität der Behandlung wird als sehr gut erachtet. Bei den anderen STI steigen die bestätigten Fälle zwar nach wie vor stark und stetig an – diese Entwicklung sei aber auch durch die besser ausgebaute Diagnostik bedingt.

Die stärkere Thematisierung der Primoinfektion während der letzten Jahre – im Rahmen der jährlich wiederkehrenden BTC-Kampagne, in der LOVE LIFE-Kampagne 2015 sowie in Form einer BAG-Richtlinie an die Ärzteschaft (BAG, 2015b) – habe sich zudem klar auf das Testverhalten ausgewirkt. So argumentierte der ehemalige Präsident der EKSG im Gespräch wie folgt:

„Durch diese Fokussierung auf die Frühdiagnostik der HIV-Primoinfektion konnten viele Personen früher diagnostiziert werden. Betrachtet man den Anstieg der diagnostizierten Neuinfektionen, waren diese Anstrengungen erfolgreich. Für die effektive Bekämpfung von HIV und anderen STI sollte man hier noch mehr investieren. Aber ich glaube, wir sind auf einem guten Weg.“

Einen wichtigen Faktor in der Früherkennung der Infektionen stellen dabei nach Ansicht einiger Expertinnen und Experten die Testkosten dar. Die bisherigen Testanreize beschränken sich für die Gruppe der MSM auf eine einmal jährliche Vergünstigung im Rahmen von BTC und für die Gruppe der Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter sowie für Migrantinnen und Migranten mit unsicherem Aufenthaltsstatus auf einzelne niederschwellige medizinische Anlaufstellen und Angebote. Es wird argumentiert,

dass zudem viele junge Menschen beim Abschluss einer Krankenversicherung eine hohe Franchise wählen, um Kosten zu sparen. Diese Personen sind dann meistens auch nicht in der Lage, die hohen Testkosten selbst zu tragen. Die Expertinnen und Experten, welche die Testkosten im Gespräch thematisierten, plädieren im Sinne der Chancengleichheit und im Interesse der öffentlichen Gesundheit für eine deutliche Reduktion der Testkosten. In diesem Zusammenhang werden auch die Ergebnisse der Kohortenstudie ‚STAR-trial‘²⁴ des Kantonsspitals St. Gallen von Interesse sein, die untersucht, ob es zweckmässig ist, die regelmässigen Tests von Risikopersonen von der Franchise zu befreien.

4. *Die HIV- und STI-Arbeit wirkt nachhaltig, weil sie auf die Partizipation der Zielgruppen setzt, auf wissenschaftlicher Evidenz beruht und von der Bevölkerung getragen wird.*

Die Erreichung des vierten Oberziels wird nur von einigen Interviewpartnerinnen und -partnern diskutiert. Dabei wird einerseits positiv erwähnt, dass die Evidenzbasierung der Präventionsmassnahmen während der letzten Jahre deutlich verstärkt wurde. Andererseits wird kritisiert, dass die direkte Einbindung von Betroffenen bisher nicht zufrieden stellend umgesetzt wurde. Namentlich in der Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika hätte die Partizipation nach der Ansicht eines Interviewpartners zusätzlich strukturell geschehen können, indem die Präventionsarbeit auch organisatorisch der Community übergeben worden wäre.

²⁴ STI Testing of Asymptomatic individuals at Risk (STAR) trial

7 Telefoninterviews

7.1 Gliederung des NPHS 2011–2017 in drei Interventionsachsen

Die bisher präsentierte Innensicht auf das NPHS 2011–2017 wird nun um eine umfassende Aussensicht ergänzt. Anhand von telefonischen, halb-standardisierten Interviews mit verschiedenen Akteuren, die *nicht* am NPHS 2011–2017 beteiligt sind, erfolgt eine Beurteilung der Zweckmässigkeit und Zielerreichung des Programms und seiner Massnahmen sowie die Diskussion von zukünftigen Entwicklungen und Herausforderungen. Zu den Befragten zählen Fachpersonen aus den Berufsfeldern der Gesundheitsökonomie, der Sexualpädagogik, der Gesundheitspsychologie, der Medizin, der Migrationspolitik, der Öffentlichkeitsarbeit und der Sozialarbeit.²⁵

Als Erstes wurden die externen Fachpersonen aufgrund ihrer Aussensicht generell nach der Bekanntheit des NPHS 2011–2017 gefragt. Die Aussagen in den Telefoninterviews weisen darauf hin, dass die Bekanntheit des gesamten Programms geringer ist als die Bekanntheit einzelner Massnahmen. Das Programm ist der Mehrheit der befragten externen Fachpersonen zumindest in groben Zügen bekannt. Fünf Befragte antworteten, dass NPHS 2011–2017 gar nicht zu kennen. Die restlichen Befragten kennen mindestens die Unterteilung des Programms in die drei Interventionsachsen, selten haben sie auch vertiefte Kenntnisse zur Geschichte des NPHS und vereinzelt konnten sie sogar Oberziele wiedergeben. Gefragt nach bekannten Massnahmen zählten die externen Fachpersonen namentlich die beiden Kampagnen LOVE LIFE und BTC auf, teilweise erwähnten sie diese Kampagnen spontan später im Verlauf des Gespräches. Einzelne Nennungen erhielten weiter die Sexualaufklärung in den Schulen, der ‚Gaysurvey‘, die Checkpoints sowie das Statement der EKSG von 2008²⁶. Mehrere Befragte wiesen aber im Zusammenhang mit der Frage nach einzelnen Massnahmen darauf hin, dass nicht unbedingt klar sei, ob eine gewisse Massnahme oder Aktivität zum NPHS 2011–2017 gehöre.

Die Strukturierung des NPHS 2011–2017 in drei Interventionsachsen halten die befragten Fachpersonen im Allgemeinen für sehr sinnvoll.²⁷ Einerseits verwiesen mehrere Befragte darauf, dass sich diese Strukturierung in Bezug auf die Prävention sehr gut eigne. Dies ermögliche auf die Zielgruppen zugeschnittene Massnahmen oder Botschaften und damit einen besseren Zugang zu diesen Gruppen. Die wenigen Befragten, die Programme aus anderen westeuropäischen Ländern kennen, befanden die Konzeption mit den drei Interventionsachsen auch im internationalen Vergleich als stimmig. Gerade für Länder mit konzentrierten Epidemien sei ein solches zielgruppenspezifisches Vorgehen sinnvoll. Andererseits befanden die Befragten, dass die drei Interventionsachsen auch die gemäss ihrer Einschätzung relevanten Gruppen abdecken.

Verbesserungsbedarf bezüglich der Konzeption des Programms offenbarten die Telefoninterviews nur in wenigen Bereichen. Mehrfach sprachen die Befragten so eine mangelnde Differenzierung innerhalb der Zielgruppen an, wobei dies besonders Interventionsachse 2 betrifft. In einzelnen Voten wurde hinterfragt, inwiefern MSM eine homogene Gruppe bilden, auch seien Transmenschen klar davon zu unterscheiden. Eine befragte Person vermisste weiter den Bezug zu den IDU in der Bezeichnung von ‚sexuell aktiven Menschen mit erhöhtem Expositionsrisiko‘, eine andere Person machte auf grundsätzliche Unterschiede zwischen IDU und MSM aufmerksam. Bezüglich Migrantinnen und Migranten erwähnten die befragten Fachpersonen Unterschiede in der Epidemiologie der Krankheiten sowie in den Vorstellungen der Sexualität generell. Neben diesen Differenzierungen wiesen die Befragten auf

²⁵ Die Liste der befragten Personen und der Gesprächsleitfaden sind in Anhang 3 zu finden.

²⁶ Gemeint ist das Statement der EKSG (ehemals Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (EKAF)) vom 30. Januar 2008, wonach eine konsequent therapierte HIV-infizierte Person ohne andere STI unter gewissen Bedingungen sexuell nicht mehr infektiös ist (BAG, 2010a: 149).

²⁷ Wenn die Befragten angaben, das Programm nicht zu kennen, wurden ihnen die Strukturierung und die Zielgruppen der drei Interventionsachsen kurz erläutert.

eine Kumulierung der Problemlagen der Zielgruppen sowohl innerhalb als auch zwischen den Interventionsachsen hin. Besonders von dieser Kumulierung betroffen ist der Bereich der Migration. So nannten die Befragten etwa Kumulierungen von MSM und Migranten oder Gefängnisinsassen und Migranten. Zudem seien HIV-infizierte Personen in der Interventionsachse 3 oft einer (oder mehreren) der Zielgruppen in Interventionsachse 2 zuzuordnen. Zwei externe Fachpersonen wiesen weiter darauf hin, dass die Kumulierung der Problemlagen nicht nur den Bereich HIV und STI betreffe, sondern diese Personen allgemein vulnerablen Gruppen angehörten. Beispielsweise hätten Personen aus der LGBT-Community²⁸ generell ein geringeres Selbstwertgefühl. Schliesslich gilt aber anzumerken, dass eine vertiefte Diskussion der Konzipierung nur begrenzt möglich war, da die Mehrheit der befragten Personen, wie bereits erwähnt, das Programm nur in den Grundzügen kennt.

7.2 Organisation und Verteilung der Zuständigkeiten

Weil die befragten externen Fachpersonen nicht oder nur im Rahmen einzelner Beratungsmandate am NPHS 2011–2017 beteiligt waren, konnten sie nur wenig Aussagen zu den Fragen der Verteilung der Zuständigkeiten auf die drei Interventionsachsen sowie der Zusammenarbeit zwischen wichtigen Akteuren machen. Entsprechend fiel es ihnen auch schwer, die Gewichtung der einzelnen Interventionsachsen zu beurteilen.²⁹ Generell lässt sich aus den Telefoninterviews aber festhalten, dass auf keine Interventionsachse zu verzichten ist: Alle Interventionsachsen hätten ihre Berechtigung und seien wichtig. Ebenso gaben mehrere Befragte an, dass sie es für richtig halten, mehr Ressourcen für besonders betroffene Zielgruppen zu investieren. Eine Person wies weiter darauf hin, dass die Frage der Gewichtung letztlich auch eine Frage der Zielerreichung sei.

Die wenigen Befragten, die sich für eine Veränderung der Gewichtung der Interventionsachsen aussprachen, befürworteten grösstenteils einen Ausbau der Interventionsachse 2 oder seltener der Interventionsachse 3. Dafür führten die Befragten verschiedene Gründe an: die Häufung von Neuinfektionen, multiple Problemlagen sowie für Interventionsachse 3 eine höhere Effizienz der Massnahmen durch eine konsequente Medikamenteneinnahme. Diese Betonung der zweiten und dritten Interventionsachse bedeutet jedoch nicht, dass die Befragten die Inhalte der Interventionsachse 1 als weniger wichtig erachteten. In diesem Zusammenhang hoben zwei Befragte explizit die Bedeutung der Sexualaufklärung hervor. Auch wiesen mehrere Befragte auf die LOVE LIFE-Kampagne hin, die wichtig sei, um immer wieder an das Thema zu erinnern. Allerdings stellten zwei Befragte infrage, inwiefern die (breite und teure) Kampagne einen so prominenten Platz einnehmen muss. Generell befürworteten schliesslich Befragte, die in einer Interventionsachse stark involviert sind, den Erhalt oder Ausbau der Mittel darin.

Zur Leadership des BAG und der Zusammenarbeit zwischen den relevanten Akteuren konnten sich die befragten externen Fachpersonen nur sehr begrenzt äussern. Generell befürworteten die Befragten die Leistungen des BAG und befanden eine nationale Koordination und Steuerung in diesem Thema als wichtig. Auch begrüsst es mehrere Befragte, dass das BAG verschiedene Akteure in ihre Arbeit einbezieht. Um eine breitere Perspektive auf das Thema der Sexualität zu gewinnen, wünschten sich vereinzelt Befragte aber, diesen Einbezug noch zu erweitern. Weitere, einzelne kritische Äusserungen in Bezug auf das BAG betrafen die Limitation bei Medikamenten zur Behandlung von Hepatitis C. Ebenso wurde auch die enge Verbindung zwischen dem BAG und den Zielgruppen kritisch diskutiert, wobei dies die MSM und neu infizierte Personen betrifft. Angeregt wurde in diesem Zusammenhang ein verstärkter Fokus des BAG auf Koordinations- und Steuerungsaufgaben. Die sonstige Zusammen-

²⁸ Lesben, Schwule, Bisexuelle und Transmenschen (Lesbian, Gay, Bisexual und Transgender – LGBT)

²⁹ Aufgrund der geringen Kenntnisse wurde allgemein nach der Gewichtung der Interventionsachsen gefragt, auf Rückfrage oder falls es sinnvoll erschien, wurde auch die Verteilung der finanziellen Mittel gemäss den Jahresberichten erläutert.

arbeit zwischen verschiedenen relevanten Akteuren im NPHS 2011–2017 beurteilen die befragten Fachpersonen, sofern sie dies konnten, weitgehend positiv. Gemäss dem Eindruck der Befragten sind die Akteure grundsätzlich offen für die Zusammenarbeit und es bestehen keine Konkurrenzsituationen.

7.3 Umsetzung des Programms und Zweckmässigkeit der Massnahmen

Um mehr über die Umsetzung des Programms zu erfahren, wurde in den Telefoninterviews erstens die Zweckmässigkeit einzelner Massnahmen des Programms vertieft diskutiert. Nur zu den beiden Kampagnen LOVE LIFE und BTC konnten sich aber mehrere Befragte³⁰ äussern, weswegen die folgenden Abschnitte auf diese beiden Kampagnen fokussieren (vgl. Kapitel 7.1 zur Bekanntheit der Massnahmen).

Die LOVE LIFE-Kampagne beurteilten die Befragten generell sehr positiv. Die Aussagen weisen daraufhin, dass diese nationale, traditionsreiche Kampagne als sinnvoll gesehen wird und daher einen unbestrittenen Platz in den Präventionsaktivitäten einnimmt. Auch zur Art und Weise der Kampagne äusserten sich die Befragten positiv. Explizit begrüsst sie die positive, nicht wertende Aufmachung der Kampagne, die sie als erfolgsversprechend ansehen. Die LOVE LIFE-Kampagne habe eine eingängige, einfache Botschaft. Da sich aber die grundsätzliche Botschaft von Safer Sex über die Jahre nicht verändert habe, sei es auch eine Herausforderung, immer wieder etwas Neues zu sagen. Generell lässt sich aus den Aussagen der Befragten folglich schliessen, dass die LOVE LIFE-Kampagne durchaus ein hohes Wirkpotenzial hat. Dies zeigt sich auch darin, dass mehrere Befragte im Zusammenhang mit dem Oberziel 3 einer raschen Erkennung von HIV und anderen STI auch die LOVE LIFE-Kampagne erwähnten, die Grippe-symptome nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr im Fokus hatte.

Zur BTC-Kampagne äusserten sich die Befragten ebenfalls grundsätzlich positiv, einige Aspekte wurden aber auch kritisch diskutiert. Mehrere Befragte befürworteten generell die Kampagne, die nahe an der Zielgruppe der MSM sei. In diesem Zusammenhang geschätzt wird auch, dass aktiv auf die Zielgruppe zugegangen wird. Vereinzelt wurde auch der innovative Charakter von BTC betont. Einzelne kritische Äusserungen gab es zur schwierigen Durchführbarkeit und der Relevanz der Kampagne angesichts der sich verändernden Prävention in Bezug auf PrEP³¹ oder Personen mit nicht nachweisbarer Viruslast. Zudem wurde erwähnt, dass BTC besser auf die Zielgruppe in der Romandie ausgerichtet werden könnte.

Zusätzlich zu diesen spezifischen Einschätzungen konnten sich wenige Befragte auch zu generellen Herausforderungen bei der Umsetzung von Kampagnen äussern. Gerade Massenkampagnen sehen sich demgemäss mit einem wandelnden Umfeld konfrontiert, das mit Schwierigkeiten und Chancen zugleich verbunden ist. Als generelle Schwierigkeit für solche Kampagnen wird gesehen, das Interesse hochzuhalten und eine öffentliche Diskussion zu generieren. Um wahrgenommen zu werden, benötige eine – für gewisse Kreise provokative – Kampagne eine gewisse Resonanz, die Nutzung der traditionellen Medien nehme aber ab. Dies bedeute letztlich auch eine verminderte Reichweite über diese Medienkanäle. In Bezug auf diesen Punkt sehen die wenigen Befragten aber eher Chancen aufgrund des sich wandelnden Umfelds. So würden Social Media erlauben, Zielgruppen gezielter und spezifisch mit konkreten Verhaltensregeln anzusprechen. Diese Kanäle seien zudem weniger teuer als Plakate. Weitere Chancen würden sich generell auch in einem spielerischen Zugang bieten, um das Interesse aufrechtzuerhalten.

³⁰ Die Befragten wurden um eine Beurteilung einer Massnahme gebeten, wenn sie angaben, diese zu kennen. Stellte sich im Gespräch heraus, dass Befragte zum gesamten Programm vertiefte Kenntnisse haben, wurden diese aus Zeitgründen nicht spezifisch nach einzelnen Massnahmen gefragt.

³¹ Prä-Expositions-Prophylaxe

Die Umsetzung des Programms wurde zweitens auch anhand des Optimierungspotenzials des NPHS 2011–2017 diskutiert. Dazu zählen auch Bereiche, die gemäss den befragten Fachpersonen bisher vernachlässigt worden sind oder aber zukünftig relevant sein werden. Insgesamt wiesen die Befragten auf keine klaren Lücken des Programms hin, sondern regten vielmehr eine Differenzierung oder Schwerpunktsetzung an. Zugeordnet nach Zielgruppen, betreffen diese Anmerkungen zum Optimierungspotenzial vor allem die zweite und dritte Interventionsachse.³²

Gemäss den Ausführungen in den Telefoninterviews besteht Optimierungspotenzial bei allen Zielgruppen der *Interventionsachse 2*, am häufigsten thematisierten die befragten externen Fachpersonen aber die Entwicklungen im Bereich der Migration. Mehrere Befragte sprachen sich für eine differenziertere Bearbeitung dieser Zielgruppe aus. Einerseits unterscheidet sich die Verbreitung von HIV und anderen STI nach Herkunftsland, wobei die letzten Flüchtlingswellen auch einen Anstieg von Hepatitis B zeigten. Je nach Herkunft hätten die Migrantinnen und Migranten zudem andere Vorstellungen von Sexualität, auch würden sich Beziehungen innerhalb der gleichen Ethnie von interethnischen Beziehungen unterscheiden. Als besondere Subgruppen innerhalb dieser Zielgruppe nannten die Befragten auch Frauen, die sexuelle Gewalt erlebten, oder Kinder und Jugendliche. Vereinzelt wurde auch der Fokus auf die afrikanischen Länder kritisch diskutiert, da auch andere Länder in beispielsweise Südamerika oder Osteuropa davon betroffen seien. Entsprechend sollen die Unterstützungsangebote und -materialien angepasst werden. Eine andere Person wies darauf hin, dass sich Migrantinnen und Migranten nicht immer im Herkunftsland anstecken würden.

Optimierungspotenzial liess sich in den Telefoninterviews ebenfalls bei den MSM, IDU sowie den Gefängnisinsassen verorten. Die Ausführungen zweier Personen deuten auch bei den MSM auf ein Bedürfnis nach mehr Differenzierung. Einzelne Personen regten so an, darüber nachzudenken, ob das Image der MSM auch bei ihnen so stimmt und sie sich als MSM sehen. Auch seien Transmenschen von MSM zu unterscheiden. Als besondere Herausforderung wurde vereinzelt auch die Mobilität bezeichnet, so dass die Verbreitung von HIV und anderen STI bei MSM als urbanes, internationales Phänomen gesehen werden muss. Eine differenzierte Betrachtung wünschen sich Befragte vereinzelt auch bei den IDU, bei denen Hepatitis C deutlich relevanter als HIV sei. Auch müsse man die Bestrebungen in dieser Zielgruppe aufrechterhalten. In Bezug auf die Gefängnisinsassen wurde vereinzelt ein Ausbau der Massnahmen gefordert, da dieses Setting erlaube, die Personen auch zu erreichen. Ebenfalls der Interventionsachse 2 zugeordnet werden können schliesslich Bereiche wie PrEP oder Chem-Sex³³, die wenige Befragte als zukünftige Herausforderungen nannten.

Möglichkeiten zur Verbesserung rund um bereits infizierte Personen in der *Interventionsachse 3* sprachen wenige Befragte an. Um die regelmässige Medikamenteneinnahme zu gewährleisten, plädierten sie für eine stärkere Einbindung verschiedener Akteure, namentlich der Patientinnen und Patienten, der Hausärztinnen und Hausärzte sowie der Pharmafirmen. Vereinzelt wurde auch in dieser Interventionsachse gefordert, die Situation der infizierten Personen differenzierter zu betrachten, da dies über Fragen der Viruslast hinausgehe.

Neben diesen zielgruppenspezifischen Anmerkungen führten einige Befragten auch *generelle Herausforderungen* an, die sich der HIV- und STI-Prävention stellen. Generell müsse man die Relevanz des Themas hochhalten und immer wieder dafür sensibilisieren. Auch solle man HIV oder Aids nicht verharmlosen, aber auch nicht stigmatisieren. Zwei befragte Personen diskutierten weiter auch die Rolle von Zivilgesellschaft und NGO für die Prävention von HIV und anderen STI. Beide Befragte nehmen einen sinkenden Einfluss dieser Kräfte wahr, die aber massgeblich für den Zugang zu und die Partizipation der Zielgruppen sind. Als Herausforderung, die über den Themenbereich von HIV und anderen

³² In Bezug auf die Allgemeinbevölkerung sprach eine einzelne befragte Fachperson an, dass unklar sei, wie die Kenntnisse in der Schweiz zu HIV und andere STI generell seien. Vereinzelt wurde auch angeregt, Präventionsmaterialien geschlechtsneutral zu formulieren.

³³ Geschlechtsverkehr unter dem Einfluss von synthetischen Drogen

STI geht, sprechen schliesslich zwei andere befragte Personen Synergien mit Massnahmen ausserhalb des NPHS 2011–2017 an.

7.4 Zielerreichung des Programms und der Massnahmen

Die vier Oberziele des NPHS 2011–2017 waren ebenfalls Gegenstand der Telefoninterviews, wobei die befragten Fachpersonen gebeten wurden, im Rahmen ihrer Kenntnisse eine Einschätzung zu machen. Die befragten Fachpersonen sahen ihre Kenntnisse aber teilweise als zu gering an, um zu einzelnen oder mehreren Oberzielen eine Aussage zu machen.³⁴ Auch taten sich die Befragten teilweise schwer, eine Einschätzung vorzunehmen, da sie ein Oberziel nur bei gewissen Teilbereichen oder Subgruppen als erreicht beziehungsweise nicht erreicht ansahen. Zusätzlich diskutierten mehrere Befragte, ob man bei diesen Oberzielen überhaupt von einer Zielerreichung sprechen könne. Zwar könne man sich fragen, ob man noch etwas verbessern könne, es seien aber sehr hoch gesteckte Ziele, an denen man weiterarbeiten müsse, gerade auch im Hinblick auf zukünftige Generationen. Folglich überwiegt insgesamt die Einschätzung einer teilweisen Zielerreichung und die folgenden Einschätzungen zu den einzelnen Oberzielen sind vor diesem Hintergrund zu verstehen.

1. *Die Menschen in der Schweiz sind aufgeklärt und fähig, ihre Rechte im Bereich der Sexualität wahrzunehmen.*

Das erste Oberziel wurde vergleichsweise kritisch beurteilt: Keine der befragten Personen, die eine Einschätzung geben konnten, bezeichnete dieses Ziel als erreicht. Gerade in Bezug auf Migrantinnen, aber auch Migranten sehen mehrere Befragte dies übereinstimmend als nicht erreicht an. Inwiefern das Ziel bei Jugendlichen erreicht ist, wurde unterschiedlich eingeschätzt. Vereinzelt wurde auch auf Unterschiede in der Zielerreichung nach Schichtzugehörigkeit aufmerksam gemacht. Die Zielerreichung in Bezug auf die Allgemeinbevölkerung schätzten die Befragten unterschiedlich ein. Während eine Person dies als erreicht ansah, wiesen andere darauf hin, dass es unklar sei, ob die Bevölkerung sich aufgeklärt fühlt. Vereinzelt wurde die Zielerreichung noch negativer eingeschätzt, da die Sexualität und Rollenbilder weiter geprägt von äusseren Einflüssen wie Pornographie oder Werbung seien.

2. *Das Übertragungsrisiko von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sinkt.*

Die Ausführungen der Befragten zum zweiten Oberziel lassen auf eine teilweise Zielerreichung schliessen. Bei der Diskussion dieses Oberziels verwiesen die meisten Befragten auf Statistiken zu Ansteckungen von HIV und anderen STI. Je nach dem, auf welche Zielgruppe oder Krankheit sie sich bezogen, sahen sie das Ziel als mehr oder weniger erreicht an. Befragte, die sich während des Gespräches auf HIV konzentrierten, schätzten die Erreichung dieses Oberziels positiver ein. Die wenigen Befragten, die während des Gespräches auch andere STI ansprachen, sahen das Oberziel gerade diesbezüglich als nicht erreicht an. Vereinzelt wurde auch darauf aufmerksam gemacht, dass das Oberziel gerade für die Risikogruppen nicht erreicht sei. Schliesslich hinterfragte eine Person die Formulierung des Zieles, da das Risiko an sich gleichbleiben würde.

3. *HIV und andere STI werden in einem frühen Stadium erkannt und richtig behandelt.*

Auch dieses Oberziel kann zumindest als teilweise erreicht bezeichnet werden, wobei es sich in zwei Aspekte aufteilen lässt. In Bezug auf die frühe Erkennung von HIV und andere STI als ersten Aspekt gaben mehrere Befragte an, dass es durchaus eine Sensibilisierung für die Symptome von Primoinfektionen gegeben habe. Auch würden sich die Personen durchaus testen lassen. Allerdings wiesen die

³⁴ In den Gesprächen wurde deutlich, dass sich die Befragten aufgrund ihrer groben Kenntnisse des NPHS 2011–2017 nicht im Stande sahen, sich auf eine Antwort (erreicht, teilweise erreicht, nicht erreicht) festzulegen. Daher wurden sie offener um ihre Einschätzungen zu den einzelnen Oberzielen gebeten, die im Gespräch vorgelesen wurden. Bei einzelnen Personen wurde aufgrund ihrer Kenntnisse auf die Fragen zu den Oberzielen verzichtet.

Befragten vereinzelt darauf hin, dass es fraglich sei, ob dies für alle Gruppen gelte, namentlich die Migrationsbevölkerung. In Bezug auf die Behandlung als zweiten Aspekt divergieren die wenigen Einschätzungen. Während es einzelne Befragte als erreicht beurteilten, sehen andere Befragte noch Optimierungspotenzial in der regelmässigen Medikamenteneinnahme.

4. *Die HIV- und STI-Arbeit wirkt nachhaltig, weil sie auf die Partizipation der Zielgruppen setzt, auf wissenschaftlicher Evidenz beruht und von der Bevölkerung getragen wird.*

Das vierte Oberziel kann auf Basis der Einschätzungen ebenfalls als teilweise erreicht gesehen werden. Die Einschätzungen bezüglich aller drei Aspekte dieses Oberziels – Partizipation der Zielgruppen, wissenschaftliche Evidenz, Bevölkerung – fallen unterschiedlich aus. Während zwei Befragte die Partizipation aufgrund der Aktivitäten des BAG als erreicht ansehen, wünschen sich andere Befragte eine stärkere Teilnahme von Zielgruppen beziehungsweise eine Erweiterung der teilnehmenden Akteure. Auch bezüglich der Evidenzbasierung des NPHS 2011–2017 regten einzelne Befragte eine Erweiterung um neue Methoden und kultur- oder sozialwissenschaftliche Disziplinen an. Andere Befragte hingegen schätzen diesen Aspekt als erreicht ein. Inwiefern die HIV- und STI-Arbeit als dritter Aspekt von der Bevölkerung getragen wird, diskutierten die Befragten nur vereinzelt, kamen dabei aber auch zu unterschiedlichen Schlüssen.

Neben den Oberzielen des gesamten Programms ermöglichen die Ausführungen in den Telefoninterviews auch eine grobe Einschätzung der Zielerreichung der besprochenen Massnahmen LOVE LIFE und BTC. Bezüglich der LOVE LIFE-Kampagne äussern sich die Befragten weitgehend positiv. Sie werten die Diskussionen über die Kampagne und damit deren Bekanntheit als ein gutes Zeichen. Inwiefern die Präventionsbotschaften angekommen sind, lässt sich aber anhand der Einschätzungen der befragten externen Fachpersonen selbst kritisch diskutieren. Mehrere Befragte konnten zwar Botschaften und Sujets von LOVE LIFE oder älteren Kampagnen wiedergeben (z.B. ‚sprich über Geschlechtskrankheiten‘, bei Grippe-symptomen, Juckreiz zu Arzt, Kampagne mit Strichmännchen). Der Wechsel von STOP AIDS zu LOVE LIFE scheint aber nicht bei allen Befragten angekommen zu sein, da wenige Befragte von der STOP AIDS-Kampagne sprachen. In Bezug auf die BTC-Kampagne hingegen machten nur wenige Befragte Aussagen, die Aufschluss über die Zielerreichung geben. Eine Person schätzte ein, dass zwar ankomme, was zu tun sei (einen Monat Safer Sex, dann testen). Den Hintergrund davon hätten aber viele Leute nicht verstanden. Eine andere Person fragte sich, inwiefern eine solche Kampagne, die auf das individuelle Verhalten abzielt, letztlich Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit hat. Wie bereits erwähnt, konnten andere Massnahmen nicht in mehreren Gesprächen vertieft diskutiert werden, weswegen auch zu deren Zielerreichung keine Aussagen gemacht werden können.

8 Schlussfolgerungen

8.1 Beantwortung der Evaluationsfragen

Anhand der Erkenntnisse aus den vier Evaluationsmodulen – namentlich der Dokumentenanalyse, den Fallstudien, den Experteninterviews sowie den Telefoninterviews – lassen sich nun die vier Hauptfragestellungen der Evaluation beantworten. Es handelt sich hierbei um eine modulübergreifende Synthese, welche die empirische Evidenz aus Dokumentenanalyse und Interviews zusammengefasst darstellt.

1. Wie gut unterstützt die Strukturierung des NPHS in drei Interventionsachsen (Zielgruppen) seine Zielerreichung?

Die Gliederung des NPHS 2011–2017 in drei Interventionsachsen, die sich an (1) die Gesamtbevölkerung, (2) Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko und (3) Menschen mit einer HIV- oder STI-Infektion und ihre Partnerinnen und Partner richten, wird in allen Modulen als weitestgehend sinnvoll bewertet. Diese Einteilung, die nach Kriterien der Prävalenz und der Vulnerabilität hinsichtlich HIV und anderen STI erfolgte, ermöglichte die Anpassung der Programmziele auf die drei Achsen und die Implementierung von auf die einzelnen Zielgruppen zugeschnittenen Massnahmen und damit einen besseren Zugang zu diesen Gruppen. Speziell für Länder mit einer konzentrierten Epidemie sei das Achsenmodell mit seinem kumulativen Charakter äusserst geeignet. Es erlaube zudem einen gezielten und nachvollziehbaren Ressourceneinsatz.

Die Zuteilung der einzelnen Zielgruppen zu den Interventionsachsen wird ebenfalls als grundsätzlich äusserst sinnvoll erachtet. Obwohl sich die angesprochenen Gruppen beispielsweise in Achse 2 stark voneinander unterscheiden, ist die Einteilung in dieselbe Kategorie gut nachvollziehbar, da hinter den verschiedenen Präventionsansätzen eine verwandte Interventionslogik steht. Es handelt sich um sehr vulnerable Gruppen mit stark erhöhten Prävalenzen von HIV und/oder anderen STI. Interventionen setzen in dieser Achse daher klar auf eine Reduktion des Übertragungsrisikos und eine frühe Diagnose der Infektionen. Die durch das Modell hervorgerufenen mitunter problematischen Trennungen – wie etwa die Zuordnung der Freier und der Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter zu unterschiedlichen Achsen – sind selten und werden in der täglichen Arbeit bereits pragmatisch angegangen und durch eine stärkere Kooperation der beteiligten Organisationen entschärft.

Die drei Interventionsachsen decken die relevanten Personengruppen im Bereich der HIV- und STI-Prävention weitestgehend ab. Allerdings bilden die Transmensen keine eigenständige Zielgruppe in Achse 2, obwohl sie eine hohe Vulnerabilität aufweisen, im Bereich der Sexarbeit enorm stark von HIV und anderen STI betroffen sind und gegenüber den anderen Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern einer zusätzlichen Stigmatisierung ausgesetzt sind.

2. Wie gut bewährt sich die Verteilung der verschiedenen Zuständigkeiten auf die Massnahmen der drei Interventionsachsen?

Hinsichtlich der organisatorischen Zuständigkeiten lässt sich festhalten, dass die Programmsteuerung des BAG in allen Modulen als grundsätzlich gut eingestuft wird. Kritikpunkte aus dem MTC, wie die Intransparenz bezüglich des Ressourceneinsatzes, der fehlende Einbezug von Programmpartnern und die mangelnde Kommunikation in Entscheidungsprozessen, konnten unterdessen zu einem beträchtlichen Teil entschärft werden. Mittels Jahresberichten zu den Programmaktivitäten des BAG, der Einführung von transparenteren Prozessen zur Finanzierung von Finanzhilfesuchen, einer stärkeren Evidenzbasierung der Präventionsmassnahmen sowie dem unmittelbaren Einbezug von Partnerorganisationen wurde den Empfehlungen aus dem MTC in diesem Bereich weitgehend Folge geleistet.

Auf einer operativen Ebene ist die Zusammenarbeit und der Austausch unter den wichtigsten Akteuren dementsprechend gut und zielführend – die Reibungen zwischen den zwei zentralen NGO AHS und

SGCH sind für die Erreichung von achsenübergreifenden Zielen aber potenziell hinderlich. In der Kooperation zwischen Bund und Kantonen besteht ein institutionalisierter Kommunikationskanal zwischen der Abteilung Übertragbare Krankheiten des BAG und der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz, der bei Bedarf genutzt wird. Auf der strategischen Ebene hingegen ist der Austausch mit der GDK nur marginal – die zentralen Themen des NPHS geniessen hier keine hohe Priorität.

Die Verteilung der organisatorischen Zuständigkeiten auf die drei Interventionsachsen des NPHS hat sich gemäss den Befunden aus allen Evaluationsmodulen im Laufe des Programms bewährt. Die zentralen Programmpartner sind entsprechend ihrer Kompetenzen den verschiedenen Themenbereichen zugeordnet, was als sinnvoll und zweckmässig erachtet wird.

Die Verteilung der finanziellen Mittel auf die drei Achsen hingegen wird im Hinblick auf die Erreichung der Programmziele als verbesserungswürdig eingestuft. Der starke Fokus auf die Interventionsachse 1 mit fast 50% der Zahlungen des Bundes solle reduziert werden – primär zu Gunsten von Interventionsachse 2. In diesem Bereich scheinen der Bedarf am grössten und die Präventionsinvestitionen zurzeit am effektivsten. Namentlich bei der Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern wird Verbesserungsbedarf hinsichtlich ihrer Abdeckung durch das NPHS geortet. In zweiter Linie wird auch der zusätzliche Ausbau der Interventionsachse 3 befürwortet, um der Diskriminierung von Menschen mit HIV oder einer anderen STI effektiver begegnen zu können. Innerhalb der Achse 1 ist es hauptsächlich der Verantwortungsbereich von SGCH, wo mögliche Kürzungen als sinnvoll erachtet werden.

3. Was lief bei der Umsetzung des NPHS gut, was nicht? Wie zweckmässig sind die Massnahmen?

In der Interventionsachse 1, die auf die Sensibilisierung der Gesamtbevölkerung zielt, umfassen die zentralen Instrumente die massenmediale LOVE LIFE-Kampagne, die Etablierung eines dichten Netzes an Beratungsstellen, die Aufbereitung von Informationsmaterialien für die verschiedenen spezifischen Zielgruppen sowie die Verankerung der Sexualaufklärung in den kantonalen Lehrplänen. Die LOVE LIFE-Kampagne wird dabei modulübergreifend als äusserst sinnvolle Massnahme erachtet, um das Thema in der Bevölkerung präsent zu halten und auf die Risiken des ungeschützten Geschlechtsverkehrs aufmerksam zu machen. Die positive, nicht wertende Aufmachung der Kampagne und die eingängige, einfache Botschaft stossen auf breite Zustimmung. Die Präventionskampagne bildet einen Hauptpfeiler des NPHS und auch eine wesentliche Basis für die Interventionsachsen 2 und 3 – der hohe Budgetanteil wird daher auch als berechtigt eingestuft. Eine flächendeckende und systematische schulische Sexualaufklärung wird aber als ebenso zentral für die Erreichung der Programmziele erachtet – allerdings kann der Bund hier nur anhand von strategischen Leitlinien oder der Bereitstellung von Angeboten auf die Kantone einwirken. Das vom BAG im Rahmen des NPHS geförderte ‚Kompetenzzentrum Sexualpädagogik und Schule‘ an der Pädagogischen Hochschule Zentralschweiz hatte den Auftrag, im Einvernehmen mit interessierten Kantonen und mit SGCH Standards für die Sexualaufklärung an den Schulen zu etablieren. Aufgrund der veränderten politischen Rahmenbedingungen wurde dieses Kompetenzzentrum im Jahr 2013 aber wieder geschlossen und alle weiteren finanziellen Beiträge im Bereich der Sexualaufklärung im Rahmen des NPHS eingestellt. SGCH leistet ihren Beitrag zur Koordinierung der Sexualaufklärung in den Kantonen heute daher ausserhalb des NPHS-Mandats.

In der Interventionsachse 2 liegt der Fokus auf der Prävention und der Früherkennung von HIV- und STI-Infektionen bei speziell gefährdeten Zielgruppen. Mit dem NPHS 2011–2017 wurden die Präventionsanstrengungen vor allem in der Zielgruppe der MSM intensiviert, was von den interviewten Personen als grundsätzlich berechtigt erachtet wird. Die innovative BTC-Kampagne als zentrale Massnahme in diesem Bereich stösst auf hauptsächlich positive Resonanz, auch wenn bisher nur ein gewisser Teil der anvisierten Zielgruppe der MSM mit Risikoverhalten erreicht werden konnte. Durch diesen starken Fokus auf MSM sind aber andere Zielgruppen in Achse 2 etwas in den Hintergrund ge-

rückt – in den Interviews werden hier vor allem die Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern genannt. Das neu erstellte Rahmenkonzept zu Migration und Vulnerabilitätsfaktoren wird lobend hervorgehoben, es wird aber auch klar festgehalten, dass die Präventionsinstrumente ihre Wirkung bisher nicht zufriedenstellend entfaltet haben. Basierend auf dem Ansatz der ‚Peer education‘ versucht das Präventionsprogramm Afrimedia hier, das Wissen von Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika im Bereich HIV und STI zu erweitern und ihr Schutz- und Testverhalten zu verbessern. Der Einsatz von interkulturellen Mediatorinnen und Mediatoren afrikanischer Herkunft scheint zwar sehr sinnvoll, die stark regionalisierte Umsetzung hat aber zu grösseren Divergenzen hinsichtlich der Zielformulierung geführt. Kritisch diskutiert wurde in diesem Bereich vereinzelt auch die geringe Beachtung anderer betroffener Länder – hauptsächlich in Osteuropa und Südamerika. Als weitere, stärker zu unterstützende Zielgruppe werden die Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter erwähnt. Hier konnte mit der SWAN-Umfrage eine erste Datenbasis geschaffen werden und über das APiS-Angebot werden grundsätzlich viele Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter erreicht – die Ressourcen hierfür sind allerdings sehr beschränkt.

Die Interventionsachse 3 fokussiert auf das dritte Oberziel, der richtigen Behandlung und Beratung von Menschen mit HIV oder einer STI, um dadurch die Viruslast rasch zu senken und das Risiko einer Weitergabe der Infektion auszuschliessen. Die Qualität der Behandlung von HIV-positiven Menschen ist grundsätzlich sehr hoch und es besteht ein gutes Beratungs- und Unterstützungsangebot. Es sind nach Ansicht der Befragten aber durchaus noch zusätzliche Anstrengungen nötig, um der nach wie vor bestehenden Diskriminierung und Stigmatisierung entgegen zu wirken. Wichtig seien zudem eine stete Betreuung der regelmässigen Medikamenteneinnahme und eine gute Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und der FMH.

4. In welchem Grad haben die Massnahmen der drei Interventionsachsen ihre Ziele erreicht?

Die Zielerreichung des Programms und der Massnahmen wurde im Rahmen dieser Evaluation anhand der Struktur der vier Oberziele des NPHS 2011–2017 diskutiert. Grundsätzlich fällt eine Einschätzung der Zielerreichung aber nicht leicht, da es sich hierbei um Daueraufgaben handelt.

1. Die Menschen in der Schweiz sind aufgeklärt und fähig, ihre Rechte im Bereich der Sexualität wahrzunehmen.

Modulübergreifend kommt bezüglich dieses ersten Oberziels der grosse Beitrag der LOVE LIFE-Kampagne zur Sprache. Die Evaluation der Kampagne 2017 zeigt, dass die Botschaft weitgehend richtig verstanden wurde und die beabsichtigten Assoziationen ausgelöst hat. Die Marke ‚LOVE LIFE‘ ist zudem gegenüber früheren Jahren bekannter geworden und kann auf eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung bauen. Grundsätzlich ist das Wissen zu HIV und anderen STI – auch in den vulnerablen Zielgruppen – relativ hoch und über die letzten Jahre gestiegen. Trotzdem besteht hier bezüglich Sensibilisierung und Aufklärung durchaus Nachholbedarf – besonders in Bezug auf die anderen STI neben HIV.

2. Das Übertragungsrisiko von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sinkt.

Die Erreichung des zweiten Oberziels, das sich hauptsächlich an die spezifischen Zielgruppen der Interventionsachse 2 richtet, wird in den Interviews tendenziell bejaht – vor allem bezüglich der Zielgruppe der MSM, die aber auch hinsichtlich der Ausbreitung von HIV und anderen STI eine entscheidende Rolle spielt. Die Testhäufigkeiten haben mit der Implementierung der BTC-Kampagne und der ‚Stop Syphilis‘-Kampagne stark zugenommen und – wie beabsichtigt – stieg dabei auch der Anteil der frühen Diagnosen. Die Präventionsinterventionen im Bereich der Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika hingegen zeigten keinen signifikanten Effekt hinsichtlich des Schutz- und des Testverhaltens. Generell schützt sich eine beträchtliche Anzahl Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko bei sexuellen Kontakten mit Gelegenheitspartnern nicht zuverlässig – in den speziell vulnerablen Zielgruppen der Achse 2 beträgt dieser Anteil zwischen 30% und 44%.

3. *HIV und andere STI werden in einem frühen Stadium erkannt und richtig behandelt.*

Das dritte Oberziel fokussiert auf Diagnose, Testung und Therapie und ist daher hauptsächlich in den Interventionsachsen 2 und 3 von Bedeutung. Das dabei zentrale Thema der frühen Erkennung der Primoinfektion wurde im Rahmen des NPHS vielfach aufgegriffen und in mehreren Kampagnen angesprochen. Im Bereich der Testung lässt sich denn auch zeigen, dass sich Angehörige von Gruppen mit erhöhtem Expositionsrisiko deutlich häufiger testen lassen als Personen aus der Gesamtbevölkerung. In den Interviews kommt klar zur Sprache, dass die HIV/STI-Infektionen immer früher diagnostiziert werden und die Qualität der Therapie sehr hoch sei. Ein zentrales Hindernis in diesem Bereich stellen aber die Testkosten dar. Durch den Abschluss einer Krankenversicherung mit einer hohen Franchise wird das Testen einigen Menschen deutlich erschwert. Zudem sind in der Gruppe der Personen mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus nur 65% der HIV-positiven Menschen in Behandlung.

4. *Die HIV- und STI-Arbeit wirkt nachhaltig, weil sie auf die Partizipation der Zielgruppen setzt, auf wissenschaftlicher Evidenz beruht und von der Bevölkerung getragen wird.*

Wie die Evaluationen der LOVE LIFE-Kampagne gezeigt haben, kann grundsätzlich von einer hohen Akzeptanz der HIV- und STI-Prävention in der Bevölkerung ausgegangen werden. Auch die Evidenzbasierung der Präventionsmassnahmen wurde während der letzten Jahre deutlich verstärkt – hauptsächlich durch die Arbeit der *Surveillance Working Group* der EKSG. Allerdings besteht hier im Bereich der anderen STI neben HIV noch Nachholbedarf. Hinsichtlich der Partizipation der Zielgruppen sehen einige Interviewte die Zielsetzung als nicht erreicht an. Eine stärkere Einbindung von Betroffenen sei beispielsweise bei MigrantInnengruppen oder der MSM-Bevölkerung machbar und erwünscht.

8.2 Empfehlungen

Aufgrund der modulübergreifenden Befunde und der Beantwortung der Evaluationsfragen erachtet es das Evaluationsteam als äusserst sinnvoll, das NPHS 2011–2017 zu verlängern. Für diese Phase der Verlängerung – aber auch als Denkanstoss für die Erarbeitung eines Nachfolgeprogramms – werden nun vierzehn Empfehlungen formuliert, die sich auf die strategische Ausrichtung des Programms, die Konzeption und die Organisation sowie auf die Inhalte und Massnahmen des NPHS beziehen. Es handelt sich bei diesen Empfehlungen um Einschätzungen und Bewertungen des Evaluationsteams, die gestützt auf die modulübergreifenden Befunde der Evaluation formuliert wurden. Die Empfehlungen richten sich an die Programmleitung des NPHS und die zentralen Partnerorganisationen.

8.2.1 Empfehlungen zur strategischen Ausrichtung

1. *Strategie und Zielsetzungen des NPHS 2011–2017 weiterführen*

In der Schweiz hat sich in der HIV/STI-Prävention das Konzept der gesellschaftlichen Lernstrategie, das auf den Prinzipien der Eigenverantwortung, Freiwilligkeit und Anonymität basiert, durchgesetzt. Diese Strategie und die darauf aufbauenden vier Oberziele – auch wenn diese nie vollständig erfüllt werden können – sind breit akzeptiert und sollen so weitergeführt werden. Die Erweiterung des Programms um andere STI neben HIV wird als sinnvoll und grundsätzlich gelungen erachtet.

2. *Achsenmodell aufrechterhalten und flexibel handhaben*

Insgesamt scheint das Modell der drei Interventionsachsen die Zielerreichung des NPHS 2011–2017 sehr gut zu unterstützen und soll daher in dieser Form beibehalten werden. In Fällen von unklaren Gruppenabgrenzungen soll eine achsenübergreifende Kooperation etabliert werden – das Modell muss für die tägliche Präventionsarbeit flexibel handhabbar bleiben. Transmensen sollen zudem als eigene Zielgruppe in der Interventionsachse 2 geführt werden. Es handelt sich hier um eine speziell vulnerable Gruppe mit spezifischen Bedürfnissen und muss daher separat angesprochen werden.

3. Evidenzbasierung weiter ausbauen

Die Evidenzbasierung der Präventionsarbeit wurde in den letzten Jahren klar gestärkt und es konnten wichtige Lücken in der Verhaltenssurveillance geschlossen werden. Die Präventionsmassnahmen sind zudem anhand der neuen Evidenz stets verbessert und weiterentwickelt worden. Diese Anstrengungen sollen weitergeführt und besonders im Bereich der anderen STI neben HIV ausgebaut werden. Hier müssen das Monitoring ausgebaut werden und eine Systematisierung der Wissensbasis erfolgen, um darauf ein Nachfolgeprogramm ausrichten zu können.

8.2.2 Empfehlungen zur Konzeption und Organisation

4. Verteilung der Zuständigkeiten auf die Interventionsachsen beibehalten

Die wichtigsten Partnerorganisationen des BAG sind gemäss ihren Kompetenzen den Achsen zugeteilt. Diese Verteilung der Zuständigkeiten kann so fortgeführt werden. Allerdings ist die Zusammenarbeit zwischen den Organisationen stellenweise verbesserungsbedürftig.

5. Verteilung der Ressourcen konsequenter auf die HIV/STI-Prävalenz und -Inzidenz ausrichten

Mit dem NPHS wurde ein stärkerer Fokus auf die besonders vulnerablen Zielgruppen gelegt, trotzdem kommt immer noch ein verhältnismässig zu hoher Anteil der Programmressourcen Achse 1 zugute. Es gilt daher, die Gelder noch stärker in jene Bereiche zu investieren, wo HIV und andere STI ein hohes Risiko darstellen, und die Interventionsachse 2 demzufolge auf Kosten von Achse 1 deutlich auszubauen. Achse 1 soll dabei vor allem ‚Awareness‘ generieren, politische Legitimation beschaffen und der Diskriminierung entgegen wirken. Auch Interventionsachse 3 muss stärker berücksichtigt werden.

6. Reduktion des Verantwortungsbereichs von SGCH in Betracht ziehen

Bei einer gleich bleibenden finanziellen Ressourcenausstattung sollte die Einbindung von SGCH ins Programm zu Gunsten einer Stärkung von Interventionsachse 2 (und in begrenzterem Umfang auch von Interventionsachse 3) reduziert werden. Allenfalls ist eine stärkere institutionelle Zusammenarbeit von AHS und SGCH (bis hin zu einer Fusion) in Betracht zu ziehen.

7. Koordination im Bereich der HIV- und STI-Surveillance intensivieren

Ein stärkerer Zusammenzug und eine systematische Kommunikation der Auswertungen von Daten verschiedener Surveillance-Systeme – wie das gesetzliche Meldesystem, die SHCS, die VCT-Stellen sowie die Instrumente der Verhaltens-Surveillance – würden eine Bündelung des vorhandenen Wissens und einen gezielteren und effektiveren Einsatz der Präventionsmassnahmen ermöglichen. Die Datentriangulations-Workshops der EKSG sind ein bedeutender (aber nicht hinreichender) Schritt in diese Richtung.

8.2.3 Empfehlungen zu den Inhalten und Massnahmen

8. Interventionsachse 1: LOVE LIFE-Kampagne fortführen

Die LOVE LIFE-Kampagne ist äusserst erfolgreich in der Generierung von öffentlicher Aufmerksamkeit und beschafft dem gesamten Programm dadurch Akzeptanz und Legitimation. Als Aushängeschild der HIV/STI-Prävention dient sie der Sensibilisierung der Gesamtbevölkerung als auch einzelner Zielgruppen. Zur Aufrechterhaltung dieser ‚Awareness‘ soll die Kampagne ohne Kürzungen weitergeführt werden.

9. Interventionsachse 1: Systematische und flächendeckende Einführung der schulischen Sexualaufklärung vorantreiben

Die schulische Sexualaufklärung stellt ein zentrales Element der Achse 1 dar und beinhaltet viel Potenzial, die neue Generation flächendeckend über HIV und andere STI zu informieren und einen wichtigen Beitrag zur Entstigmatisierung dieser Krankheiten zu leisten. Zurzeit bestehen in der Schweiz aber grosse Unterschiede hinsichtlich der Inhalte, Breite und Tiefe der schulischen Sexualaufklärung. Im Sinne der Chancengleichheit sollte sich der Bund hier wieder vermehrt einbringen und anhand einer stärkeren Kooperation mit Akteuren aus dem Bildungswesen (z.B. der Erziehungsdirektorenkonferenz) den Kantonen den Mehrwert einer umfassenden schulischen Sexualaufklärung aufzeigen.

10. Interventionsachse 1: Reduktion der übrigen Massnahmen in Betracht ziehen

Um einen substanziellen Ausbau der anderen beiden Achsen möglich zu machen, sollte der Fokus der Achse 1 auf der Generierung von öffentlicher Aufmerksamkeit mittels der LOVE LIFE-Kampagne und der systematischen Einführung der schulischen Sexualaufklärung liegen. Die Finanzierung der übrigen Aktivitäten der Achse 1 sollte dabei möglichst reduziert werden.

11. Interventionsachse 2: Engagement in der Zielgruppe der MSM beibehalten

In der Interventionsachse 2 liegt der Fokus der Präventionsanstrengungen zurzeit – berechtigterweise – auf der Zielgruppe der MSM. Die Kampagne ‚Break the Chains‘ als zentrale Massnahme in diesem Bereich hat einen wichtigen Beitrag bezüglich der Sensibilisierung der Zielgruppe, der Testhäufigkeit und der frühen Diagnose von HIV-Infektionen geleistet und soll weitergeführt werden. Bezüglich der Anwendung von PrEP sollten eine bessere Regulierung und Betreuung (z.B. durch die Checkpoints) in Betracht gezogen werden.

12. Interventionsachse 2: Engagement in der Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern verstärken

Die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern wurde im NPHS bisher vernachlässigt und die implementierten Präventionsmassnahmen wiesen nur eine geringe Wirksamkeit auf. Hier muss das Engagement deutlich verstärkt werden. Der verfolgte Ansatz der ‚Peer education‘ scheint für diese Zielgruppe sinnvoll, in erster Linie muss aber die starke Stigmatisierung bekämpft werden, da dieses Hindernis sämtliche Präventionszugänge verstellt. Hierfür scheint der Peer-Ansatz nicht ausreichend – da die Zielgruppe anonymere Kanäle präferiert, ist stärker auf medizinisches Fachpersonal und Social Media zu setzen. Für HIV-positive Migrantinnen und Migranten mit unsicherem Aufenthaltsstatus muss der Zugang zum Gesundheitssystem ermöglicht werden. Zudem sollten mehr Ressourcen in das Erheben von Daten zu den Ansteckungswegen investiert werden.

13. Interventionsachse 2: Reduktion der HIV/STI-Testkosten prüfen

Im Sinne der Chancengleichheit und im Interesse der öffentlichen Gesundheit sollen Massnahmen zur Zugänglichkeit zur HIV/STI-Testung ausgebaut und eine Reduktion der Testkosten geprüft werden. Für Personen ohne die nötigen finanziellen Mittel reichen einmal jährliche Vergünstigungen nicht aus.

14. Interventionsachse 3: Engagement zur Bekämpfung von Diskriminierung und Stigmatisierung verstärken

In der Interventionsachse 3 sind zusätzliche Anstrengungen nötig, um der nach wie vor bestehenden Diskriminierung und Stigmatisierung entgegen zu wirken. Die Unterstützungsmassnahmen für HIV-positive Menschen sind daher auszubauen. Zudem sollen neue Präventionsideen geprüft werden, die das Schutzverhalten von Personen mit nachweisbarer Viruslast aufrechterhalten.

Anhang 1: Literaturverzeichnis

- AIDS-Hilfe Schweiz (2015). *Jahresbericht 2014. Programm Sex Work*. Zürich: AHS.
- AIDS-Hilfe Schweiz (2016). *Jahresbericht 2015. Aids-Hilfe Schweiz – unser Engagement*. Zürich: AHS.
- Balthasar, Andreas (2000). *Evaluationssynthesen: Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen*. *LeGes – Gesetzgebung & Evaluation*, 11(1), 13-25.
- Bize, Raphaël, Daira Koutaissoff und Françoise Dubois-Arber (2013). *Situation des personnes transgenres par rapport au VIH/IST en Suisse. Raisons de santé 209*. Unter der Mitarbeit von Erika Volkmar. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Bize, Raphaël, Marie-Louise Ernst, Brigitte Ruckstuhl, Valérie Henry, Sophie Stadelmann und Françoise Dubois-Arber (2015). *Evaluation des APiS-Angebots für die Prävention von HIV und anderen STI im Sexgewerbe in der Schweiz*. (Nicht veröffentlichte Studie). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Blank, Patricia R. und Matthias Schwenkglens (2016). *Resources Spent for Break the Chain (BTC) 2015*. Zürich: Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich.
- Bundesamt für Gesundheit (2010a). *Nationales Programm: HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017*. Unter Mitarbeit von Roger Staub, Gaby Szöllösy und Matthias Gnädinger. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (2010b). *Nationales Programm: HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017. Kurzfassung*. Unter Mitarbeit von Roger Staub, Gaby Szöllösy und Matthias Gnädinger. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (2010c). *Briefing LOVE LIFE 2011+*. (Nicht veröffentlichtes Dokument). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (2011a). *Sex unter Männern: Für eine bessere sexuelle Gesundheit 2012*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit (2011b). *Briefing LOVE LIFE 2012/13*. (Nicht veröffentlichtes Dokument). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (2013). *Pflichtenheft (Inhaltliches Briefing). LOVE LIFE-Kampagne 2014–2018*. (Nicht veröffentlichtes Dokument). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (2014). *Jahresbericht 2014: Umsetzung des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017*. Sektion Prävention und Promotion. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (2015a). *Jahresbericht 2015: Umsetzung des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017*. Sektion Prävention und Promotion. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (2015b). *HIV-Test und Beratung auf Initiative des Arztes, der Ärztin*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

- Bundesamt für Gesundheit (2015c). *Übertragbare Krankheiten: HIV- und STI-Fallzahlen 2014: Berichterstattung, Analysen und Trends. Bulletin 21*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (2015d). *Entstehungsprozess von Kommunikationskampagnen des BAG*. (Nicht veröffentlichtes Dokument). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (2016a). *Übertragbare Krankheiten: HIV, Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydiose in der Schweiz im Jahr 2015: eine epidemiologische Übersicht. Bulletin 46*. PDF: BAG_2016_bulletin-hiv-und-sti-in-der-schweiz-2015.pdf.
- Bundesamt für Gesundheit (2016b). *Jahresbericht 2016: Umsetzung des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017*. Sektion Prävention und Promotion. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (2016c). *Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+. Rahmenkonzept für die HIV/STI-Prävention*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (2016d). *Übertragbare Krankheiten: Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG) zur HIV Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP) in der Schweiz. Bulletin 4*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (2017). *Pflichtenheft. Summative Evaluation des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- ClearChannel (2014). *Multi-Channel Studie zur Love Life-Kampagne*. (Nicht veröffentlichtes Dokument). ClearChannel.
- Cornish, Flora und Catherine Campbell (2009). „The Social Conditions for Successful Peer Education: A Comparison of Two HIV Prevention Programs Run by Sex Workers in India and South Africa“, in: *American Journal of Community Psychology* 44(1-2): 123-135.
- Demoscope (2013). *Kampagne Love Life 2012/2013. First Draft*. (Nicht veröffentlichtes Dokument). Adligenswil: Demoscope AG.
- Demoscope (2014). *Evaluation der Kampagne Love Life 2010-13*. (Nicht veröffentlichtes Dokument). Adligenswil: Demoscope AG.
- Demoscope (2015). *ROD Kommunikation. Online-Befragung zur Kampagne Love Life 2015*. (Nicht veröffentlichtes Dokument). Adligenswil: Demoscope AG.
- Demoscope (2017a). *Evaluation der Kampagne Love Life 2017*. (Nicht veröffentlichtes Dokument). Adligenswil: Demoscope AG.
- Demoscope (2017b). *ROD Kommunikation. Online-Befragung zur Kampagne Love Life 2017*. (Nicht veröffentlichtes Dokument). Adligenswil: Demoscope AG.
- Frey, Kathrin, Christopher Goodman, Thomas Widmer und Daniel Kübler (2013). *Feasibility Study for an Economic Evaluation of the Prevention Measures in the Field of HIV and other Sexually Transmitted Diseases (STI). Final Report*. Zürich: Institut für Politikwissenschaft der Universität Zürich.

- Frey, Kathrin, Christopher Goodman, Elodie Panoussopoulos und Daniel Kübler (2015). *Analysis of the Implementation of Break the Chains 2015*. Zürich: Institut für Politikwissenschaft, Universität Zürich.
- Frey, Kathrin, Stéphanie Locicero, Patricia Blank, Raphaël Bize, Matthias Schwenkglenks und Daniel Kübler (2016). *Measurement of the Effectiveness of Break the Chains 2015. Main Results and Recommendations on Behalf of the Federal Office of Public Health and the Swiss Aids Federation*. Zürich/Lausanne.
- GAO – General Accounting Office (Hrsg.) (1992). *The Evaluation Synthesis*. Washington, D.C.: GAO.
- Hammer, Stephane, Judith Trageser und Simone Ledermann (2006). *Evaluation der Strategie „Migration und Gesundheit 2002 – 2006“*. Beilagenband 3: *Ergebnisse der Projektevaluationen*. Zürich: INFRAS.
- Hense, Jan und Heinz Mandl (2011). *Wissensmanagement und Evaluation*. Zeitschrift für Evaluation, 10(2), 267-301.
- Heuer, Christine (2014). *Midterm-Check (MTC) Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017. Synthesebericht zu den beiden Teilprojekten 1 und 2*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Kübler, Daniel, Nicola Low, Herbert Brunold, Jonathan Elford, Gwenda Hughes und Rolf Rosenbrock (2017). *Final Report of the Surveillance Working Group 2012-2016. Federal Commission for Sexual Health*. Unter Mitarbeit von Kathrin Frey und Anna Sigrist. (Noch nicht veröffentlichter Bericht). Zürich: Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit.
- Kvale, Steinar und Svend Brinkmann (2009). *InterViews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. Los Angeles: Sage.
- Locicero, Stéphanie, André Jeannin und Françoise Dubois-Arber (2013). *Evaluation de la campagne Break The Chain 2012. Rapport final. Raisons de santé 210*. Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Lausanne.
- Locicero, Stéphanie, Thomas Simonson, Sanda Samitca, Daria Koutaïsof, Michael Amiguet, Françoise Dubois-Arber und Raphaël Bize (2016). *Système de surveillance du VIH et des IST de deuxième génération en Suisse. Rapport de synthèse 2012-2016*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Locicero, Stéphanie, Marie-Louise Ernst, Thomas Simonson und Raphaël Bize (2017). *Les comportements face au VIH et autres IST des travailleuses et travailleurs du sexe en Suisse. Enquête SWAN 2016. Raisons de santé 276*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Masia, Maurizia, Christin Achermann, Marina Richter und Ueli Hostettler Ueli (2007). *Auswertungsbericht zur Fragebogenerhebung: „Analyse von Präventionsmassnahmen und Behandlungsangeboten von Infektionskrankheiten und Drogenabhängigkeit in Schweizer Anstalten des Freiheitsentzugs“*. Departement Sozialarbeit und Sozialpolitik der Universität Freiburg.
- Mayring, Philipp (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse*. 12. Auflage. Weinheim: Beltz.

- Nideröst, Sibylle, Luzia Jurt, Christoph Imhof und Danilo Gamma (2015). *Evaluation des Programms Afrimedia: HIV-/STI-Prävention mit interkulturellen Mediatorinnen und Mediatoren der Aids-Hilfe Schweiz*. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit.
- Pädagogische Hochschule Zentralschweiz (Hrsg.) (2008). *Grundlagenpapier Sexualpädagogik und Schule. Grundlagen für die schweizweite Verankerung von Sexualerziehung in der Schule sowie Überlegungen für die Aus- und Weiterbildung von Lehrpersonen an Hochschulen*. Luzern: Kompetenzzentrum Sexualpädagogik und Schule, Pädagogische Hochschule Zentralschweiz.
- Rosenbrock, Rolf, Calle Almedal, Jonathan Elford, Daniel Kübler, France Lert und Srdan Matic (2009). *Beurteilung der Schweizer HIV-Politik durch ein internationales Expertenpanel. Expertenbericht (Übersetzung)*. Unter Mitarbeit von Larissa Plüss, Kathrin Frey und Axel J. Schmidt.
- Rüefli, Christian und Colette Schneider Stingelin (2013). *Evaluation der Kommunikationskampagnen des BAG und seiner Partner 2005-2012. Schlussbericht*. Bern: Büro Vatter AG / ZHAW.
- Rüefli, Christian, Marius Féraud und Eveline Huegli (2016). *Sexuelle Gesundheit in der Schweiz: Situationsanalyse und Abklärung des Bedarfs für ein nationales Programm*. (Nicht veröffentlichte Studie). Bern: Büro Vatter AG.
- Samitca, Sanda, Sophie Stadelmann und Raphaël Bize (2017). *Inventaire et description des modalités de remise de matériel d'injection stérile en milieu carcéral en Suisse. Situation en 2016. Raisons de santé 266a*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Sexuelle Gesundheit Schweiz (2016). *Massnahmenbericht 2015. Sensibilisierung, Prävention und Beratung in der Schweizer Bevölkerung im Rahmen des NPHS 2011 – 2017*. (Nicht veröffentlichter Bericht). Lausanne: Sexuelle Gesundheit Schweiz.
- Simonson, Thomas, Françoise Dubois-Arber, André Jeannin, Patrick Bodenmann und Raphaël Bize (2015). *Comportements face au VIH/sida parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en Suisse. Enquête ANSWER 2013-2014. Raisons de santé 248*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Somaini, Bertino (2016). *Verhaltens-Surveillance als wichtiger Teil der HIV Surveillance in der Schweiz bei einer Strategie zur HIV Elimination*. (Nicht veröffentlichte Studie). Worb: Public Health Promotion GmbH.
- Wolff, Hans, Paul Sebo, Dagmar M. Haller, Ariel Eytan, Gérard Niveau, Dominique Bertrand, Laurent Getaz und Bernard Cerutti (2011). „Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification“, *BMC Public Health* 11(245).

Anhang 2: Dokumentation der Experteninterviews

Interviewleitfaden zu den Experteninterviews

Ziel der Evaluation: Das Bundesamt für Gesundheit lässt das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbaren Infektionen (NPHS) 2011–2017 bilanzierend evaluieren und hat das Institut für Politikwissenschaft der Universität Zürich und die synergo Mobilität – Politik – Raum GmbH mit der Durchführung betraut. Die Ergebnisse der Evaluation dienen primär als Grundlage dazu, beim Bundesrat eine Verlängerung des Programms um zwei Jahre zu beantragen, und tragen sekundär zur Erarbeitung eines Nachfolgeprogramms zur Weiterentwicklung der HIV- und STI-Prävention in der Schweiz bei. Die Evaluation soll daher bilanzierendes Wissen zur Umsetzung und zum Zielerreichungsgrad des NPHS 2011–2017 generieren, die bewährten Elemente des Programms identifizieren und allfälliges Optimierungspotenzial deutlich machen.

Gliederung des NPHS 2011–2017 in drei Interventionsachsen

- Das NPHS 2011–2017 beinhaltet einige zentrale Neuerungen, unter anderem die Gliederung des Programms in drei Achsen. Scheint Ihnen diese Gliederung sinnvoll?
- Hilft diese Strukturierung, die Programmziele zu erreichen (Sensibilisierung, Prävention, Diagnose/Beratung/Therapie)? Oder wird es eher schwieriger, da es Überschneidungen gibt?
- Sind die Gruppen klar genug voneinander zu unterscheiden? Oder gibt es Bereiche, wo es Sinn machen würde, diese wieder zusammen zu nehmen oder gewisse Themen übergreifend anzugehen?

Organisation und Verteilung der Zuständigkeiten

Einsatz der finanziellen Mittel

- Beim Einsatz der finanziellen Mittel wurde der Schwerpunkt mit dem NPHS etwas verlagert: Präventionsangebote für die Achse 2 wurden auf Kosten von Massnahmen für die Achse 1 ausgebaut. Nach dem Midterm-Check empfiehlt die EKSG, die Interventionen auf Achse 2 (bei MSM und insbesondere bei Migrantinnen und Migranten) zusätzlich zu verstärken. Wie ist Ihre Ansicht dazu?
- Finden Sie, dass die Verteilung der Mittel auf die Achsen grundsätzlich adäquat ist?

Organisatorische Zuständigkeiten

- Zu den Zuständigkeiten für die Massnahmen auf den drei Achsen: Hat sich die Verteilung dieser Zuständigkeiten bewährt?

Leadership und Governance

- Was erwarten die zentralen Akteure – wie die AHS, SGCH, die EKSG und der Positivrat – hinsichtlich der Steuerung des Programms durch das BAG?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen dem BAG und den Kantonen? Wäre es sinnvoll, den Kontakt stärker über die GDK zu suchen?

Kooperation zwischen den wichtigen Akteuren

- Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen den wichtigen Akteuren aus? Gibt es hier Hürden, Probleme? Falls ja, weshalb?

Umsetzung des Programms und Zweckmässigkeit der Massnahmen

- Können Sie grob sagen, welche Massnahmen aus Ihrer Sicht gut funktionieren oder funktioniert haben und welche nicht? Weshalb?
- Wurden die richtigen Massnahmen implementiert, um die Programmziele zu erreichen?
- Gibt es Bereiche, die vernachlässigt wurden? Wo gibt es Optimierungspotenzial?

Zielerreichung des Programms und der Massnahmen

- Können Sie mir sagen, ob und inwiefern das NPHS seine vier Oberziele Ihrer Ansicht nach erreicht hat?
 1. Die Menschen in der Schweiz sind aufgeklärt und fähig, ihre Rechte im Bereich der Sexualität wahrzunehmen.
 2. Das Übertragungsrisiko von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sinkt.
 3. HIV und andere STI werden in einem frühen Stadium erkannt und richtig behandelt.
 4. Die HIV- und STI-Arbeit wirkt nachhaltig, weil sie auf die Partizipation der Zielgruppen setzt, auf wissenschaftlicher Evidenz beruht und von der Bevölkerung getragen wird.
- In welchem Grad haben die Massnahmen der drei Interventionsachsen Ihrer Meinung nach ihre Ziele erreicht?

Ausblick und zusätzliche Aspekte

- Für die Verlängerung des Programms: Wo würden Sie die Prioritäten setzen? Wo sehen Sie Optimierungspotenzial? Welches sind bewährte Elemente, die man stehen lassen sollte?
- Gibt es weitere Anmerkungen von Ihrer Seite?

Liste der interviewten Personen

Franziska Schöni-Affolter und Simone Eigenmann, Co-Leiterinnen Sektion Prävention und Promotion, Bundesamt für Gesundheit

Termin: 29. Mai 2017, 10.00 – 11.30 Uhr

Roger Staub, ehem. stellv. Leiter Abteilung Übertragbare Krankheiten, Bundesamt für Gesundheit

Termin: 11. April 2017, 14.00 – 15.00 Uhr

Daniel Seiler, Geschäftsführer Aids-Hilfe Schweiz

Termin: 11. April 2017, 10.00 – 11.00 Uhr

Pietro Vernazza, ehem. Präsident der Eidgenössischen Kommission für Sexuelle Gesundheit und Chefarzt Kantonsspital St. Gallen

Termin: 18. April 2017, 10.00 – 11.00 Uhr

Caroline Jacot-Descombes, stellv. Geschäftsführerin SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz und Projektleiterin Sexualaufklärung

Termin: 26. Mai 2017, 10.00 – 11.00 Uhr

David Haerry, ehem. Präsident Positivrat Schweiz

Termin: 9. Mai 2017, 15.30 – 16.30 Uhr

Anhang 3: Dokumentation der Telefoninterviews

Fragebogen zu den Telefoninterviews

Ziel der Evaluation: Das Bundesamt für Gesundheit lässt das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbaren Infektionen (NPHS) 2011–2017 bilanzierend evaluieren und hat das Institut für Politikwissenschaft der Universität Zürich und die synergo Mobilität – Politik – Raum GmbH mit der Durchführung betraut. Die Ergebnisse der Evaluation dienen primär als Grundlage dazu, beim Bundesrat eine Verlängerung des Programms um zwei Jahre zu beantragen, und tragen sekundär zur Erarbeitung eines Nachfolgeprogramms zur Weiterentwicklung der HIV- und STI-Prävention in der Schweiz bei. Die Evaluation soll daher bilanzierendes Wissen zur Umsetzung und zum Zielerreichungsgrad des NPHS 2011–2017 generieren, die bewährten Elemente des Programms identifizieren und allfälliges Optimierungspotenzial deutlich machen. Auch soll die Evaluation eine Aussensicht des Programms erfassen.

Zur Person

- (1) Zuerst eine kurze Frage zu Ihnen. Wir haben Sie um eine Aussensicht des NPHS gebeten, da Sie _____. Tragen Sie noch andere Hüte, die in diesem Zusammenhang erwähnenswert sind?

Bekanntheit des NPHS 2011–2017: Konzipierung, Massnahmen

- (2) Sind Ihnen die Konzipierung und die Ziele des Programmes NPHS 2011–2017 bekannt?
(Antworten: *bekannt, teilweise bekannt, nicht bekannt*)
- Drei Interventionsachsen (1 allgemeine Bevölkerung, 2 sexuell aktive Menschen mit erhöhtem Expositionsrisiko für HIV u./od. STI u. deren PartnerInnen, Menschen mit HIV u./od. STI u. deren PartnerInnen)
 - Ziele (s. unten, Sensibilisierung, Verhaltens- und Verhältnisprävention, frühe Diagnose/rechtzeitige Behandlung/Begleitung, Nachhaltigkeit)
- (3) *Falls bekannt:* Scheint Ihnen diese Konzipierung sinnvoll?
Trennung / Überschneidungen der Zielgruppen, Auswirkungen auf Zielerreichung
- (4) Welche Bereiche oder Massnahmen des Programmes NPHS 2011–2017 sind Ihnen (besonders) bekannt?
Falls vor allem einzelne Bereiche oder Massnahmen bekannt, im Verlaufe des Gesprächs mehr darauf konzentrieren

Organisation und Verteilung der Zuständigkeiten

Einsatz der finanziellen Mittel/Gewichtung

- (5) Finden Sie, dass die Gewichtung der Achsen grundsätzlich angemessen ist?
(Antworten: *angemessen, zu viel, zu wenig*)
- Achse 1: Allgemeinbevölkerung
 - Achse 2: Sexuell aktive Menschen mit erhöhtem Expositionsrisiko für HIV u./od. STI

- Achse 3: Menschen mit HIV u./od. STI

Leadership, Governance, Zusammenarbeit (*Betroffene sowie Akteure, die das Feld gut kennen*)

- (6) Das BAG hat die Aufgabe, das Programm NPHS 2011–2017 zu führen, die Umsetzung zu koordinieren und mit wichtigen Akteuren zusammenzuarbeiten. Wie beurteilen Sie diese Rolle des BAG? Finden Sie die Aufgabenteilung sinnvoll? Wie erfüllt das BAG seine Rolle?
- (7) Wissen Sie, wie die Zusammenarbeit zwischen wichtigen Akteuren läuft? Gibt es hier Hürden, Probleme? Falls ja, weshalb?

Umsetzung des Programms und Zweckmässigkeit der Massnahmen

- (8) Wie bereits gesagt, haben wir Sie um ein Gespräch gebeten aufgrund Ihrer Expertise im Bereich _____. Wie beurteilen Sie generell das NPHS 2011–2017 aus dieser Perspektive?
- (9) Gibt es Bereiche, die im Programm klar vernachlässigt wurden?
- (10) *Falls spezifische Massnahmen genannt:* Wie beurteilen Sie die Massnahme XY? Hat die Massnahme aus Ihrer Sicht gut funktioniert oder nicht? In welchem Grad wurden die Ziele erreicht?

Zielerreichung des Programms

- (11) Das Programm NPHS 2011–2017 hat vier Oberziele. In welchem Grad hat es Ihrer Meinung nach diese Ziele erreicht? (*Antworten: erreicht, teilweise erreicht, nicht erreicht*)
 - 1) Die Menschen in der Schweiz sind aufgeklärt und fähig, ihre Rechte im Bereich der Sexualität wahrzunehmen.
 - 2) Das Übertragungsrisiko von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sinkt.
 - 3) HIV und andere STI werden in einem frühen Stadium erkannt und richtig behandelt.
 - 4) Die HIV- und STI-Arbeit wirkt nachhaltig, weil sie auf die Partizipation der Zielgruppen setzt, auf wissenschaftlicher Evidenz beruht und von der Bevölkerung getragen wird.

Ausblick und zusätzliche Aspekte

- (12) Für die Verlängerung oder Weiterentwicklung des Programms: Welche Lücken sollten besetzt werden? Welches sind die zukünftigen Herausforderungen? Welche Elemente werden an Bedeutung verlieren?
- (13) Gibt es weitere Anmerkungen von Ihrer Seite?

Liste der befragten Personen

Perspektive Gesundheitskampagnen

Thomas Friemel, Professor für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft mit Schwerpunkt Medienutzung und Medienwirkung, Institut für Publizistik und Medienwissenschaft, Universität Zürich

Perspektive Gesundheitsmanagement/-ökonomie

Florian Liberatore, Dozent und Projektleiter, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Holger Auerbach, selbständiger Berater, akomo GmbH; ehemaliger Professor für Health Economics an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Perspektive mit HIV- und/oder STI-infizierte Menschen

Rocco Senatore, Koordinator, Personnes Vivant Avec Genève

Perspektive international

Michael Krone, Koordinator, Aids Action Europe / Deutsche AIDS-Hilfe

Perspektive Kantone

Diana Müller, Projektleiterin Gesundheitsförderung und Prävention, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren; Geschäftsführerin, Vereinigung der Kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz

Perspektive Medizin

Clara Thierfelder, Ärztin in gemeinschaftlicher Hausarztpraxis und am Zentrum für Suchtmedizin Basel; Mitglied von hiv-pract

Perspektive Migration

Laura Mellini, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Departement für Sozialwissenschaften, Universität Fribourg

Perspektive MSM und Transmenschen

Hannes Rudolph, Geschäftsführer, Homosexuelle Arbeitsgruppen Zürich; Berater für Transmenschen, Checkpoint Zürich

Perspektive Sexualpädagogik

Bernadette Schnider, Bereichsleiterin sexuelle Gesundheit, Stiftung Berner Gesundheit

Perspektive Soziale Arbeit/Sozialpsychologie

Carlo Fabian, Professor am Institut für Sozialplanung, Organisationaler Wandel und Stadtentwicklung, Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz