

EVALUATION DER HIV/AIDS-PRÄVENTIONSSTRATEGIE IN DER SCHWEIZ

KURZFASSUNG DES SIEBTEN SYNTHESEBERICHTS 1999-2003

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

EVALUATION DER HIV/AIDS-PRÄVENTIONSSTRATEGIE IN DER SCHWEIZ

KURZFASSUNG DES SIEBTEN SYNTHESEBERICHTS 1999-2003

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

**Diese Studie wurde vom Bundesamt für
Gesundheit, Bern, finanziert.**

Verträge: 99.001343, 02.000227, 02.000781, 02.000782

**Forscher und Forscherinnen, die an dieser
Evaluation mitgearbeitet haben**

Marie-Jo Glardon
Mary Haour-Knipe
Phi Huynh-Do
Daniel Kübler
Peter Neuenschwander
Yannis Papadopoulos
Margrit Schmid
Barbara So-Barazetti
Ralph Thomas

Dankesworte

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

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

Ihnen allen sei herzlich gedankt.

Zum Zitieren

Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Spencer B, Moreau-Gruet F, Balthasar H, Benninghoff F, Klaue K, Paccaud F. Evaluation der HIV/Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz: Kurzfassung des siebten zusammenfassenden Berichtes 1999-2003. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2003.

Adresse für Korrespondenz

Institut universitaire de médecine sociale et préventive
Unité d'évaluation de programmes de prévention
Rue du Bugnon 17
1005 Lausanne

Tel.: 0041 (0) 21 314 72 92

Fax: 0041 (0) 21 314 72 44

E-Mail: uepp@hospvd.ch

Link: <http://www.hospvd.ch/iumsp/>

INHALT

Vorwort	5	Umsetzung des nationalen HIV/Aids Programms 1999-2003	29
Einführung	7	Ebene I: die HIV/Aids-Prävention bei der Allgemeinbevölkerung	30
Strategie zur Prävention von HIV/Aids in der Schweiz	7	STOP AIDS-Kampagnen	30
Fortlaufende Evaluation, Ansatz und Methode	8	HIV/Aids-Prävention und Sexualunterricht an Schulen	30
Ergebnisse der Präventionsstrategie:		Ebene II: die HIV/Aids-Prävention bei bestimmten Zielgruppen	33
Situation Ende 2002	9	Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)	36
Epidemiologie	9	Prostituierte	38
Allgemeinbevölkerung	10	Männliche Prostituierte (MSW)	40
Sexualleben und Sexualverhalten,		Drogenkonsumierende	42
Schutz durch Präservative	10	Migranten	44
Schutzstrategie in der Paarbeziehung	12	Gefährdete Jugendliche	46
HIV-Test	12	Menschen mit HIV/Aids	48
Jugendliche und junge Erwachsene (17-20 Jahre)	13	Ebene III: die HIV/Aids-Prävention in der Arztpraxis	50
Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)	15	Präventive Praktiken	50
Sexualleben	15	Engagement der frei praktizierenden Ärzte in der Betreuung von Patienten mit HIV/Aids	52
Präventivverhalten und Risikoexposition	15	Betreuung von HIV-positiven Patienten in der Arztpraxis	53
Kenntnisse und Meinungen über die antiretroviralen Therapien und die Postexpositionsprophylaxe	18	Synthese der Umsetzung auf den drei Ebenen: Abdeckung	54
HIV-Test und HIV-Prävalenz	18	Bilanz und Perspektiven	57
Die abhängigen Drogenkonsumierenden	19	Entwicklung der Epidemie	57
Entwicklung des Konsums	19	Dynamik der Umsetzung des nationalen Programms	61
HIV-Exposition und Schutz	19	Allgemeine Schlussfolgerungen und Empfehlungen	65
Prävalenz von HIV und von Hepatitiden	22		
Prostituierte	23	Literaturauswahl	73
Migranten	23		
Menschen mit HIV/Aids	24		
Synthese der Verhaltensweisen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen	26		

VORWORT

Seit 1986 lässt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) seine Strategie zur Prävention von HIV/Aids evaluieren. Der vom Institut universitaire de médecine sociale et préventive¹ in Lausanne erstellte Evaluationsbericht über den Zeitraum 1999-2003 ist auf der Website des BAG verfügbar². Dieses Dokument ist eine Kurzfassung des Berichts.

Er geht kurz auf die epidemiologische Situation in der Schweiz ein und befasst sich dann mit der Beschreibung der Verhaltensweisen in Zusammenhang mit HIV/Aids (Schutz und Risikoexposition) in verschiedenen Bevölkerungsgruppen: Allgemeinbevölkerung, Jugendliche und junge Erwachsene, Männer, die Sex mit Männern haben, Drogenkonsumierende, Migranten, Prostituierte und Menschen mit HIV/Aids.

Dieses Dokument beschreibt zudem auch die Umsetzung des nationalen HIV/Aids-Präventionsprogramms, wobei drei Interventionsebenen beschrieben werden: Die für die Allgemeinbevölkerung bestimmten Aktivitäten, die zielgruppenorientierten Aktivitäten und die individuellen Präventionsaktivitäten.

Der Bericht schliesst mit einer Reihe von Empfehlungen, welche die bisher von der Strategie des BAG verfolgte Linie weiterverfolgen und verstärken.

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

¹ Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne

² <http://www.bag.admin.ch/cce/studien/aids/d/index.htm> oder <http://www.hospvd.ch/iumsp/>

EINFÜHRUNG

STRATEGIE ZUR PRÄVENTION VON HIV/AIDS IN DER SCHWEIZ

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

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

Die seit 1986 vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) gesamtschweizerisch angewandte Primärpräventionsstrategie für HIV/Aids umfasst drei Aktionsebenen:

- **Ebene I: allgemeine Massnahmen zur Information und Motivation der gesamten Bevölkerung**
Es handelt sich hier insbesondere um Präventionskampagnen sowie Aktivitäten in der Schule, die generell sämtliche Schülerinnen und Schüler erreichen sollten.
- **Ebene II: zielgruppenspezifische Interventionen (Drogenkonsumierende, Homosexuelle usw.)**
Für diese Interventionen werden spezielle Kanäle genutzt, über welche zielgruppen- und situationsgerechte Botschaften übermittelt werden.
- **Ebene III: Interventionen mit Tiefen- und Langzeitwirkung, die auf individueller Interaktion beruhen (Beratung, Wissensvermittlung)**
Hierbei werden Personen eingesetzt, die aufgrund ihrer Rolle oder Situation als potenzielle Multiplikatoren von Präventionsbotschaften fungieren können (Ärztenschaft, Eltern, Lehrkräfte usw.).

Das in dieser Strategie verwendete Integrationsmodell fusst auf der Überzeugung, dass der Mensch lernfähig ist und dass man ihn dazu anspornen kann, sich präventiv zu verhalten. Es geht also darum, die Menschen zu informieren, zu motivieren, den Wissenserwerb zu fördern und sie zu ermuntern, das erworbene Schutzverhalten beizubehalten. Ein solches Modell bedingt die Schaffung eines günstigen Umfelds für die Prävention und die Behandlung von Aids.

Die eingesetzte Strategie ist pragmatisch. Sie trägt den bestehenden risikoreichen Verhaltensweisen Rechnung. Sie zwingt nichts auf, sondern legt Wert auf den freien Willen, indem sie die zur Verfügung stehenden Präventionsmittel aufzeigt und risikofreie Verhaltensweisen nahelegt.

Bei der Veröffentlichung des nationalen HIV/Aids-Programms 1999-2003 wurde diese Präventionsstrategie bekräftigt und an die aktuellen Bedürfnisse angepasst. Die Planung dieses Programms ist das Ergebnis einer Zusammenarbeit zwischen dem BAG und den nationalen [AIDS-Hilfe Schweiz (AHS), Schweizerisches Rotes Kreuz usw.] und regionalen Akteuren (Kantonsbehörden, regionalen Aids-Hilfen usw.).

FORTLAUFENDE EVALUATION, ANSATZ UND METHODE

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

Als Evaluationskonzept wurde ein globaler Ansatz gewählt, mit dem die Aspekte der Umsetzung der Prävention und ihre Resultate sowie die relevanten Aspekte des sozialen Umfelds erfasst werden können. Die Evaluation soll den Stellen, die diese Präventionsstrategie umsetzen, Informationen beschaffen, die zur Verbesserung der HIV/Aids-Prävention in der Schweiz beitragen. Die Evaluation begleitet die Strategie und wird im Laufe der Zeit mit neuen Fragestellungen ergänzt. Sie versucht insbesondere folgende Fragen zu beantworten:

- **In Bezug auf die Ergebnisse der Prävention**

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

- **In Bezug auf die Umsetzung der Prävention**

Welche Präventionsaktivitäten werden durchgeführt und wie entwickeln sie sich? Welche Probleme ergeben sich dabei und welche Erfolge sind zu verzeichnen? Werden die Aktivitäten den Bedürfnissen gerecht? Gibt es Lücken im Bereich, den die Prävention abdeckt? Entfaltet sich die Präventionsarbeit auf allen vorgesehenen Ebenen? Sind die übrigen Akteure der Prävention, die Partner des BAG (Kantone, Vereinigungen, Berufsorganisationen, Multiplikatoren usw.) engagiert und effizient? Gibt es Elemente, mit denen das Weiterbestehen und die Qualität der Prävention sichergestellt werden können?

- **In Bezug auf das Umfeld, in dem die Prävention abläuft**

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

Das Evaluationsprogramm ist definiert als eine Reihe von aufeinander folgenden Phasen. Jede Phase beinhaltet ein Bündel von komplementären Studien, von denen einige regelmässig wiederholt werden, während andere Studien ein bereits behandeltes Thema unter einem neuen Blickwinkel betrachten oder ein neues Evaluationsthema behandeln.

Für die Evaluationsphase 1999-2003 wurden prioritär folgende Bereiche behandelt:

- Fortsetzung des Verhaltensmonitoring in der Allgemeinbevölkerung, bei den jungen Menschen, den Homosexuellen und den Drogenkonsumierenden; Weiterführung des Monitoring der Präservativverkäufe.
- Analyse der Durchführung des Programms auf drei Ebenen:
 - **Ebene I:** STOP AIDS-Kampagnen und Sexualunterricht in den Schulen.
 - **Ebene II:** Erhebung von Informationen über die Interventionen bei bestimmten Bevölkerungsgruppen, darunter bei den Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), Prostituierten, Drogenkonsumierenden, gefährdeten Jugendlichen, Migranten und Menschen mit HIV/Aids.
 - **Ebene III:** Hier wird der Schwerpunkt vor allem auf die Evaluation der Prävention in der Arztpraxis gelegt (Untersuchung der Dauerhaftigkeit und der Verankerung dieser Beratungstätigkeit in der täglichen medizinischen Praxis).

ERGEBNISSE DER PRÄVENTIONSSTRATEGIE: SITUATION ENDE 2002

EPIDEMIOLOGIE

Aus der vom BAG durchgeführten Überwachung der epidemiologischen Situation geht hervor, dass die neuen Aids-Fälle und die aidsbedingten Todesfälle bis Mitte der neunziger Jahre angestiegen sind. Danach hat die Zahl dieser Fälle abgenommen; im Jahr 2002 wurden weniger als 200 neue Aids-Fälle verzeichnet. Seit 2000 haben sich die Todesfälle auf etwa 100 bis 120 pro Jahr eingependelt. Für diesen Rückgang sind hauptsächlich die hochaktiven antiretroviralen Therapien (HAART) verantwortlich.

Bei den positiven Tests sieht die Situation anders aus (Abbildung 1). Nach dem Höchststand im Jahr 1991 verzeichneten diese bis Ende der 1990er Jahre eine konstante Abnahme, die jedoch gegen Ende dieser Periode etwas nachliess.

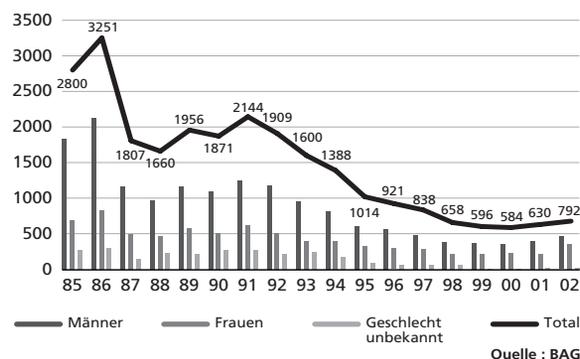
Seither hat sich der Trend umgekehrt. Zwischen 2000 und 2001 betrug die Zunahme 8% und zwischen 2001 und 2002 25%. Diese Zunahme ist im ganzen Land feststellbar, wenn auch die Agglomerationen stärker betroffen sind als das übrige Gebiet. Die wichtigsten Merkmale der positiv getesteten Personengruppe lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Seit 1991 bilden die heterosexuellen Beziehungen den Hauptübertragungsweg.
- Im Vergleich zur Gesamtzahl der betroffenen Personengruppe treten die auf homosexuelle Kontakte oder auf Drogeninjektionen zurückzuführenden Infektionen jedoch verhältnismässig häufiger auf.
- Die 2002 verzeichnete Zunahme bezieht sich auf die

zwei sexuellen Übertragungswege (Heterosexualität und Homo-/Bisexualität).

- Die homosexuelle Übertragung ist in erster Linie bei Personen schweizerischer Herkunft zu beobachten.
- Die bei den heterosexuellen Übertragungswegen festgestellte Erhöhung betrifft mehrheitlich Personen, die aus den Ländern der Sub-Sahara stammen. Bei den Frauen ist dieser Trend besonders stark zu beobachten.
- In den vergangenen Jahren wurden über 60% der Männer und über 40% der Frauen, die sich auf heterosexuellem Weg infiziert hatten, sehr spät erkannt: Bei ihnen wurden die HIV-Infektion und die Aids-Diagnose gleichzeitig zum Zeitpunkt des Testes festgestellt. Dies ist auch bei über 40% der auf homosexuellem Weg infizierten Männer der Fall.

Abbildung 1
Anzahl positiver HIV-Tests nach Meldejahr und nach Geschlecht



ALLGEMEINBEVÖLKERUNG

Seit 1987 wird die Entwicklung der sexuellen Verhaltensweisen in Zusammenhang mit HIV/Aids durch eine periodisch durchgeführte Telefonbefragung bei der Wohnbevölkerung der Schweiz im Alter zwischen 17 und 45 Jahren dokumentiert. Die letzte Umfrage wurde im Jahr 2000 durchgeführt.

SEXUALLEBEN UND SEXUALVERHALTEN, SCHUTZ DURCH PRÄSERVATIVE

Die HIV/Aids-Prävention hat offenbar keine grössere Wirkung auf gewisse Indikatoren der sexuellen Aktivität (Partnerzahl, Besuch von Prostituierten).

- Der Median der Anzahl Sexualpartner während des Lebens ist in den verschiedenen Alters- und Geschlechtergruppen stabil.
- Stabil ist auch die Zahl der Personen, die während der sechs vergangenen Monate Gelegenheitskontakte hatten (Abbildung 2, untere Linie) und die während des Jahres eine Beziehung mit einem neuen festen Partner eingegangen sind (Abbildung 3, untere Linie).
- Der Besuch von Prostituierten ist stabil; 2% der Männer zwischen 17 und 45 Jahren haben in den vergangenen sechs Monaten für einen Sexualverkehr bezahlt.

Der konsequente Präservativgebrauch hat hingegen während des gesamten Zeitraums deutlich zugenommen.

- Die Zunahme ist sowohl bei den Beziehungen mit Gelegenheitspartnern wie auch bei den Beziehungen mit den festen Partnern zu beobachten (Abbildung 2 und Abbildung 3).

- Junge Menschen schützen sich besser als ältere (Abbildung 2 und Abbildung 3).
- Männer schützen sich besser als Frauen. Es berufen sich jedoch mehr junge Frauen darauf, dass sie in ihrer festen Beziehung eine konsequente Prävention betreiben würden, als ihre männlichen Zeitgenossen.

Betrachtet man die letzte Phase (Ende der 1990er Jahre), so zeigt die Entwicklung des Schutzverhaltens ein kontrastreiches Bild und deutet auf eine Stabilisierung oder gar ein leichtes Nachlassen hin.

Abbildung 2
Anteil der Befragten mit Gelegenheitskontakten in den letzten sechs Monaten vor der Befragung und Präservativgebrauch mit diesen Partnern nach Altersklasse

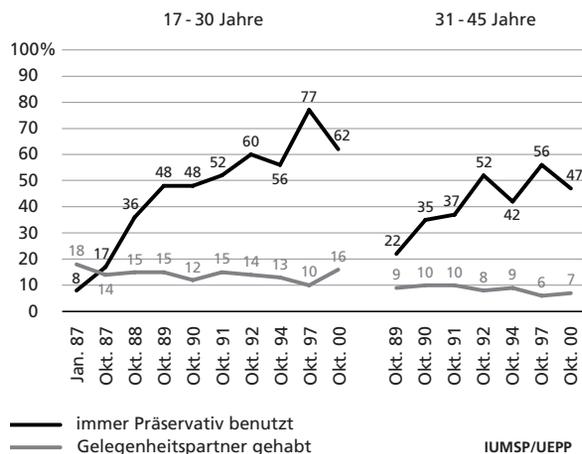
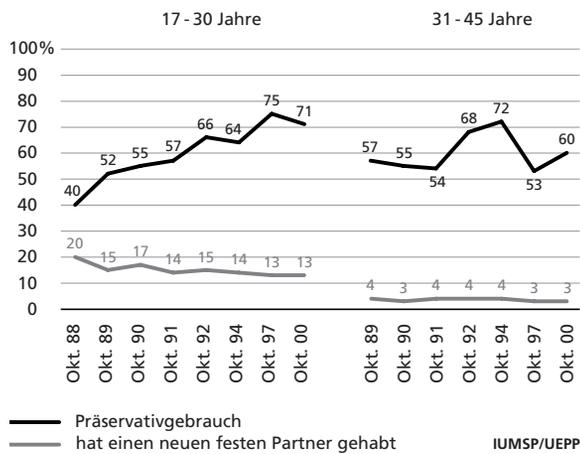


Abbildung 3

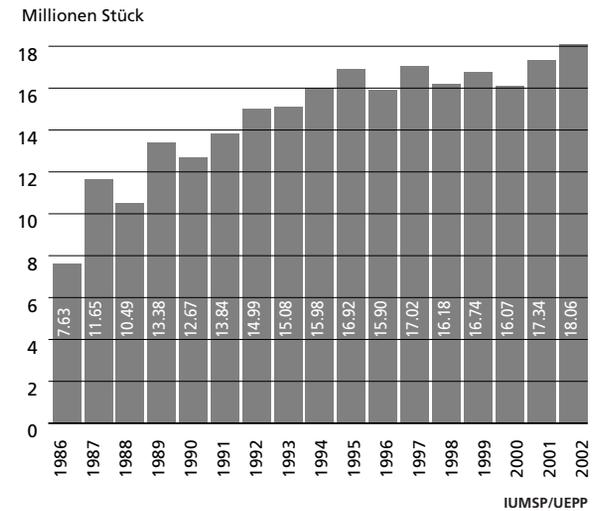
Anteil der Befragten mit einer neuen festen Beziehung im Jahr vor der Befragung und Präservativgebrauch mit der betreffenden Person nach Altersklasse



Der vermehrte Präservativgebrauch über den gesamten Zeitraum und die jüngste Stabilisierung werden durch die Statistik des Präservativabsatzes bestätigt: Von 7.6 Millionen Stück im Jahr 1986 auf 18.1 Millionen im Jahr 2002 (Abbildung 4).

Abbildung 4

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



SCHUTZSTRATEGIE IN DER PAARBEZIEHUNG

Die Mehrzahl der Befragten (70 %), die in den zwei Jahren vor der Ausgabe 2000 der periodischen Telefonbefragung³ einen festen Partner hatten, haben bei ihrem ersten Sexualkontakt mit diesem ein Präservativ benutzt.

Von denen, die bei diesem ersten Sexualkontakt Präservative benutzten:

- Haben sich 52 % entschlossen, diese auch weiterhin zu verwenden;
- haben 17 % einen HIV-Test gemacht und anschliessend auf den Gebrauch des Präservativs verzichtet;
- haben 21 % mit ihrem Partner die im Laufe des Lebens eingegangenen Risiken eingeschätzt und danach keine Präservative mehr verwendet;
- haben 9 % mit dem Präservativgebrauch aufgehört, ohne über ihre Vergangenheit gesprochen oder sich einem Test unterzogen zu haben; und 2 % sind anders vorgegangen oder haben nicht geantwortet.

Von denen, die bei diesem ersten Sexualkontakt kein Präservativ benutzten, haben etwa drei Viertel auch weiterhin darauf verzichtet.

HIV-TEST

Im Zeitraum 1992 bis 2000 ist der Anteil der Personen, die sich mindestens einmal in ihrem Leben einem Test unterzogen haben, in der Altersgruppe von 17-30 Jahren von 23 % auf 38 % und in der Altersgruppe von 31-45 Jahren von 23 % auf 46 % gestiegen. Diese Zunahme legt sich jedoch tendenziell wieder.

Insgesamt – d.h. einschliesslich der bei Blutspenden vorgenommenen Tests – haben bis 2001 63 % der Wohnbevölkerung zwischen 17 und 45 Jahren mindestens einen HIV-Test gemacht.

³ Sondermodul für Personen, die in den zwei Jahren vor der Umfrage einen festen Partner hatten.

JUGENDLICHE UND JUNGE ERWACHSENE (17-20 JAHRE)

Bei dem Anteil der mit 17 Jahren sexuell aktiven jungen Menschen hat sich offenbar nach einem Unterbruch der steigende säkulare Trend wieder fortgesetzt. Die Mädchen treten tendenziell etwas später in das aktive Sexualleben ein als die Knaben (50 % der Mädchen und 58 % der Knaben sind mit 17 Jahren sexuell aktiv).

Bei den 17-20-Jährigen zeigt die Partnerzahl wieder tendenziell nach oben, nachdem sie zwischen 1987 und 1997 einen Rückgang verzeichnete; der Median verharrt jedoch bei 1. Im Jahr 2000 hatten 31 % in dieser Altersgruppe im Laufe ihres Lebens drei oder mehr Partner gehabt (24 % im Jahr 1997).

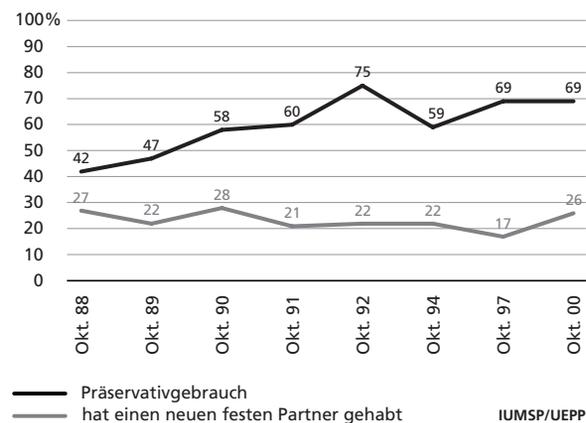
Bei den Jungen blieb der Präservativgebrauch auf einem hohen Niveau. Im Jahr 2000 haben 69 % der 17-20-Jährigen in ihrer neuen festen Beziehung Präservative benutzt (Abbildung 5). 76 %⁴ von ihnen verwenden mit einem Gelegenheitspartner konsequent Präservative (Abbildung 6). Bei ihrem letzten Sexualverkehr haben 59 % der Jugendlichen ein Präservativ benutzt (61 % im Jahr 1997). Darunter haben lediglich 2 % bereits mit dem Problem eines gerissenen oder abgerutschten Präservativs Erfahrung gemacht (6 % im Jahr 1997).

Anhand der Umfrage zur Gesundheit der Jugendlichen in der Schweiz (SMASH)⁵ – durchgeführt im Jahr 1993

und im Jahr 2002 – lässt sich die Stabilität des Präservativgebrauchs bei den jungen Leuten bestätigen. Denn man stellt zwischen den beiden Zeiträumen praktisch keine Veränderung fest, und dies unabhängig vom Alter und vom Geschlecht der Antwortenden.

Abbildung 5

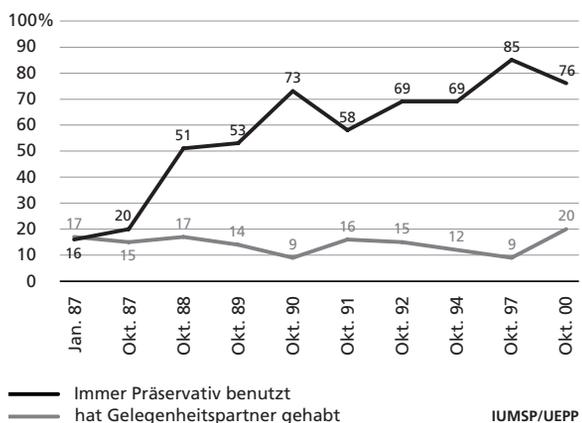
Anteil der jungen Menschen (17-20 Jahre), die im Jahr der Befragung eine neue feste Beziehung eingegangen sind und Präservativgebrauch mit diesem Partner (1988-2000)



⁴ Leichter Rückgang gegenüber 1997, in dem offenbar ein Extremwert erreicht worden ist.

⁵ Gesamtschweizerische Studie Swiss Multicentric Adolescent Survey on Health bei Jugendlichen von 15-20 Jahren.

Abbildung 6
Anteil der jungen Menschen (17-20 Jahre), die in den vergangenen 6 Monaten einen oder mehrere Gelegenheitskontakte hatten und Präservativgebrauch mit den betreffenden Personen (1987-2000)



Diese Probleme bergen ein erhebliches Suizidrisiko. In diesem Bereich hat die Schule eine wesentliche Rolle zu übernehmen, indem sie diese jungen Menschen so früh wie möglich mit den Ressourcen in Verbindung bringen, die es ihnen erlauben, das HIV-Infektionsrisiko wirksam in den Griff zu kriegen und die familiären und sozialen Schwierigkeiten, mit denen sie konfrontiert sind, zu überwinden.

Die jungen Homo-/Bisexuellen bilden ein besonderes Segment der Bevölkerungsgruppe der jungen Erwachsenen. Der Beginn ihrer sexuellen Laufbahn entspricht kaum den herkömmlichen Einstiegswegen in die Sexualität. Die meisten von ihnen entwickeln ihre Sexualität in einem Umfeld, in dem die HIV-Prävalenz hoch ist (bei den Homosexuellen), ohne unbedingt in den Genuss einer angemessenen Prävention gekommen zu sein.

Zudem kommen bei den jungen Homo/Bisexuellen zum HIV-Infektionsrisiko noch psychosoziale Probleme hinzu, die direkt mit dem sozialen und familiären Umfeld verbunden sind⁶.

⁶ Siehe Cochand et al in der Bibliographie.

MÄNNER, DIE SEX MIT MÄNNERN HABEN (MSM)

Anhand von sechs Umfragen (1987, 1990-92-94-97, 2000) lässt sich die Entwicklung des Präventivverhaltens der MSM verfolgen. Für jede dieser Studien wurden über die Homosexuellenpresse und die Homosexuellenorganisationen Fragebögen verteilt.

SEXUALLEBEN

Einige Merkmale des Sexuallebens von MSM haben sich seit Beginn der 1990er Jahre nicht geändert.

- Die Anzahl der Partner ist hoch: Der Median der Anzahl Partner in den zwölf vergangenen Monaten lag bis 1994 in der Kategorie 2-5, wechselte in die Kategorie 6-10 seit 1997. 80 % der Befragten hatten in den zwölf vergangenen Monaten mehr als einen Partner und ein Drittel hatte mehr als zehn Partner.
- Die Häufigkeit der Sexualkontakte ist hoch (und stabil): Ein Drittel der Befragten hat mehrmals in der Woche Sexualverkehr.
- Die HIV-positiven Befragten sind sexuell aktiver als die HIV-negativen und die ungetesteten Personen. Im Jahr 2000 hatte nach eigenen Angaben die Hälfte (51 %) der HIV-positiven MSM in den zwölf Monaten vor der Umfrage mehr als zehn Partner (gegenüber 37 % bei den HIV-negativen und 23 % bei jenen, die noch keinen Test durchgeführt haben).

Die Lebensweisen und sexuellen Praktiken haben sich hingegen deutlich verändert, mit einer steigenden Tendenz, die im Jahr 1997 ihren Höhepunkt erreicht hat:

- Der Anteil der Befragten mit einem festen Partner ist von 46 % im Jahr 1987 auf 72 % im Jahr 2000 gestiegen. Bei 50 % der festen Beziehungen handelt es sich jedoch um nicht exklusive Beziehungen.
- Der Anteil der Befragten, die in den vergangenen zwölf Monaten Analverkehr mit Gelegenheitspartnern hatten, ist von ungefähr 60 % in den Jahren 1992 und 1994 auf ungefähr 70 % in den Jahren 1997 und 2000 gestiegen. Mit dem festen Partner ist der Anteil jedoch unverändert geblieben (ungefähr bei 75 %).
- Treffpunkte und Szenen werden häufiger frequentiert: Im Jahr 2000 haben 53 % der Befragten häufig Saunen aufgesucht (1987: 30 %, 1997: 53 %), 37 % Pärke (24 % bzw. 41 %) und 26 % öffentliche Toiletten (18 % bzw. 27 %).

PRÄVENTIVVERHALTEN UND RISIKOEXPOSITION

Das Präventivverhalten wurde mit Hilfe von zwei Indikatoren gemessen: Dem Gebrauch des Präservativs beim Analverkehr und dem Risiko, dass bei oral-genitalen Kontakten Sperma in den Mund gelangt, in den zwölf vergangenen Monaten⁷.

⁷ Seit 1992 werden die Daten nach dem Partnertyp verteilt (fester versus Gelegenheitspartner).

Abbildung 7

MSM: Präventivverhalten in den vergangenen zwölf Monaten mit Gelegenheitspartnern (1992-2000)

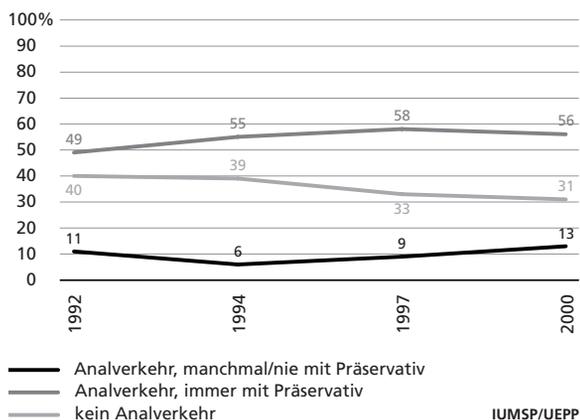
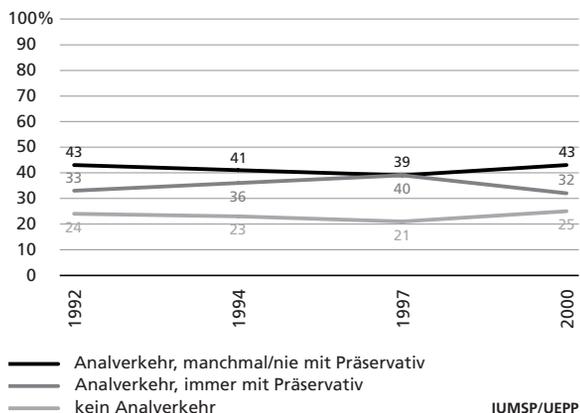


Abbildung 8

MSM: Präventivverhalten in den vergangenen zwölf Monaten mit dem festen Partner (1992-2000)



Eine grosse Mehrheit der Befragten haben von vornherein sichere Sexpraktiken gewählt (Safer Sex), indem sie entweder auf potenziell riskante Praktiken verzichtet haben oder konsequent Präservative benutzen (Abbildung 7 und Abbildung 8). Am besten verankert ist das Präventivverhalten mit den Gelegenheitspartnern: Über 80 % der MSM gehen mit diesem Partnertyp keinerlei Risiken ein (Abbildung 7).

Im Zeitraum 1994-2000 hat sich das Schutzniveau jedoch trotzdem verringert, und zwar unabhängig von der Sexualpraktik (anale Penetration oder Fellatio).

- Der Anteil der Befragten, die mit Gelegenheitspartnern Analverkehr hatten und sich dabei nicht konsequent schützen, ist von 10 % im Jahr 1994 auf 19 % im Jahr 2000 gestiegen. Im Übrigen haben im Jahr 2000 10 % der Befragten angegeben, sie hätten ungeschützten Analverkehr praktiziert, mit Rückzug vor der Ejakulation als Schutzmassnahme.
- Das Nachlassen des Präventivverhaltens lässt sich vermehrt bei den älteren Befragten beobachten.
- Zudem stellt man fest, dass besonders die Befragten, die Sexbetriebe (Saunen und backrooms) oder Pärke und öffentliche Toiletten aufsuchen, sich weniger gut schützen. Der Anteil der Kunden von Saunen für Homosexuelle, die nach eigenen Angaben beim Analverkehr nicht immer ein Präservativ benutzt haben, ist von 13 % im 1997 auf 21 % im Jahr 2000 gestiegen.
- Mit dem festen Partner ist das sexuelle Repertoire im Allgemeinen breiter und der Schutz weniger konsequent als mit den Gelegenheitspartnern. Ausserdem ist ab der 2. Hälfte der 1990er Jahre eine leichte Erosion der sicheren Praktiken zu beobachten. In den meisten Fällen ist der Verzicht auf Safer Sex jedoch darauf zurückzuführen, dass beide Partner wissen, dass sie HIV-negativ sind (Abbildung 8).

Bei den Paaren hatte die Umfrage aus dem 1994 gezeigt, dass 41 % von denen, die Analverkehr praktizieren, ihren Serostatus nicht kennen, entweder weil zumindest einer der beiden Partner nicht getestet ist oder weil einer der beiden nicht weiss, ob sein Partner den HIV-Test gemacht hat. Der Anteil der Paare mit unbekanntem Serostatus hat sich verringert (2000: 31 %). Der konsequente Schutz mit Präservativen in dieser Situation hat sich jedoch nur leicht verbessert (1994: 52 %; 2000: 58 %).

Das Präventivverhalten der HIV-positiven Befragten unterscheidet sich erheblich von jenem der HIV-negativen oder der ungetesteten Befragten.

- Die HIV-positiven Befragten haben häufiger ungeschützten Sexualverkehr mit Gelegenheitspartnern als die ungetesteten oder HIV-negativen Befragten. Im Jahr 2000 hatten 32 % in den zwölf vergangenen Monaten vor der Befragung Analverkehr ohne Präservativ, während dies bei den HIV-negativen nur bei 17 % und bei den Ungetesteten bei 15 % der Fall war (Abbildung 9).
- Aus der Abbildung 10, die nur den Serostatus des Befragten berücksichtigt, ist ersichtlich, dass die HIV-positiven Homosexuellen weniger häufig ungeschützten Analverkehr mit ihrem festen Partner hatten als die HIV-negativen und die ungetesteten Befragten.
- Bei den HIV-positiven Befragten stellt man fest, dass die ungeschützten Praktiken im Zeitraum 1997 bis 2000 unabhängig vom Partnertyp tendenziell zugenommen haben.

Abbildung 9

MSM: Analverkehr ohne konsequenten Präservativgebrauch mit Gelegenheitspartnern, nach dem Serostatus des Befragten

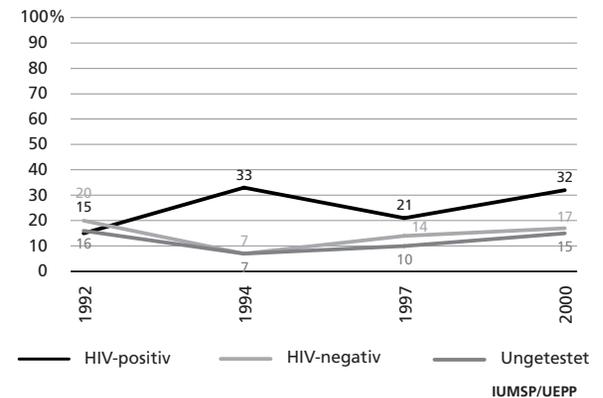
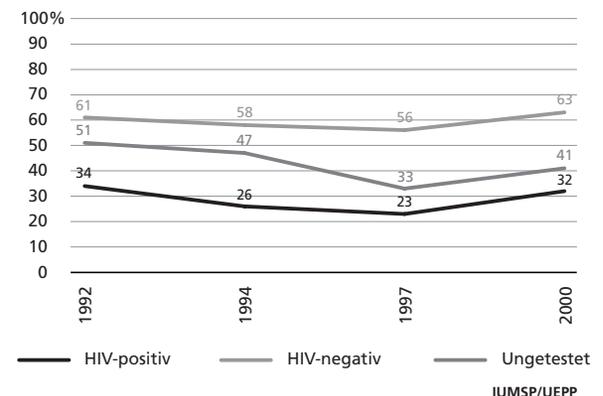


Abbildung 10

MSM: Analverkehr ohne konsequenten Präservativgebrauch mit dem festen Partner, nach dem Serostatus des Befragten



KENNTNISSE UND MEINUNGEN ÜBER DIE ANTIRETROVIRALEN THERAPIEN UND DIE POSTEXPOSITIONSPROPHYLAXE

Die Kenntnisse über die hochaktiven antiretroviralen Therapien (HAART) haben sich verbessert. Der Anteil der Befragten, die davon noch nichts gehört haben, ist von 25 % im Jahr 1997 auf 15 % im Jahr 2000 gesunken. Im Jahr 2000 bezeichneten sich 54 % als gut informiert über diese Therapien, 31 % wissen, dass es solche gibt, fühlen sich jedoch schlecht informiert.

Bezüglich der Postexpositionsprophylaxe (PEP) bezeichnete sich im Jahr 2000 nur ein Viertel der Befragten als gut informiert. Dagegen haben 45 % noch nie davon gehört und rund 30 % haben davon gehört, fühlen sich aber schlecht informiert.

Die Vorstellungen, die sich Homosexuelle in Zusammenhang mit HIV/Aids machen, haben sich zwischen 1997 und 2000 erheblich verändert.

Sie lassen auf eine starke Diskrepanz zwischen dem Verhalten, das man von den anderen vermutet, und dem eigenen Handeln schliessen.

- Im Jahr 2000 äusserten 58 % die Meinung, dass die MSM wegen der neuen therapeutischen Möglichkeiten weniger stark auf die Prävention achten (1997: 34 %).
- Im Jahr 2000 denken 7 % von sich, dass sie wegen der neuen therapeutischen Möglichkeiten weniger auf die Prävention achten (1997: 5 %).

HIV-TEST UND HIV-PRÄVALENZ

Der Anteil von getesteten MSM hat im Laufe der Befragungen zugenommen und im Jahr 2000 80 % erreicht. Doch sind die Befragten, die keine neuere Angabe über ihren Serostatus haben, immer noch am Steigen: Im Jahr 2000 hatten sich 52 % der Befragten in den vergangenen zwölf Monaten vor der Umfrage einem Test unterzogen, gegenüber 62 % im Jahr 1994.

Im Jahr 2000 erreichte die berichtete Prävalenz bei den unter 30-Jährigen 2 % und bei den Personen von 30 und mehr Jahren 12 %.

DIE ABHÄNGIGEN DROGENKONSUMIERENDEN

Die nachfolgend präsentierten Daten stammen aus den nationalen Umfragen bei der Klientel von niederschweligen Einrichtungen⁸ (1993, 1994, 1996, 2000) und aus den Befragungen von Benutzerinnen und Benutzern der Injektionsräume von Genf und Biel (2002).

ENTWICKLUNG DES KONSUMS

Aus den bei den Drogenkonsumierenden, welche die niederschweligen Einrichtungen frequentieren, gesammelten Daten lässt sich Folgendes entnehmen:

- Die Mehrheit von ihnen injiziert Drogen, obschon dieser Anteil am Sinken ist (1993: 85 %, 2000: 79 %).
- Mehrfachkonsum kommt sehr häufig vor (rund 70 %).
- Heroin ist weiterhin die am regelmässigsten konsumierte Substanz (mehrmals in der Woche bei der Hälfte der Personen).
- Die durchschnittliche Anzahl Injektionen pro Woche scheint sich zu verringern (1994: 19, 2000: 14).
- Die Anzahl von Drogenkonsumenten, die erst seit kurzem injizieren (seit weniger als 2 Jahren) verringert sich (1993: 30 %, 2000: 7 %).
- Der Anteil der Klienten, die eine Methadonersatztherapie erhalten, ist am Steigen (1993: 35 %, 2000: 56 %).

⁸ Diese Einrichtungen geben steriles Injektionsmaterial ab und bieten andere soziale und sanitäre Dienste an, die helfen sollen, den Gesundheitszustand der Drogenkonsumierenden, die sich keiner Therapie unterziehen wollen oder die wieder in den Drogenkonsum zurückgefallen sind, zu erhalten.

⁹ Unterschied statistisch nicht signifikant.

HIV-EXPOSITION UND SCHUTZ

Bezogen auf die sechs Monate vor der Studie ist der Anteil der Drogenkonsumierenden, die sich den Stoff mit einer bereits von einer anderen Person gebrauchten Spritze/Nadel injiziert haben, relativ gering. In den letzten Jahren scheint sich dieser Anteil jedoch leicht zu erhöhen⁹. Der Tausch von anderem beim Spritzen benötigtem Material kommt hingegen häufig vor (Tabelle 1). Er könnte eine Erklärung für die hohe Hepatitis-C-Infektionsrate sein.

Die Klienten, die sich einem Infektionsrisiko aussetzen, indem sie bei der Injektion bereits von jemand anderem benutztes Material verwenden, sind etwas jünger und zudem häufig Frauen. Ihr Gesundheitszustand ist schlechter. Sie leben häufiger in prekären Verhältnissen oder waren in den vergangenen zwei Jahren öfters im Gefängnis. Sie konsumieren und injizieren sich regelmässiger Kokain und haben eine höhere Injektionshäufigkeit. Demgegenüber spielt der Umstand, ob die drogenkonsumierende Person HIV-infiziert ist oder nicht, keinerlei Rolle.

Tabelle 1

Entwicklung der HIV-Exposition durch Verwendung von gebrauchtem Injektionsmaterial bei der Klientel von niederschweligen Einrichtungen in der Schweiz: 1993 bis 2000 (in %)

	1993 N=1119	1994 N=907	1996 N=944	2000 N=924
Spritzen-/Nadeltausch				
im ganzen bisherigen Leben ^a	40	* 37	44	45
in den vergangenen 6 Monaten ^b	17	9	11	12
im Gefängnis in den 2 vergangenen Jahren ^c			6	9
Weitergabe Spritze/Nadel in den vergangenen 6 Monaten		* 9	9	9
Tausch von anderem Material in den vergangenen 6 Monaten				
gemeinsamer Gebrauch des Löffels			68	51
gemeinsamer Gebrauch des Filters			46	38
gemeinsamer Gebrauch von Watte			3	* 7
gemeinsame Verwendung von Wasser				* 26

* Für Zürich liegen keine Angaben vor

^a Rate für Injizierende im gesamten bisherigen Leben

^b Rate für Injizierende während der letzten 6 Monate

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

IUMSP/UEPP

Tabelle 2

Entwicklung der sexuellen HIV-Exposition bei der Klientel von niederschweligen Einrichtungen in der Schweiz: 1993 bis 2000 (in %)

Präservativgebrauch ^a in den vergangenen 6 Monaten	1993 N=1119	1994 N=907	1996 N=944	2000 N=924
Feste(r) Partner	60	* 56	53	* 56
immer Präservativ verwendet	26	* 24	27	* 29
nie Präservativ verwendet	55	* 62	58	* 55
Partner konsumiert keine Drogen		* 50	52	* 52
Gelegenheitspartner	34	* 29	31	* 32
immer Präservativ verwendet	61	* 71	67	* 72
nie Präservativ verwendet	14	* 14	13	* 15
Weibliche Prostitution		30	24	18
mit Kunden immer Präservativ verwendet		93	95	83
mit Kunden nie Präservativ verwendet		0	0	5
Männliche Prostitution		3	2	4
mit Kunden immer Präservativ verwendet		67	43	33
mit Kunden nie Präservativ verwendet		22	29	17
Letzter Sexualverkehr : % Präservativgebrauch		* 46	51	* 48

* Für Zürich liegen keine Angaben vor

^a Drei Nutzungsgrade: immer, manchmal, nie (Summe = 100%)

IUMSP/UEPP

Der Schutz bei sexuellen Beziehungen hat sich in den vergangenen Jahren nicht signifikant verändert. Im Jahr 2000 haben zwei Drittel der Drogenkonsumierenden bei Gelegenheitskontakten immer Präservative verwendet. Ungenügend ist der Schutz hingegen mit den festen Partnern: Etwas weniger als ein Drittel hatte konsequent geschützten Verkehr. Zudem konsumierte der feste Partner/die feste Partnerin in der Hälfte der Fälle keine Drogen (Tabelle 2).

Der Anteil der Frauen, die sich in den vergangenen sechs Monaten prostituiert haben, geht offenbar zurück. Der Anteil derjenigen, die mit den Freiern Präservative verwenden ist leicht abnehmend, bleibt aber auf sehr hohem Niveau (im Jahr 2000 verwendeten 83 % konsequent Präservative). Männer betreiben weniger Prostitution, haben in diesem Fall jedoch sehr viel weniger geschützte Sexualkontakte (Tabelle 2).

Der Schutz bei den sexuellen Beziehungen variiert je nach Partnertyp. Bei Kontakten mit Gelegenheitspartnern schützen sich die betreffenden Personen besser als bei jenem mit einem festen Partner (Tabelle 2). Auch der Serostatus beeinflusst das Schutzniveau: Die HIV-positiven Drogenkonsumierenden schützen sich deutlich mehr bei Kontakten mit ihrem festen Partner¹⁰ als die HIV-negativen Drogenkonsumierenden. Dieser Unterschied zeigt sich, wenn auch weniger markant, auch bei Gelegenheitskontakten. Dagegen ist der Schutz bei Sexualbeziehungen, welche die HIV-positiven drogenabhängigen Prostituierten¹¹ mit ihren Kunden unterhalten, ganz klar mangelhaft: Nur die Hälfte von ihnen hat bei den bezahlten Sexualkontakten regelmässig das Präservativ benutzt¹². Diese Feststellung gilt nicht für die HIV-negativen Drogenkonsumierenden, die im Gegenteil versuchen, sich noch

konsequenter mit Präservativen zu schützen, wenn sie sich prostituieren.

PRÄVALENZ VON HIV UND VON HEPATITIDEN

Fast die Gesamtheit (94 %) der Klienten von niederschweligen Einrichtungen hat mindestens einmal den HIV-Test machen lassen (70 % davon im Jahr vor der letzten Befragung) und drei Viertel (77 %) haben sich auf Hepatitis C testen lassen.

- 11 % geben eine positive HIV-Serologie an; die HIV-Prävalenz ist seit 1993 stabil (etwa 10 %), variiert jedoch von Stadt zu Stadt.
- 59 % geben eine positive HCV-Serologie an; die HCV-Prävalenz ist bei den Drogenkonsumierenden, die auch mit dem HI-Virus infiziert sind, höher als bei den nicht infizierten (87 % bzw. 55 %).

¹⁰ Dabei ist anzumerken, dass das Schutzniveau mit dem festen Partner bei den HIV-positiven wie auch bei den HIV-negativen Drogenkonsumierenden nicht signifikant davon abhängt, ob der Partner selber Drogen konsumiert oder nicht.

¹¹ 67 % der HIV-positiven drogenabhängigen Frauen und 44 % der HIV-negativen drogenabhängigen Frauen haben sich bereits prostituiert; 20 % bzw. 18 % haben dies in den vergangenen sechs Monaten getan.

¹² Angesichts der geringen Anzahl HIV-positiver drogenabhängiger Frauen, die in den sechs Monaten vor der Befragung Prostitution betrieben haben, ist dieser Unterschied nicht signifikant; es handelt sich eher um eine Tendenz.

PROSTITUIERTE

Im Rahmen einer Literaturschau wurden Informationen zur Prostitution in Europa gesammelt. Aufgrund der markanten internationalen Verbreitung des Phänomens können daraus Erkenntnisse für die Situation in der Schweiz gezogen werden:

- Der Schutz im Rahmen der professionellen Kontakte weist beträchtliche Schwankungen auf. Er wird unter anderem durch den Verhandlungsspielraum der Sexworker beeinflusst, der seinerseits von deren Kommunikationsfähigkeiten und den Umständen abhängt, unter denen sie ihre Tätigkeit ausüben (mehr oder weniger toleriert). Das Schutzniveau ist im Allgemeinen gut bei den weiblichen Prostituierten (je nach Studie benutzen zwischen 33 % und 100 % konsequent Präservative) und den Transvestiten/Transsexuellen (zwischen 70 % und 100 %), jedoch schwach bei den männlichen Prostituierten.
- Bei den Sexualbeziehungen mit Partnern, die nicht dafür bezahlen, ist das Schutzniveau hingegen erheblich geringer.
- Die Prävalenz der HIV-Infektion ist bei den weiblichen Prostituierten in der Regel gering. Deutlich höher ist sie bei den Transvestiten/Transsexuellen und bei den männlichen Prostituierten. In allen drei Gruppen ist die Prävalenz bei den Personen, die sich Drogen injizieren, deutlich höher.

MIGRANTEN

Über die Migranten – gleich welche Gruppe – sind in der Schweiz keinerlei quantitative Daten aus neuerer Zeit verfügbar.

Als bekannt wurde, welche Auswirkungen die HIV/Aids-Epidemie auf die aus den Ländern der Sub-Sahara stammenden Migranten hat, wurde ein Rapid Assessment ihrer Situation durchgeführt, um deren Kenntnisse und Vorstellungen zu untersuchen (siehe Zuppinger et al in der Bibliographie).

Aus dieser Untersuchung ging hervor, dass diese Gruppe sehr heterogen ist, dass sie ganz unterschiedliche Vorstellungen von der Krankheit im Allgemeinen und von HIV/Aids im Besonderen haben und dass es bei den Betreffenden schwierig ist, die Sexualität und die sozialen Kontakte unter den Geschlechtern zu thematisieren. Zudem zeigte sich auch, dass diese Bevölkerungsgruppen sehr verletzlich und einem Stigmatisierungsrisiko ausgesetzt sind.

MENSCHEN MIT HIV/AIDS

Drei Studien liefern Informationen über das Schutzverhalten von Personen, die über ihre HIV-Infektion Bescheid wissen:

- die periodische Umfrage MSM, die sich an die Homo- und Bisexuellen richtet;
- die periodische Umfrage bei niederschweligen Einrichtungen, die an Drogenkonsumierende gerichtet ist, welche die niederschweligen Anlaufstellen aufsuchen;
- die Swiss HIV Cohort Study (SHCS)¹³, die eine Kohorte HIV-positiver Personen im Alter über 16 Jahren in der Schweiz begleitet.

Zwei Studien qualitativer Art liefern zudem Erkenntnisse über die Art und Weise, wie die HIV-positiven Personen ihre Situation als infizierte und potenziell ansteckende Menschen erleben, sowie über die Probleme, mit denen sie in ihrem Sozial- und Sexualleben besonders konfrontiert sind:

- Eine im Jahr 1997 erstellte Studie über die Sexualität der Menschen mit HIV/Aids zur Beschreibung der Probleme im Zusammenhang mit ihrer Sexualität und der Art und Weise, wie die Betroffenen diese erleben.
- Eine im Jahr 2001 durchgeführte Studie über das Schweigen¹⁴, das HIV/Aids umgibt; im Rahmen dieser Studie ging man unter anderem der Frage nach, welche Gründe die Menschen mit HIV angeben, um zu erklären, warum sie ihren Serostatus geheimhalten, und die Probleme, die sich beim Umgang mit diesem Geheimnis stellen.

Was die Situation der Männer, die Sex mit Männern haben, betrifft, sei auf Seite 15 verwiesen; Angaben zu den Drogenkonsumierenden sind auf Seite 19 zu finden.

Die bei HIV-positiven Patienten im Rahmen der SHCS gesammelten Informationen zeigen, dass die Mehrheit ein aktives Liebes- und Sexualleben führt. In den sechs Monaten vor der Abgabe des Fragebogens hatten insgesamt 55 % einen festen Partner, 19 % einen oder mehrere Gelegenheitspartner und 6 % beides. Die auf heterosexuellem Weg infizierten Patienten waren etwas häufiger in einer festen Beziehung als die drogeninjizierenden Personen und die MSM. Letztere haben hingegen weitaus häufiger Kontakte mit Gelegenheitspartnern oder mit beiden Partnertypen.

Vier von fünf Befragten (81 %) gaben an, sie hätten sich in den sechs Monaten vor der Befragung bei Sexualkontakten stets geschützt (oder sie hätten keine Sexualkontakte gehabt), und 12 % gaben ungeschützte Sexualkontakte zu. 7 % haben die Frage nicht beantwortet.

Die beiden qualitativen Studien lassen Menschen mit HIV als Individuen erscheinen, welche versuchen, die widersprüchlichen Erfordernisse so gut es geht unter einen Hut zu bringen.

¹³ Siehe Wolf et al in der Bibliographie.

¹⁴ Siehe Godenzi et al in der Bibliographie.

Mit dem Wissen um die HIV-Infektion verändert sich das Selbstbild in der Regel beträchtlich. Diese Eindrücke wurzeln vor allem in den sozialen Vorstellungen bezüglich HIV/Aids und den infizierten Personen. Sie werden oft durch die abweisenden Reaktionen bekräftigt, welche Menschen mit HIV seitens ihrer Partner (oder potenziellen Partner) erleben.

Bei der Suche nach oder der Pflege einer Gefühlsbeziehung kommt der Mitteilung des positiven Serostatus eine ganz besondere Bedeutung zu. Viele Menschen mit HIV glauben, allein die Tatsache, dass sie auf Schutzmassnahmen beharren, könne die Aufmerksamkeit auf ihre Situation lenken und die aufkeimende Beziehung beenden.

So betrachtet kann der Verzicht auf den Präservativgebrauch den einzigen Weg darstellen, um sein «ich» zu wahren und sich vor der Frustration und der Anhäufung von Misserfolgen in einem wichtigen Bereich des Soziallebens zu schützen.

In bereits gefestigten Paarbeziehungen kann der Verzicht auf den Schutz zudem mit dem Bedürfnis zusammenhängen, sich näher zu kommen, und mit dem Eindruck, dass einzig diese «Normalisierung» des Ablaufs des Sexuallebens («Normalisierung» im Vergleich zu den vorherrschenden sozialen Mustern) eine dauerhafte Bindung mit einem Partner erlaubt.

SYNTHESE DER VERHALTENSWEISEN IN VERSCHIEDENEN BEVÖLKERUNGSGRUPPEN

Tabelle 3 präsentiert in Übersichtsform die Feststellungen, die bezüglich des Verhaltens und der Risikoexposition gemacht wurden, sowie die Entwicklung der Neuinfektionen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen.

Tabelle 3

Übersichtstabelle über die Verhaltensweisen in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen

Bevölkerung	Schutzniveau	Jüngste Entwicklung des Schutzes	Besonderheiten	Jüngste Entwicklung neue HIV-Fälle (Ende 2002)	Besonderheiten
Allgemeinbevölkerung	Mittel bis hoch	→ Beginn eines Nachlassens unsicher	<ul style="list-style-type: none"> Keine Angaben über die Migranten Schutz Gelegenheitspartner > fester Partner Schutz junge > ältere 	Heterosexuelle ↗	Migranten aus der Sub-Sahara ↗
Junge Menschen	Hoch	→	Partnerzahl ist nach einem Rückgang erneut tendenziell im Steigen begriffen		
MSM	Hoch	↘	Schutz mit Gelegenheitspartnern > festem Partner, umgekehrt bei den HIV-Positiven	↗	
Drogenkonsumierende	<ul style="list-style-type: none"> Blutübertragung: hoch Übertragung auf sexuellem Weg: mittel bis schwach 	↘ →	<ul style="list-style-type: none"> Risiken in Zusammenhang mit ungünstigen Lebensverhältnissen Schutz Klienten > Gelegenheitspartner > fester Partner (häufig kein Drogenkonsument) 	→	Schwankt je nach Stadt/Kanton
Prostituierte	Daten fehlen		Hoch bei drogenabhängigen Frauen		
Menschen mit HIV/Aids	Hoch	→ oder ↘	Schutz bei den MSM in jüngster Zeit nachlassend		

UMSETZUNG DES NATIONALEN HIV/AIDS-PROGRAMMS 1999-2003

Der zweite Teil des Berichts präsentiert die Art und Weise, wie das Programm 1999-2003 umgesetzt wird und sich in die Kontinuität der Strategie der vorhergehenden Jahre einfügt. Die drei Interventionsebenen werden nacheinander behandelt.

- Ebene I mit den an die Allgemeinbevölkerung gerichteten STOP AIDS-Kampagnen, mit den HIV/Aids-Präventionsmassnahmen und mit dem Sexualunterricht an Schulen.
- Ebene II mit verschiedenen Interventionen, die sich an bestimmte Zielgruppen richten (Sexworker, Drogenkonsumierende usw.).
- Ebene III mit der HIV/Aids-Prävention, die auf der individuellen Interaktion in der Arztpraxis beruht.

EBENE I: DIE HIV/AIDS-PRÄVENTION BEI DER ALLGEMEINBEVÖLKERUNG

STOP AIDS-KAMPAGNEN

Die STOP AIDS-Kampagnen sind das sichtbarste Element der Schweizer Präventionsstrategie. Sie werden seit 1987 durchgehend weitergeführt und haben zwei Hauptfunktionen. Die Erste, die offensichtlichste Funktion, besteht in der Übermittlung von Informationen und der Verbreitung von Präventionsbotschaften. Die Zweite ist weniger sichtbar und beruht auf der Fähigkeit, den Akteuren der Prävention, den an den politischen Entscheidungen teilnehmenden Kreisen sowie der breiten Öffentlichkeit das Fortbestehen und die Schwere des Problems HIV/Aids in Erinnerung zu rufen.

An der Konzeption und der Umsetzung der Kampagnen wurden kürzlich mehrere Änderungen vorgenommen. Seit 1999 wird die mit ihrer Ausarbeitung beauftragte Agentur mit einem Ausschreibungsverfahren bestimmt. Zudem hat das die Entwicklungsphase begleitende «Creativteam» seinen Tätigkeitsbereich eingegrenzt und interveniert nur noch in der Orientierungsphase.

Die Verbreitung der Kampagne 2000-2001 durch eine Serie von «intensiven Kommunikationsphasen» wurde zugunsten einer Reihe von fortlaufenden Massnahmen von geringerer Intensität fallengelassen. Diese sollen eine stärkere Flexibilität gewährleisten. Im Jahr 2002 wurde die Kampagne in den Kontext einer engen Zusammenarbeit mit der Expo 02 gestellt.

Die letzte Evaluation betrifft die Kampagne 2000-2001. Diese zeichnet sich durch eine hohe Akzeptanz, aber auch durch eine Abnahme des Bekanntheits- und Wahrnehmungsgrads aus, was auf die Änderungen am Stil und an den Werbeträgern zurückzuführen ist. Die Evaluation betont jedoch, dass man sich in der Bevölkerung an die früheren Kampagnen erinnert. Damit wird bekräftigt, dass dank der Kontinuität, die vor allem durch die Beibehaltung des Logos (STOP AIDS mit dem Präservativ) erreicht wurde, die Kampagnen einen nachhaltigen Einfluss ausüben, auch wenn einige Themen oder Botschaften weniger Beachtung finden als andere.

HIV/AIDS-PRÄVENTION UND SEXUALUNTERRICHT AN SCHULEN

Die Förderung der HIV/Aids-Prävention und des Sexualunterrichts an Schulen war von Anfang an Bestandteil der nationalen Strategie. Die Umsetzung dieses Aspekts der Präventionsaktivität auf der Ebene I vollzieht sich in einer komplexen Umgebung, die sich durch eine ausgeprägte Heterogenität auszeichnet. Diese ist insbesondere auf die föderalistische Organisation der Schulen, auf die Pluralität der betroffenen Schulstufen (obligatorisch oder nachobligatorisch mit ihren spezifischen Ausbildungsgängen und Studienplänen), auf die Aufgabenteilung bei der Umsetzung und auf das Profil der Personen, die mit dem Unterricht dieses Themas beauftragt sind, zurückzuführen.

Eine gesamtschweizerische Studie hat gezeigt, dass sich die HIV/Aids-Prävention meist in den mehr oder weniger formalisierten Sexualunterricht einfügt und nach zwei Hauptmodellen durchgeführt wird:

- Ein « externes » Modell, bei dem die Annäherung an Themen der Sexualität im Rahmen spezieller Schulstunden geschieht, die in der Regel von externen, besonders geschulten Fachleuten abgehalten werden;
- ein « internes » Modell, bei dem die Stunden von Lehrpersonen abgehalten werden und die verschiedenen Aspekte des Sexualunterrichts in die bestehenden Unterrichtsfächer integriert werden.

In der Romandie dominiert deutlich das « externe » Modell. Das « interne » Modell ist hingegen in der Deutschschweiz geläufiger. Im Tessin und den zweisprachigen Kantonen werden beide Modelle eingesetzt.

Der Sexualunterricht und die HIV/Aids-Prävention gehören in den meisten Kantonen zum Unterrichtsprogramm der obligatorischen Schulstufe. Die gesetzlichen Grundlagen für den Unterricht im Bereich der Sexualkunde existieren für die obligatorische Schulstufe praktisch überall, weit seltener hingegen für die nachobligatorische Schulstufe. Eine gesetzliche Grundlage bietet jedoch keine Gewähr dafür, dass der Sexualunterricht wirklich durchgeführt wird. Die Verantwortlichkeit für dessen Durchführung ist oft unklar definiert.

Der Sexualunterricht wird auf Primarstufe (6 bis 11 Jahre) bereits in mindestens einem Drittel der Kantone gut abgedeckt. Auf Sekundarstufe I (11-15 Jahre) nehmen die meisten Schüler an Schulstunden teil, in denen gleichzeitig die Sexualkunde und die HIV/Aids-Prävention thematisiert werden. Auf Sekundarstufe II

(nachobligatorisch) ist die Abdeckung wiederum sehr heterogen. Da sie für den Inhalt der Programme verantwortlich sind, haben einige Schulen (oder Lehrpersonen) einen systematischen Unterricht vorgesehen, während andere diesem Thema nur geringe Bedeutung beimessen.

Die periodische Telefonbefragung bestätigt eine gute Grundabdeckung und zeigt, dass die Mehrheit der Jugendlichen zwischen 17 und 20 Jahren (ungefähr 9 von 10) die Gelegenheit hatte, wenigstens einmal während ihrer Schulzeit etwas über HIV/Aids oder über Sexualität zu erfahren. Einige von ihnen haben jedoch während ihrer gesamten Schulzeit nur einen einzigen Kurs besucht. In der Deutschschweiz präsentiert sich die Situation weitaus lückenhafter. 42 % haben nie oder nur einmal einen Kurs besucht (gegenüber 30 % im Tessin und 14 % in der Romandie). Die Studie zeigt ausserdem, dass in der Deutschschweiz weniger Themen behandelt werden und diese zudem auch weniger vielfältig sind. Ist der Unterricht fächerübergreifend, scheint dessen praktische Umsetzung nicht dem theoretischen Konzept zu entsprechen. Eine Kontrolle der Abdeckung und der Qualität des Unterrichts dieser Themen ist nur zum Teil möglich, insbesondere auf nachobligatorischer Stufe.

Beide Modelle bieten einen geeigneten Rahmen für die Übermittlung von Informationen über die HIV/Aids-Prävention. Beide weisen Vorteile und besondere Grenzen auf.

Das « externe » Modell gewährleistet einen qualitativ hochstehenden Unterricht (Spezialausbildung der Fachleute, Qualitätskontrolle möglich) und eine (mindestens minimale) Abdeckung. Die Kurse hängen nicht von

der Motivation der Lehrpersonen ab. Eine Schwäche des Modells liegt jedoch in der Unsicherheit der Finanzressourcen (a priori nicht längerfristig gesichert) und in der fehlenden Möglichkeit, Gelegenheiten zu nutzen, in denen die Schüler und Schülerinnen für diese Thematik besonders interessiert und aufnahmebereit sind.

Das «interne» Modell erweist sich als zweckmässiger, um jede günstige Gelegenheit zu nutzen und HIV/Aids oder Themen in Zusammenhang mit dem Sexualleben anzusprechen. Es ist bedeutend weniger auf finanzielle Zuwendungen angewiesen, da die regulären Lehrpersonen die Themen vermitteln. Demgegenüber hängt es jedoch stark von deren Ausbildung, deren Motivation und der Motivation der Schulverantwortlichen ab (wenn diese mit der Festlegung des Lehrinhalts beauftragt sind).

Das «interne» Modell scheint also im Allgemeinen weniger geeignet zu sein, um eine gute Abdeckung zu erreichen. Die Faktoren, die einer Behandlung der Thematik HIV/Aids in der Schule entgegenstehen könnten, sind relativ zahlreich und es dürfte ausserordentlich schwierig sein, die Durchführung und die Inhalte eines solchen Unterrichts zu überprüfen.

EBENE II: DIE HIV/AIDS-PRÄVENTION BEI BESTIMMTEN ZIELGRUPPEN

Einige Bevölkerungsgruppen weisen Merkmale auf (Alter, Kultur, Sprache, besondere Risikoexposition, Erreichbarkeit, Zugang zur Prävention usw.), die eine an ihre besondere Situation angepasste Intervention verlangen. Die folgenden Tabellen präsentieren eine Synthese der Umsetzung von Präventionsaktivitäten, die bei verschiedenen dieser « Zielgruppen » unternommen wurden. Sie wurden auf der Grundlage von Informationen realisiert, die im Rahmen mehrerer Evaluationen gesammelt wurden. Sie präzisieren, ob es sich um Projekte von nationaler oder regionaler Bedeutung handelt, und definieren die Interventionsmodelle, die Akteure, die erbrachten Leistungen und die erreichte Abdeckung. Zudem erörtern sie die wesentlichen Feststellungen.

Die nationalen Programme: Information, Ausbildung/Unterstützung, Outreachwork

Verschiedene nationale Programme sind an bestimmte Bevölkerungsgruppen gerichtet (MSM, Prostituierte beider Geschlechter, Freier, Migranten), die sich unter anderem dadurch auszeichnen, dass sie schwer zu erreichen sind. Sie beinhalten in der Regel:

- Auf nationaler Ebene: Ausbildungs- und Unterstützungsdispositive für die Akteure der Präventionsarbeit, allgemein zugängliche Informationsquellen (Hotline, Internetseiten), schriftliche Dokumentation.
- Auf regionaler Ebene: Gezielte Interventionen nach der Outreachwork-Methode mit Fachleuten und Mediatoren. Die Mediationsarbeit wird nicht ausschliesslich interkulturell definiert, sondern versteht sich auch als Brückenschlag zwischen Präventionsspezialisten und bestimmten Subkulturen und kann die Intervention « von Gleichen an Gleiche » (Perso-

nen, die einen Teil ihrer Identität – beruflich, sexuell, kulturell – mit derjenigen der Zielgruppen gemeinsam haben) erfordern. Ein Teil der Interventionen besteht zudem in der Mobilisierung von regierungsunabhängigen Stellen, die oft als lokales Verbindungsglied für die nationalen Programme dienen, dabei jedoch ihre eigenen Projekte entwickeln.

Die meisten Projekte der HIV/Aids-Prävention sehen sich einer Vielfalt von Problemen gegenüber, mit denen die Zielgruppen konfrontiert sind. Dies veranlasst sie, die Zusammenarbeit und die gegenseitige Ergänzung mit anderen Akteuren aus dem Gesundheitssektor, aus dem sozialen und juristischen Bereich zu suchen oder gar Lobby-Arbeit zu betreiben, um gesetzliche oder administrative Änderungen zu erreichen. Diese Netzwerkarbeit kann einen Teil der Lücken schliessen, die bei der Abdeckung der Bedürfnisse bestehen.

Die gute Akzeptanz der Massnahmen und die gute Qualität der Präventionsarbeit sind zu einem grossen Teil den beruflichen und persönlichen Qualitäten und dem Engagement der Akteure zu verdanken. Neben ihren Präventionsaktionen sind sie auch die Wortführer der am stärksten marginalisierten Gruppen und tragen zu deren Empowerment bei. Sollten ausreichend organisierte und stabile Strukturen innerhalb der Gemeinschaften fehlen, sind sie die einzigen Akteure, die imstande sind, diesen Bevölkerungsgruppen im sozialen und politischen System eine Stimme zu geben.

Besondere Einrichtungen für gewisse Zielgruppen: Niederschwellige Einrichtungen und allgemeine Strukturen für Drogenkonsumierende

Für Drogenkonsumierende besteht kein nationales Programm, jedoch gezielte Interventionen, die von spezifischen (niederschwellige Einrichtungen, Therapien) oder unspezifischen Einrichtungen (Apotheken, Gefängnissen) durchgeführt werden. Die spezifischen Einrichtungen werden in der Regel durch die Kantone oder die Städte finanziert. Diese Vielfalt an Interventionsstellen garantiert prinzipiell eine gute Abdeckung.

Bei schwer zu identifizierenden Zielgruppen muss auf das Netzwerk der Fachleute gezählt werden

Das Präventionsangebot lässt sich in der Praxis nicht auf einzelne, spezifische Massnahmen und Interventionen reduzieren. Ebenso müssen dynamische Elemente berücksichtigt werden, wie z.B. die interinstitutionelle Zusammenarbeit und die gegenseitigen Überweisungen, welche zusammen ein Interventionsnetzwerk bilden. In einigen Fällen wird die Abdeckung durch das Netzwerk und nicht durch einzelne Interventionen gewährleistet. Aus diesem Grund stellen die Dichte, die Verschiedenartigkeit und die Reaktionsfähigkeit der Interventionsnetzwerke sowie das Vorhandensein eines « harten Kerns » von Präventionsfachleuten für HIV/Aids innerhalb dieser Netzwerke ebenso Voraussetzungen dar, von denen die Nutzung und die Angemessenheit des Angebots abhängen.

Die gefährdeten Jugendlichen bilden diesbezüglich einen beispielhaften Fall. Sie repräsentieren kein stabiles und homogenes Bevölkerungssegment, sondern zeichnen sich vor allem durch ihren Weg in die soziale Ausgrenzung aus. Es wird allgemein angenommen, dass diese Jugendlichen durch das traditionelle Sicherheitsnetz (Familie, Schule, Arbeit, Wohnung usw.) gefallen sind. Sich selber überlassen, sind sie nicht nur schwierig zu erreichen, sondern es ist auch schwer, ihnen zu helfen. Aus soziologischer Sicht fallen sie unter keine vordefinierte oder bestehende Kategorie und bieten daher auch keine Veranlassung für eine klar umrissene Aktion. Da formal kein HIV/Aids-Präventionsprojekt existiert, das sich speziell an sie wendet, ist ihre Betreuung innerhalb des Netzwerkes der Fachleute, mit denen sie während ihrer Laufbahn in Kontakt treten können, nicht klar bestimmt. Die Prävention hängt bei dieser Gruppe stark von der Aufmerksamkeit ab, welche die Akteure einem Thema (HIV-Infektion) widmen können, das eigentlich nicht das Hauptmotiv einer Interaktion darstellt.

Abdeckung der Präventionsaktionen: Ungleichmässig und selektiv

Die Abdeckung durch Präventionsaktionen ist auf nationaler Ebene ungleichmässig. Auch wenn einige der Instrumente allgemein verbreitet sind, findet doch die Mehrheit der Präventionsaktionen im mehrheitlich lokalen Tätigkeitsbereich statt. Diese Situation spiegelt sich in der Bedürfniskonzentration an einigen Standorten wider (Treffpunkte für homosexuelle Kontakte, Prostitutions- und Drogenkonsumszenen sind in allererster Linie städtische Phänomene). Sie kann auch aus mehreren Faktoren resultieren, welche die Entwicklung von Präventionsaktionen behindern. Die Mehrheit der lokalen oder regionalen Akteure ist in jedem Fall mit der Knappheit der Ressourcen konfrontiert und muss aus diesem Grund ihre Interventionen auf Kosten der Abdeckung der vorhandenen Bedürfnisse mehr oder weniger begrenzen, insbesondere diejenigen für die am schwierigsten zu erreichenden Bevölkerungssegmente, die ein grosses Engagement benötigen würden (zeitlich, menschlich und infolgedessen auch finanziell).

MÄNNER, DIE SEX MIT MÄNNERN HABEN (MSM)

Initiative	Interventions-modalitäten	Akteure	Leistungen	Abdeckung
Nationales Programm MSM	• Internetseite www.drgay.ch	• AHS	• Anonyme und individuelle Beratung (drei Landessprachen)	• Gesamtschweizerisch • Jederzeit online abrufbar
	• Outreachworker (manchmal unterstützt durch Freiwillige)	• AHS und regionale Aids-Hilfen	• An den anonymen Treffpunkten - Anonyme und individuelle Beratung - Abgabe von Präventionsmaterial • An kommerziellen Orten der Schwulenszene - Anonyme und individuelle Beratung - Präventionsmaterial - «Sensibilisierung» der Betreiber von diesen Orten und deren Kunden	• Mehrheitlich in den Städten • Je nach Kanton regelmässige Präsenz, jedoch mit grossen zeitlichen Abständen • Mehrheitlich im städtischen Milieu • Allgemein gute Abdeckung
NGO-Projekte	• Telefonzentrale (Rainbow Line) / deutsch	• Pink Cross (Koordination)		• In der gesamten Deutschschweiz • An sechs von sieben Tagen besetzt
	• Telefonzentrale (Rainbow Line) / französisch	• Vogay / Pink Cross (Koordination)	• Zuhören, anonyme und individuelle Beratung, Orientierung im Aids-Netzwerk	• In der gesamten Romandie • An sechs von sieben Tagen besetzt • Während der Referenzperiode teilweise unterbrochen, anschliessend erfolgte eine Reorganisation
	• Telefonzentrale (Linea gay Ticino) / italienisch	• Pink Cross		• Tessin • Mehr oder weniger ständig besetzt (Natel)
	• Selbsthilfegruppen junger Homosexueller	• Autonome Gruppen junger Homosexueller • Regionale Aids-Hilfen	• Unterstützung durch «Gleiche an Gleiche», Aufbau einer Identität • Prävention der STI ¹⁵ (sekundäres Ziel)	• Mehrheitlich in den Städten • In der Deutschschweiz: Interventionen bei den Coming-Out-Tagen (über den Dachverband Diagonal)
	• Interventionen an Schulen	• Fachgruppe Jugend und Schule / Aiuto Aids Ticino	• Sensibilisierung für die Probleme junger Homosexueller an Schulen	• Deutschschweiz: Je nach Stadt rel. gute Abdeckung • Romandie: Abdeckung über Ausbildungsgruppe • Tessin: Pilotinterventionen

¹⁵ STI = Sexually Transmitted Infections (sexuell übertragbare Infektionen).

Feststellungen

- Die Bereitstellung von Präventionsmaterial in der Schwulenszene (Saunas, Clubs usw.) ist von äusserster Wichtigkeit, da diese Kontakte in einem Umfeld stattfinden, in dem die Risiken einer HIV-Infektion potenziell hoch sind. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt besteht jedoch diesbezüglich keine Regelung.
- Obwohl sie in der Regel von den Betreibern der Lokale (alle Kategorien) begrüsst werden, sind die Präventionsaktionen nicht immer genügend sichtbar. Beschränken sie sich ausschliesslich auf eine passive Verteilung von Material, kann ihre Wirksamkeit darunter leiden.
- Durch Interventionen an anonymen Treffpunkten kann eine heterogene MSM-Bevölkerungsgruppe erreicht werden, welche die Anonymität sucht und anderweitig nicht erreichbar wäre.
- Bei den jungen Homo- und Bisexuellen ist HIV/Aids eines von einer ganzen Reihe von Anliegen. Das Durchbrechen der Isolation, die Errichtung eines Hilfs- und Sozialnetzwerks, die Aneignung von positiven Identifikationsmodellen und der Aufbau einer eigenen Identität spielen dabei eine wichtige Rolle. Die Interventionen der Homosexuellenvereinigungen rund um die HIV/Aids-Prävention decken nicht die gesamte Problematik ab. Sie setzen voraus, dass die Betroffenen sich zuvor ein gewisses Identitätsempfinden angeeignet haben. Junge Homo- und Bisexuelle können jedoch häufig erst nach einer Periode der Unschlüssigkeit und der psychischen Notlage auf diese Ressourcen zurückgreifen.

PROSTITUIERTE

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

IUMSP/UEPP

Feststellungen

- Das Milieu der Prostitution ist sehr heterogen. Ein Teil der Prostituierten wird mit den Präventionsinterventionen nicht erreicht (Schwierigkeit, z.B. die in Salons arbeitenden Prostituierten zu erreichen).
- Der gesetzliche Rahmen schränkt die Möglichkeiten der Präventionsakteure, Zugang zu den Prostituierten zu erhalten, ziemlich stark ein, vor allem diejenigen aus dem Ausland.
- Das Erreichen des Zielpublikums wird mindestens durch drei Faktoren erleichtert: Die aktive Unterstützung der Gesundheitsbehörden, die Zusammenarbeit mit den Betreibern von kommerziellen Sexbetrieben und die Dauerhaftigkeit/der Bekanntheitsgrad der Interventionen. Die Wirksamkeit der Interventionen hängt zudem von ihrem Bekanntheitsgrad ab, dieser erlaubt den relativ schnellen Aufbau eines Vertrauensverhältnis mit dem Zielpublikum und wägt die Schwierigkeiten teilweise auf, welche die hohe Fluktuation der ausländischen Sexarbeiterinnen mit sich bringt.
- Die HIV/Aids-Prävention steht nicht unbedingt im Mittelpunkt der Anliegen der Sexarbeiterinnen. Sie sind meistens mit einer Vielzahl von juristischen, sozialen und gesundheitlichen Problemen konfrontiert. In Rahmen von Angeboten, die auf diese verschiedenen Probleme ausgeweitet sind, findet die HIV-Prävention am ehesten ihren Platz und wird akzeptiert.
- Die Wirksamkeit der Interventionen hängt von einem längerfristigen Engagement ab, das sich mit der kurzfristig angelegten Finanzierungsart nicht vereinbaren lässt.

MÄNNLICHE PROSTITUIERTE (MSW)

Initiative	Interventions-modalitäten	Akteure	Leistungen	Abdeckung
Nationales Programm MSW	<ul style="list-style-type: none"> • Outreachworker 	<ul style="list-style-type: none"> • Regionale Aids-Hilfen 	<ul style="list-style-type: none"> • Information, Beratung, psychosoziale Begleitung, medizinische Behandlung (nur in ZH) 	<ul style="list-style-type: none"> • Projekt in fünf Städten (ZH, BS, GE, LU und BE; wurde 2000 jedoch unterbrochen), das einen Grossteil der Schweizer «Szene» der männlichen Prostitution repräsentiert... wenigstens der sichtbarste Teil davon
	<ul style="list-style-type: none"> • Internetseite www.malesexwork.ch www.malesexwork.net 	<ul style="list-style-type: none"> • AHS und Aids-Hilfe Genf 	<ul style="list-style-type: none"> • Information, Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtschweizerisch • Rund um die Uhr zugänglich

IUMSP/UEPP

Feststellungen

- Es ist schwierig, eine verlässliche Diagnose der lokalen Situation im Bereich der männlichen Prostitution (Settings, Ausmass und Entwicklung des Phänomens) für Regionen zu erstellen, in welchen das MSW-Programm nicht eingeführt wurde.
- In einigen Städten, in denen das MSW-Programm nicht eingeführt wurde, existieren lokale und wenig bekannte Szenen der männlichen Prostitution. Die Männer, häufig Drogenkonsumierende, die hier ihre Kundschaft finden, kommen vermutlich nicht in den Genuss einer ihrer Situation angepassten Intervention.
- Sexuelle Dienste gegen Entgelt werden vermutlich in Saunen oder Sex-Clubs konsumiert. Es ist jedoch nicht bekannt, welche Haltung die Betreiber dieser Sexbetriebe dazu einnehmen und wie sie dabei vorgehen.

DROGENKONSUMIERENDE

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

IUMSP/UEPI

Feststellungen

- Die Schweiz verfügt über ein breites und stabiles Netz von Einrichtungen, die zur Prävention der Übertragung des HIV auf dem Injektionsweg bei Drogenkonsumierenden beitragen. In der Schweiz werden schätzungsweise 500'000 Spritzen pro Monat abgegeben oder verkauft. Die zur Verfügung stehenden Daten (niederschwellige Einrichtungen) deuten auf eine Stabilisierung bei der Abgabe von Injektionsmaterial hin. Die unhomogene territoriale Abdeckung des Leistungsangebots sowohl bezüglich Quantität wie auch Qualität birgt jedoch noch ein Verbesserungspotenzial in sich. Dies ist besonders dann notwendig, wenn die Prävention der Übertragung von HIV und vor allem von Hepatitis C noch verbessert werden soll.
- Das eingeführte System für das nationale Monitoring der Spritzenabgabe funktioniert und ist nützlich, um die Abdeckung der Präventionsaktivitäten zu messen. Es fehlt indes noch ein regelmässiges Monitoring des Angebots in der Apotheke, um diese Massnahme vervollständigen zu können.
- Die Präventionsaktivitäten bezüglich der sexuellen HIV-Übertragung sind in den niederschweligen Einrichtungen unvollständig dokumentiert und sind offenbar noch ungenügend.

MIGRANTEN

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

IUMSP/UEPP

Feststellungen

- Die Migranten waren bereits sehr früh Gegenstand einer besonderen Aufmerksamkeit in der HIV/Aids-Präventionsstrategie. Es geht dabei darum, ihnen einen gleichwertigen Zugang zur Prävention sicherzustellen, unter Berücksichtigung ihrer soziokulturellen Besonderheiten und indem ihnen angepasste Interventionen angeboten werden. Die Lancierung einer Migrations- und Gesundheitsstrategie, die sämtliche medizinischen Anliegen des Migrationsphänomens in sich vereinte, war ein wichtiger Fortschritt. Das inhärente Risiko dieser Globalisierung der Gesundheitspolitik ist im Umstand zu suchen, dass spezifische Aktivitäten in der HIV/Aids-Bekämpfung in den allgemeineren Interventionen verwässern, ja sogar verschwinden könnten.
- Ohne angepasste Interventionen wird die Bevölkerungsgruppe der Migranten aus den Ländern der Sub-Sahara weiterhin einen unverhältnismässig hohen Tribut in der HIV/Aids-Epidemie zahlen. Die Schaffung eines besonderen Programms mit geeigneten Interventionsmitteln kann die allgemeineren Interventionen vervollständigen.

GEFÄHRDETE JUGENDLICHE

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

IUMSP/UEPP

Feststellungen

- Die HIV/Aids-Prävention bei gefährdeten Jugendlichen beruht auf einem Netzwerk von Akteuren, welche direkten Zugang zu dieser Bevölkerungsgruppe haben. Innerhalb dieses Netzwerks garantieren die auf HIV-Prävention spezialisierten Fachleute die Bereitstellung besonderer Leistungen, auf welche die anderen Mitglieder des Netzwerks zurückgreifen können.
- Zu Beginn ihres Wegs in die soziale Ausgrenzung werden die gefährdeten Jugendlichen innerhalb des Schulsystems erkannt. Sie werden an besondere Schulklassen oder an Institutionen verwiesen, in denen sie für die HIV-Präventionsfachleute noch leicht erreichbar sind. Dies gilt ebenfalls für jugendliche Migranten ohne Aufenthaltserlaubnis.
- Die meisten der gefährdeten Jugendlichen zeigen Verhaltensweisen oder befinden sich in Lebenssituationen, die sie dem Risiko einer HIV-Infektion aussetzen. Dies gilt insbesondere für Risiken infolge missbräuchlichem Alkoholkonsum, dem Einfluss der kulturellen Herkunft auf ihr Sexualverhalten und dem unangebrachten Wechsel vom Präservativ zur Pille allein.

MENSCHEN MIT HIV/AIDS

Initiative	Interventionsmodalitäten	Akteure	Leistungen	Abdeckung
Medizinische Betreuung von HIV-positiven Personen	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Formelle Verfahren¹⁶, welche bei der Betreuung der Patienten durch die SHCS angewandt werden 	<ul style="list-style-type: none"> • In öffentlichen oder privaten medizinischen Einrichtungen tätige Personen 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Beratung (Prävention) • Psychosoziale Unterstützung • Behandlung und Betreuung 	<ul style="list-style-type: none"> • Breite Abdeckung, insbesondere aufgrund der Intensität der Kontakte durch die medizinische Betreuung
Lokale NGO-Projekte ¹⁷	<ul style="list-style-type: none"> • Psychosoziale Fachleute 	<ul style="list-style-type: none"> • NGO • Aids-Hilfen 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Beratung • Abgabe von relevanter Information • Unterstützung 	<ul style="list-style-type: none"> • Praktisch in jedem Kanton
Nationale NGO-Projekte	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenstellung und Abgabe von Informationsmaterial • Internetseite 	<ul style="list-style-type: none"> • AHS 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Beratung (via Internet) • Herstellung und Bereitstellung von Informationsmaterial 	

¹⁶ Fragebogen.

¹⁷ Es ist hier ausschliesslich von der HIV-Prävention und nicht von anderen, von den Aids-Hilfen entwickelten Aktivitäten die Rede.

Feststellungen

- Im Spitalmilieu schaffen die formellen Verfahren, die Routine und der Gebrauch von spezifischen Anamnesefragebögen für HIV-positive Personen günstige Bedingungen für eine gezielte und individuelle Präventionsberatung.
- HIV-positive Migranten aus einigen Ländern stellen grosse Informations- und Kommunikationsprobleme. Diese ungelöste Problematik ist dergestalt, dass sie den Zugang zur medizinischen Behandlung und damit zur Präventionsberatung verringert. Diese Problematik muss durch eine koordinierte Aktion gelöst werden.
- Die Risiken einer Stigmatisierung und der Ächtung sind innerhalb gewisser Migrantengemeinschaften beträchtlich. Umso mehr gefährden diese Risiken den Zugang der HIV-positiven Migranten zu einer medizinischen Behandlung.

EBENE III: DIE HIV/AIDS-PRÄVENTION IN DER ARZTPRAXIS

Die medizinische Konsultation stellt den Prototyp der Präventionsinterventionen der Ebene III dar. Im Rahmen dieser Konsultation wird eine besonders qualifizierte und glaubwürdige Fachperson aus dem Gesundheitsbereich einem Patienten gegenübergestellt, dessen persönliche Situation in einigen Fällen die Wiederaufnahme und die Vertiefung der an die Allgemeinbevölkerung gerichteten Präventionsbotschaften verlangt.

Mehrere Evaluationen wurden der HIV/Aids-Prävention bei den Hausärzten gewidmet¹⁸ (1990, 1995, 2002). Sie zeigen auf, dass die Ärzte weiterhin der praktisch einhelligen Ansicht sind, dass eine Weiterverfolgung einer primären Präventionsaktivität bei ihrer Beratung sehr wichtig sei.

PRÄVENTIVE PRAKTIKEN

Die Qualität und die Wirksamkeit der ärztlichen Präventivberatung beruhen teilweise auf der Sorgfalt, mit der bei der Anamnese des Patienten das Vorhandensein möglicher Risikoexpositionen festgestellt wird. In einer auf die HIV/Aids-Prävention ausgerichteten Interventionsperspektive sind Informationen über die sexuelle Aktivität und den Drogenkonsum unabdinglich.

Für die Ermittlung der in einer derartigen Situation behandelten Themen wurde das Beispiel der Anamnese eines jungen Erwachsenen verwendet, der nicht wegen eines Notfalls den Arzt konsultiert. Einige Bereiche werden systematisch von fast allen Ärzten befragt. Diejenigen Bestandteile einer Anamnese, die eine mögliche HIV-Exposition ans Licht bringen würden, werden hingegen weit weniger häufig behandelt.

- Fragen über den Konsum von Tabak und Alkohol, über sportliche und berufliche Aktivitäten werden von mehr als neun von zehn Ärzten routinemässig gestellt.
- Fragen über Drogensucht und Empfängnisverhütung werden von zwei Dritteln aller Ärzte gestellt (von 71 % bzw. 62 %).
- Eine Sexualanamnese wird nur von der Hälfte der Ärzte erstellt (48 %). Diejenigen Ärzte, welche eine Sexualanamnese erstellen, interessieren sich vor allem für die verwendete Schutzmethode gegen HIV und weniger für die sexuelle Orientierung und für die Sexualpraktiken:
 - 84 % der Ärzte stellen routinemässig Fragen zur Schutzmethode gegen HIV;
 - 57 % erkundigen sich über die sexuelle Orientierung des Patienten und 49 % über die Anzahl seiner Sexualpartner;
 - 33 % weiten ihre Anamnese auf die Sexualpraktiken aus.

Die Ärzte haben ihre Gewohnheiten bezüglich der Sexualanamnese seit 1995 praktisch nicht verändert.

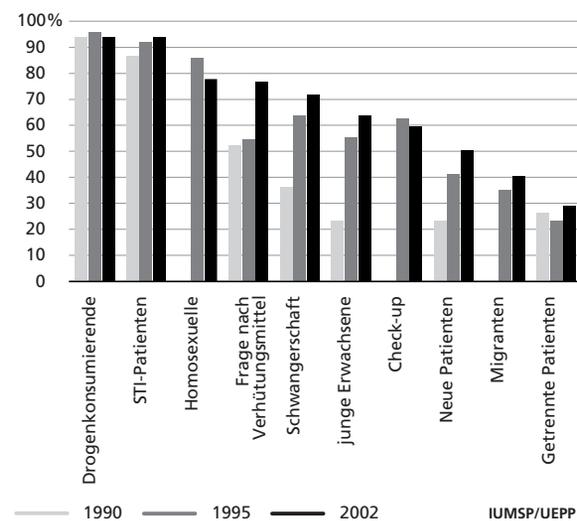
¹⁸ Praktizierende Ärzte ohne FMH-Titel, Allgemeinpraktiker FMH, Internisten, Gynäkologen, Dermatologen und, 2002, Infektiologen.

Je nach Patient oder Situation haben die Ärzte eine differenzierte Haltung bei der Nachforschung nach einer allfälligen HIV-Risikoexposition. Patienten, die «explizit» auf die Möglichkeit hinweisen, mit dem HIV in Kontakt getreten zu sein (z.B. Drogenkonsumierende), ziehen zuerst ihre Aufmerksamkeit auf sich. «Neutralere» Patienten oder Situationen (Jugendliche, Check-up, neuer Patient) kommen weniger in den Genuss einer derartigen Nachforschung, ohne deshalb jedoch vernachlässigt zu werden. Migranten und Patienten, die sich von ihrem Partner getrennt haben, sind schliesslich seltener Gegenstand einer derartigen Vorgehensweise (Abbildung 11).

Das Verhalten der Ärzte bei der Abklärung einer möglichen HIV-Risikoexposition hat sich im Laufe der Jahre weiterentwickelt. 1990 galt ihre Aufmerksamkeit im Wesentlichen den Personengruppen, welche im «klassischen» Sinne als Risikogruppen galten. Zwölf Jahre später zeigen sie sich gegenüber der Situation der Allgemeinbevölkerung (Wunsch nach Empfängnisverhütung, Jugendliche, Check-up, neuer Patient und – weniger ausgeprägt – Migrant) sehr viel aufmerksamer. Zwischen 1995 und 2002 lässt sich jedoch ein leichter Rückgang auf der Ebene der Risikoanamnese bei homosexuellen Patienten beobachten (Abbildung 11).

Abbildung 11

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



Anmerkung: Die Kategorien «Check-up» und «Migranten» kamen in der Studie von 1990 nicht vor.

Die Kategorie «Homosexuelle» erfuhr im Vergleich zu 1990 eine Änderung, ein Vergleich ist deshalb mit diesem Jahr nicht möglich.

Anlässlich des Testes ergibt sich die Gelegenheit für eine HIV-Präventionsberatung. Durch die vorausgegangene Beratung können die Grenzen des Tests aufgezeigt («Fensterperiode»), die Risikoexposition des Patienten ermittelt, seine Kenntnisse überprüft, die Folgen des Testes diskutiert und Ratschläge bezüglich der zu treffenden Vorsichtsmassnahmen übermittelt werden. Beinahe alle Ärzte (96 %) haben in den sechs Monaten vor der Studie mindestens einen Test verordnet. Die verschiedenen Themen werden bei einer Beratung nicht alle routinemässig erwähnt:

- Nur die Frage nach der Validität des Testes («Fensterperiode») wird von mehr als der Hälfte der Ärzte systematisch angesprochen;
- mehr als ein Zehntel aller Ärzte erwähnt die Grenzen der Validität des Testes weiterhin nie oder nur selten;
- jeder fünfte Arzt fragt nicht oder nur selten nach den Risiken, denen sich der Patient ausgesetzt hat;
- jeder vierte Arzt ermittelt die Kenntnisse des Patienten nicht oder nur selten;
- jeder sechste Arzt erwähnt keine Schutzvorkehrungen oder macht dies nur selten.

Das Verhalten der Ärzte bei der Beratung vor dem Test (Häufigkeit der verschiedenen behandelten Themen) veränderte sich zwischen 1995 und 2002 nicht.

Die Hälfte der Ärzte (48 %) wurde mindestens einmal in einer Situation konsultiert, in der die Verabreichung einer Postexpositionsprophylaxe (PEP)¹⁹ in Frage kam, davon 35 % innerhalb der zwölf Monate vor der Studie.

¹⁹ Sehr rasche Verordnung einer Therapie des Typs HAART nach einer vermuteten HIV-Exposition.

Die Hälfte, die mit einer solchen Situation konfrontiert waren, verwiesen ihren Patienten an ein spezialisiertes Zentrum, die übrigen analysierten die Situation, entschieden dann alleine über eine Indikation oder liessen sich beraten.

ENGAGEMENT DER FREI PRAKTIZIERENDEN ÄRZTE IN DER BETREUUNG VON PATIENTEN MIT HIV/AIDS

Im Jahre 2002 betreute zum Zeitpunkt der Studie etwas mehr als die Hälfte der Ärzte (55 %) mindestens einen HIV-positiven Patienten (durchschnittlich 3.8; Median 1):

- 6 % der Ärzte übernahmen die integrale Verantwortung für die HAART eines oder mehrerer Patienten;
- 35 % sind bei mindestens einer HAART mitverantwortlich;
- 14 % betreuen HIV-positive Patienten nur in ihrer Funktion als Hausarzt.

Aus den Daten der Studie lässt sich der Schluss ziehen, dass zwischen 208 und 533 Schweizer Ärzte «alleinverantwortlich» für eine HAART sind und zwischen 2420 und 5902 Patienten unter der ausschliesslichen Obhut eines frei praktizierenden Arztes mit einer HAART behandelt werden.

Auch wenn die Ärzte bei dieser Betreuung stark beansprucht werden, erachtet es immer noch jeder achte Arzt (12 %) als «selbstverständlich, die Betreuung eines HIV-positiven Patienten zurückweisen zu dürfen, um seine eigene Gesundheit und die seiner Mitarbeiter zu schützen». Diese Haltung nimmt leicht, jedoch konstant, ab (1990: 17 % und 1995: 14 %).

BETREUUNG VON HIV-POSITIVEN PATIENTEN IN DER ARZTPRAXIS

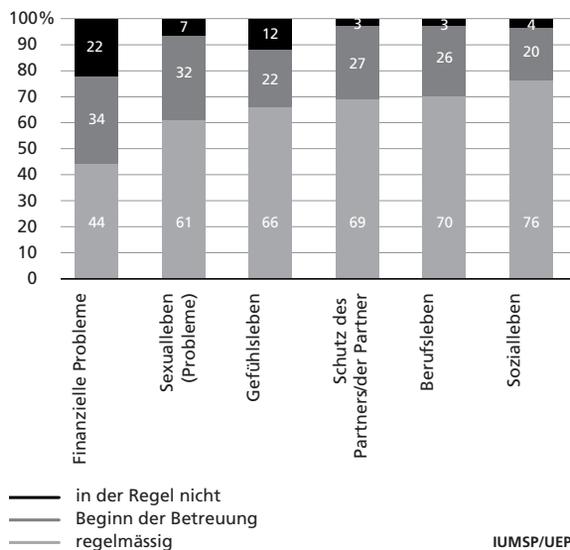
Fast alle Ärzte, die eine HAART verordnen, widmen der Information vor dem Beginn einer derartigen Behandlung besondere Aufmerksamkeit. Dadurch sind die Patienten in der Lage, ihr Einverständnis wirklich aufgeklärt zu formulieren. Hat die Behandlung einmal begonnen, erkundigt sich die grosse Mehrheit der Ärzte nach den Nebenwirkungen der Medikamente (94%), über die durch die Komplexität der Behandlung hervorgerufenen Probleme (84%) und über die Adherence des Patienten (88%). Nur zwei Drittel hingegen interessieren sich für die Auswirkungen der Behandlung auf das Familien- und Berufsleben (jeweils 61% und 66%).

Die Ärzte, die in irgendeiner Weise HIV-positive Patienten betreuen, schenken den verschiedenen Aspekten des Alltagslebens dieser Patienten keine besondere Beachtung.

- Zwischen zwei Drittel und drei Viertel aller Ärzte informieren sich regelmässig über das soziale und berufliche Leben, das Gefühls- und das Sexualleben, sowie über die Schutzgewohnheiten ihrer HIV-positiven Patienten.
- Etwas weniger als die Hälfte kümmert sich um das Auftreten möglicher finanzieller Probleme.
- Ein Drittel der Ärzte informiert sich lediglich zu Beginn der Betreuung über das Sexualleben ihrer Patienten und ein Viertel über das Gefühlsleben und über Fragen im Zusammenhang mit dem Schutz; diese Ärzte verfügen daher über keine Angaben zur Entwicklung eines gesundheitlichen Problems, das länger andauert und bei dem gewisse Folgen nicht auf Anhieb in Erscheinung treten.

- 12% bzw. 7% der Ärzte informieren sich nie über das Gefühls- und Sexualleben ihrer Patienten und 22% kümmern sich nicht um finanzielle Probleme, die auftreten können (Abbildung 12).

Abbildung 12
Häufigkeit, mit der sich Ärzte, die HIV-positive Patienten betreuen, über verschiedene Aspekte ihres Lebens erkundigen



IUMSP/UEPP

SYNTHESE DER UMSETZUNG AUF DEN DREI EBENEN: ABDECKUNG

Tabelle 4 zeigt in Form einer Übersicht den Abdeckungsgrad der Präventionsaktivitäten auf allen drei Ebenen.

Tabelle 4

Überblick über die Abdeckung nach Präventionsaktivität auf den drei Ebenen

Ebene	Zielgruppe	Abdeckung	Anmerkungen
I	Allgemeinbevölkerung	++	Gute Sichtbarkeit und Akzeptanz. Das Logo der Kampagne transportiert das Wesentliche der Präventionsbotschaft.
	Schüler (≤16-jährig)	+	Praktisch überall, Intensität und Qualität jedoch sehr unterschiedlich.
	Schüler (>16-jährig)	+/-	Unregelmässig. Hängt vom guten Willen der Schulverantwortlichen ab.
II	MSM	+	Prävention vor allem in städtischem Milieu vorhanden.
	Junge MSM	+/-	Bei den jungen Homosexuellen noch unzureichend.
	Drogenkonsumierende	+ / ++	Die Abgabe und der Verkauf von Spritzen konzentrieren sich in den städtischen Zentren und sind in einigen Kantonen noch unzureichend. Die HIV-Sexualprävention ist weniger allgemein verbreitet.
	Prostituierte	+/-	Mehrere Segmente des Prostitutionsmilieus bleiben für die Akteure unerreichbar.
	Sexworker (MSW)	+	Interventionen konzentrieren sich auf einige Städte.
	Migranten	-	«Verwässerte» HIV/Aids-Prävention im Rahmen der üblichen Gesundheitsversorgung. Einige besonders exponierte Gruppen (z.B. Migranten aus Ländern der Sub-Sahara) sind wahrscheinlich noch ausgeschlossen von Präventionsaktivitäten, die an ihre Vorstellungen und Bedürfnisse angepasst sind.
	Gefährdete Jugendliche	+/-	Keine spezifischen Präventionsmassnahmen. Die Aktionen hängen stark von der Aufmerksamkeit von Fachleuten aus verschiedenen Bereichen (Schule, Gesundheits- und Sozialbereich), die als Netzwerk handeln, ab.
Menschen mit HIV/Aids	+/-	Potenziell sehr breit: Ein Grossteil der HIV-positiven Personen wird von Ärzten betreut. In einigen besonderen Zielgruppen ist die Abdeckung hingegen ungenügend (z.B. Migranten). Die Behandlung des Themas der Sexualität bei der Konsultation kann sich jedoch als schwierig erweisen. Die Verwendung systematischer Verfahren (im stationären Sektor häufig der Fall) ermöglicht einen leichteren Einstieg in das Thema. Diese Verfahren werden jedoch von frei praktizierenden Ärzten selten eingesetzt. Bei diesen bleibt die Reaktionsfähigkeit auf die von ihren Patienten angesprochenen Probleme der wichtigste Garant für die Wirksamkeit der Präventionsaktion.	
III	Ärzte	+/-	Präventionstätigkeit ist in den Arztpraxen potenziell gut. Lücken sind noch auf der Ebene der systematischen Risikoanamnese und der mit dem Test verbundenen Beratung vorhanden.

BILANZ UND PERSPEKTIVEN

ENTWICKLUNG DER EPIDEMIE

Dieses Kapitel enthält eine Situationsanalyse der Epidemie. Es stützt sich auf Verhaltensdaten, die bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen gesammelt wurden, auf eine Literaturschau für bestimmte Sondergruppen und auf die Daten des epidemiologischen Überwachungssystems für HIV und STI.

Man kann sagen, dass die Allgemeinbevölkerung gut über HIV/Aids und die entsprechenden Schutzvorkehrungen Bescheid weiss. Dies erklärt sich durch die Intensität, die Kontinuität und die breite Abdeckung der Medienkampagnen, der Aktivitäten in der Schule und ganz allgemein der sozialen Mobilisierung.

Seit 1987 kann man eine tiefgreifende Verhaltensänderung in Richtung eines verstärkten Schutzverhaltens beobachten. Der Gebrauch von Präservativen hat allgemein ein hohes Niveau erreicht, obwohl je nach Altersklasse Unterschiede festzustellen sind. Seit 1992 zeichnet sich jedoch eine Stabilisierung ab. Die neuesten Daten (2000) lassen mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit darauf schliessen, dass diese Stabilität andauert. Es deutet nichts auf einen nachlassenden Präservativgebrauch hin. Dennoch ist angesichts der jüngsten Entwicklungen des epidemiologischen Umfelds (Entwicklung der neuen Fälle von HIV und STI, international zu beobachtendes Wiederaufflammen der Epidemie) Vorsicht angebracht. Zudem muss man berücksichtigen, dass es kleinere Untergruppen der Gesamtbevölkerung gibt, die von den Umfragen nicht erfasst werden, sei dies aufgrund ihrer Ausgrenzung,

der Unmöglichkeit, sie telefonisch zu erreichen, oder der Tatsache, dass sie keine der Landessprachen beherrschen und ihre Verhaltensweisen daher nur ungenügend dokumentiert sind. Und schliesslich darf man nicht vergessen, dass nebst der Gesamtentwicklung auch grosse individuelle Schwankungen auftreten.

Die neuesten Daten zum Schutzverhalten bei den jungen Menschen (SMASH-Studie) sowie die Entwicklung der Präservativverkäufe lassen keinerlei Anzeichen für ein Nachlassen erkennen und bestätigen diesen Trend zu einer Stabilisierung. Diese im Jahr 2002 gesammelten Daten beziehen sich auf einen Zeitraum, der durch eine Neulancierung der HIV/Aids-Thematik in der Presse, durch die Mitteilungen des BAG sowie durch die Kampagnen geprägt ist. Diese haben seit Ende 2001 vor einem Wiederaufflammen der Epidemie in den entwickelten Ländern gewarnt und die Aufmerksamkeit auf die Katastrophe in den Entwicklungsländern gelenkt.

Die Angaben über die Verhaltensweisen in spezifischen Bevölkerungsgruppen zeigen ein differenziertes Bild.

Bei den Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), konnte man seit 1997 ein Nachlassen des Schutzes mit den Gelegenheitspartnern²⁰, eine Stabilisierung auf einem noch ungenügenden Schutzniveau mit den festen Partnern (in Anbetracht des Mangels an

²⁰ Entwicklung, die im Jahr 2000 statistisch signifikant wurde.

wirksamen Schutzstrategien innerhalb von Partnerschaften) und eine Zunahme der Anzahl Sexualpartner beobachten.

Obschon das Schutzniveau generell hoch geblieben ist, war dieses Nachlassen zweifellos als klares Vorzeichen für den jüngsten Anstieg der Anzahl neuer HIV-Fälle in dieser Bevölkerungsgruppe zu werten.

Bei den Personen, die Drogen intravenös konsumieren, könnte das jüngst zu verzeichnende leichte (nicht signifikante) Nachlassen des Schutzverhaltens durch Verzicht auf Spritzentausch und die Stabilisierung auf einem noch ungenügenden Schutzniveau in den sexuellen Beziehungen auf eine Zunahme der Übertragungen hindeuten – die jedoch bisher durch die epidemiologischen Daten nicht bestätigt wird – dies vor allem in bestimmten Städten, in denen die (Spritzen-) Tauschraten höher geblieben sind.

Bei den Menschen mit HIV ist das angestrebte Ziel eines Schutzniveaus²¹ von 90 % bei Sexualkontakten, das sich das nationale HIV/Aids-Programm für 2001 vorgenommen hatte, noch nicht erreicht.

Es herrscht ein Mangel an neueren Daten über die Migranten (über die Migranten, die aus den Ländern der Sub-Sahara stammen, sind sogar gar keine Angaben vorhanden) und über Personen, die sich prostituieren. Bei den Migranten ist der Bedarf nach Angaben über deren Kenntnisse und Verhaltensweisen besonders stark. Denn die epidemiologische Entwicklung zeigt, dass ein nicht zu vernachlässigender Teil der neuen, auf heterosexuellem Weg übertragenen HIV-Fälle bei den Personen zu verzeichnen sind, die aus den Ländern der Sub-Sahara²² stammen, oder bei den Partnern dieser Per-

sonen. Bei den Personen, die sich prostituieren, lassen die internationalen Daten auf ein hohes Schutzniveau durch das Präservativ sowie auf tiefe HIV-Prävalenzraten bei den professionellen Prostituierten schliessen. In anderen Segmenten der Prostitution ist die Situation hingegen weniger klar oder gar beunruhigend.

Die jüngste Entwicklung der neu gemeldeten HIV-Fälle muss vor dem Hintergrund dieser Verhaltensänderungen gedeutet werden. Daraus könnte man Hypothesen für die Zukunft entwerfen.

Die erste Frage, die sich stellt, betrifft die Konkordanz zwischen den Verhaltensdaten und den Daten des serologischen HIV-Überwachungssystems. Diese ist gut: Der Rückgang der Verhaltensweisen, die das Risiko einer HIV-Übertragung bergen, ist der Abnahme der Neuinfektionen um mehrere Jahre vorausgegangen. Die Entwicklung der Verhaltensweisen innerhalb der Gruppe der MSM und derjenigen der Drogenkonsumierenden gab einen frühen Hinweis darauf, was man derzeit bei diesen Bevölkerungsgruppen hinsichtlich neuer HIV-Fälle feststellt. Daher sollte die Überwachung der Verhaltensweisen in diesen Bevölkerungsgruppen fortgesetzt und auf weitere Zielgruppen erweitert werden (Migranten aus den Ländern südlich der Sahara, Prostituierte). Dieses Monitoring bildet eine Ergänzung zur Überwachung von HIV und anderen STI. Zusammen bilden sie den Kern eines Überwachungssystems der «zweiten Generation», das von der WHO/UNAIDS empfohlen wird.

²¹ Das ist die einzige «Bevölkerungsgruppe», für die ein Schutzniveau, das es zu erreichen gilt, festgesetzt wurde.

²² Man weiss jedoch nicht, ob diese Personen sich in der Schweiz oder in ihrem Herkunftsland mit dem HI-Virus infiziert haben.

Eine zweite Frage stellt sich bezüglich der Ausbreitung der Epidemie auf grössere Teile der Allgemeinbevölkerung oder mit anderen Worten auf die Möglichkeit einer allgemeinen Verbreitung der Epidemie. Die Daten über die Neuinfektionen zeigen einen Anstieg bei den Heterosexuellen (diese verzeichnen die proportional grösste Zunahme). Die Bedeutung dieser «neuen Angabe» muss jedoch relativiert werden. Die Heterosexuellen machen den Grossteil der Bevölkerung aus und man kann daher zu Recht erwarten, dass die Zahl der Infektionen in dieser Gruppe nach einer gewissen Zeit ansteigt (zahlenmässig, jedoch weniger anteilmässig). Der Anteil der infizierten Bevölkerung (8 auf 100'000 Einwohner) ist jedoch weit entfernt von der Quote²³, welche die Schweiz in die Gruppe der Länder mit hoher HIV-Prävalenz platzieren würde. Denn die heterosexuellen Neuinfektionen sind hauptsächlich auf kleinere Bevölkerungsgruppen konzentriert (Migranten aus den Ländern südlich der Sahara, Partner von Personen, bei denen die HIV-Infektion bereits diagnostiziert wurde usw.) sowie auf spezielle Bevölkerungsgruppen wie die MSM und die Drogenkonsumierenden. Wir haben es also immer noch mit einer konzentrierten Epidemie zu tun.

Zudem muss auch der Frage nachgegangen werden, wie der jüngste Anstieg der HIV-Neuinfektionen zu interpretieren ist. Ein Teil dieser Neuinfektionen sind tatsächlich Infektionen, die in jüngster Zeit erfolgt sind

(Primoinfektionen). Bei anderen handelt es sich hingegen um Infektionen, die in einem späteren Stadium entdeckt werden – bei einem grossen und stetig wachsenden Teil der Fälle gar erst dann, wenn sich Aids manifestiert. Man muss zudem beachten, dass die HIV/Aids-Epidemie aus mehreren Unterepidemien besteht (in verschiedenen Bevölkerungsgruppen) bzw. aus epidemischen Herden, die um einen Kern von Personen mit Risikoverhalten angeordnet sind²⁴. In mehreren spezifischen Bevölkerungsgruppen (MSM, i.v. Drogenkonsumierende) ist die HIV-Prävalenz hoch, aber noch stabil. Die HIV-Infektion befindet sich hier in einem endemischen Stadium und bei einem Nachlassen des Schutzverhaltens könnte es zu einer eigentlichen epidemischen Zunahme kommen, die jedoch auf die eine oder andere dieser Bevölkerungsgruppen begrenzt bliebe. Man weiss nichts über die Verbreitung von HIV und dessen Prävalenz in gewissen afrikanischen Volksgruppen südlich der Sahara. Daher ist es schwierig, die neuen Fälle als Beginn einer Epidemie in diesen Volksgruppen zu interpretieren.

Möglicherweise gibt es «Brücken» für ein stärkeres Eindringen der Infektion²⁵ in die «Allgemeinbevölkerung», d.h. bei den Personen, die nicht zu einer besonderen Bevölkerungsgruppe gehören (zum Beispiel den Sexualpartnern von i.v. Drogenkonsumierenden oder denjenigen von bisexuellen Männern). Man sollte dieses Problem aufmerksam weiterverfolgen. Gleichzeitig muss man jedoch auch festhalten, dass diese Brücken seit dem Beginn der HIV/Aids-Epidemie existiert haben und dass das hohe Schutzniveau, das man in der Allgemeinbevölkerung und in den besonderen Zielgruppen verzeichnet, eine massive Ausbreitung der Infektion verhindert hat. Auch wenn es HIV-Fälle bei Heterosexuellen gibt, deren einzige für die Infektion rele-

²³ 1 % bei den schwangeren Frauen in den grossen Städten.

²⁴ Wie dies in der Region von Lausanne beobachtet wurde, wo in einer Gruppe von Drogenkonsumierenden eine Reihe von neuen HIV-Fällen mit einem ganz besonderen Untertyp aufgetaucht ist.

²⁵ Sofern diese Personen keine Präventivmassnahmen ergreifen.

vante Charakteristik darin besteht, dass sie mehrere Partner haben. Sofern dieses generelle «Schutznetz» bestehen bleibt, ist kaum mit einem allgemeinen Wiederaufflammen der Epidemie zu rechnen. Hingegen könnte es sein, dass bei der Zahl der Neuinfektionen noch lange Zeit Schwankungen auftreten werden oder dass sich die Zahl der Neuinfektionen auf einem höheren Niveau einpendelt als das Ende der 1990er Jahre erreichte Niveau.

DYNAMIK DER UMSETZUNG DES NATIONALEN PROGRAMMS

Fortsetzung und Verankerung der HIV/Aids-Strategie

Das nationale Programm « HIV und Aids – 1999-2003 » folgt dem im Jahr 1993 veröffentlichten Handbuch « HIV Prävention in der Schweiz » vorgezeichneten Weg. Abgesehen von den Grundwerten, die dem Handbuch zugrunde liegen, schliesst das Programm Themen ein wie Gesundheitsförderung, « Normalisierung », internationaler Kontext, hochaktive antiretrovirale Therapien (HAART), internationale Zusammenarbeit und Qualitätssicherung.

Dieses Programm ist eine in den helvetischen Vollzugsföderalismus eingebettete öffentliche Politik. Es legt den Akzent auf die Subsidiarität und die Impulsgebung und bringt zahlreiche Akteure ins Spiel, die auf verschiedenen Ebenen (national, kantonal oder regional) intervenieren, ihre Tätigkeiten in unterschiedlichen Bereichen entfalten und nach ihren eigenen Plänen agieren. Aus den eigenständigen Entscheidungen der Akteure (das Engagement in eine bestimmte Richtung tragen, eine Zusammenarbeit einführen oder nicht usw.) resultieren zahlreiche Aktivitäten. Die allgemeinen Ausrichtungen dieses Programms lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Es legt den Schwerpunkt auf die Erhaltung des Erreichten und die Verankerung der bestehenden Aktivitäten;
- es legt für die Akteure des Bereichs HIV/Aids klare Zwecke und Ziele mit expliziten Richtlinien fest;
- hingegen lässt es die Fragen der Kompetenzaufteilung, der spezifischen Massnahmen oder Finanzierungsmodalitäten offen;
- es stellt eine Orientierungshilfe für die Aktionen und eine Planungshilfe für die lokalen Akteure dar;

- es dient als Legitimation für die auf regionaler Ebene umgesetzten Massnahmen und Finanzierungen.

Kontext der Umsetzung des nationalen Programms: Partizipation und Konsens

Die Erarbeitung des nationalen Programms 1999-2003 ist das Ergebnis einer breiten Vernehmlassung, an der die Bundesstellen, die Kantone, verschiedene überkantonale Strukturen zur Koordination der öffentlichen Politikbereiche, die Institute für Sozial- und Präventivmedizin sowie regierungsunabhängige Organisationen teilgenommen haben. Der Einbezug der Akteure, die mit HIV/Aids zu tun haben, hat dazu beigetragen, die Kompatibilität und die Koordination der bereits bestehenden Aktivitäten mit dem Programm zu gewährleisten.

Unter den Akteuren findet die Strategie des BAG einen breiten Konsens. Auf gesamtschweizerischer Ebene wie auch auf Ebene der untersuchten Kantone kommt der « Koalition », bestehend aus den wichtigsten HIV/Aids-Akteuren auf Ebene des Bundes, der Kantone und der NGO, eine Vorrangstellung zu; sie genießt bei der Ausarbeitung und der Umsetzung der Gesundheitspolitik in diesem Bereich faktisch die Autorität.

Dies alles lässt vermuten, dass die Gesundheitspolitik im Bereich HIV/Aids beim Publikum auf breite Zustimmung stösst. Die Akzeptanz der STOP AIDS-Kampagne ist bemerkenswert. Diese wird weiterhin in hohem Masse wahrgenommen. Über 90 % der Bevölkerung wünschen, dass sie fortgesetzt wird. Die Massnahmen zur HIV/Aids-Prävention bei den Drogenkonsumierenden (vor allem durch die Versorgung mit sterilem

Injektionsmaterial) finden bei fast 90 % der befragten Personen Zustimmung (1997: 89 %).

Einige überwundene Meinungsverschiedenheiten

In der Anfangsphase der Umsetzung des nationalen Programms gab es zwischen den Hauptakteuren auf nationaler Ebene erhebliche Meinungsverschiedenheiten und Missverständnisse (BAG/AHS). Diese Schwierigkeiten hingen vor allem mit dem Umfang und dem Verteilmodus der Ressourcen zusammen, die das BAG den Präventionsakteuren gewährte, sowie mit der Führungsrolle (Leadership) des BAG, bei der einige Akteure ein Nachlassen verspürten. Diese Probleme sind nun (2003) geregelt. Das BAG hat sein Engagement zugunsten der Prävention erneuert und diesbezüglich eine intensive Lobbyarbeit entfaltet. Es hat sich an die Aufgabe gemacht, die herrschenden Ungewissheiten in Sachen Rollen- und Kompetenzverteilung zu klären. Zudem hat es beschlossen, seine Führungsrolle zu bekräftigen, indem es der STOP AIDS-Kampagne wieder zu voller Sichtbarkeit verhilft und seine Zusammenarbeit mit der AHS und seine Kontakte auf kantonaler Ebene verstärkt.

Nationale Führungsrolle des BAG

Über die Aufgaben hinaus, die im nationalen Programm²⁶ genannt werden, leistet das BAG eine politische und zugleich symbolische Führungsrolle, indem es die Leitplanken der Präventionsstrategie festlegt und die Bedeutung und die ungebrochene Aktualität von HIV/Aids als Priorität der Gesundheitspolitik in Erinnerung ruft. Diese Facette seiner Aktion garantiert insbesondere die politische und gesundheitspolitische Legitimität der regionalen Präventionsakteure in ihren Beziehungen und Verhandlungen mit den Behörden und regionalen Institutionen, von denen sie finanziert

werden. Die STOP AIDS-Kampagne ist ein wesentlicher Bestandteil dieser nationalen Führungsrolle. Sie sensibilisiert die Bevölkerung für die Dringlichkeit und die ständige Präsenz der Aids-Problematik und legitimiert die Aktionen, die zur Lösung dieses Problems unternommen werden.

Die AHS nimmt innerhalb der Konstellation der Akteure ebenfalls eine zentrale Rolle ein. Sie ist auf nationaler und regionaler Ebene präsent und repräsentiert und verteidigt die Interessen der PWAs²⁷ und einiger randständiger Bevölkerungsgruppen, führt die für diese bestimmten Präventionsaktivitäten durch und achtet auf die Respektierung der sozialen und ethischen Gebote der Gesundheitspolitik im Bereich Aids. Obschon ihre Finanzierung teilweise durch einzelne Kantone abgedeckt wird, werden die Verwaltung, die Weiterbildung, die Koordination und in allgemeinerer Weise die politische Unterstützung und die Leitung des Vereins auf nationaler Ebene sichergestellt.

Dynamik in den Kantonen

Insgesamt erweist sich die Umsetzung des nationalen Programms in den Kantonen als zufrieden stellend. Dennoch stellt man manchmal bei einigen Akteuren fest, dass sie zunehmend Schwierigkeiten bei der Erfüllung der Aufgaben oder bei der Suche nach den unerlässlichen Finanzmitteln haben.

²⁶ Folgende Bereiche werden genannt: Grundlagen zur politischen Entscheidung; Überwachung der Epidemie; Produktesicherheit; Information; Richtlinien und Empfehlungen; Koordination, Vernetzung und Wissenstransfer; internationale Zusammenarbeit; Innovation, Initiierung und Nachhaltigkeit; Krisen- und Risikomanagement.

²⁷ People with Aids (PWA).

Die im Kapitel über die Umsetzung erwähnten Besonderheiten bezüglich bestimmter Gruppen oder Settings trifft man auch an, wenn man die Situation auf Kantonsebene in Betracht zieht.

- Im Bereich der Therapie und der Diagnostik realisieren sich die Ziele des nationalen Programms autonom.
- Die HIV/Aids-Prävention bei Drogenkonsumierenden wurde in die Gesundheitspolitik in Zusammenhang mit der Drogensucht integriert. Sie vollzieht sich in einer Dialektik zwischen nationalen und regionalen oder gar lokalen Entwicklungen. Verankert wurde sie durch die Interventionen im Bereich der Drogenabhängigkeit.
- Die regionalen Situationen im Schulwesen sind durch Vielfalt und Komplexität gekennzeichnet. In diesem Bereich stellt man fest, dass der «Druck» beibehalten werden sollte, um das Erreichte zu festigen oder zu erweitern, zumindest in einigen Kantonen. Es besteht daher ein Bedarf nach einer Neubelebung der Motivation der Akteure, was von der nationalen Führung einen symbolischen Anstoss verlangt.
- Die stärksten Kontraste hinsichtlich der Situationen zwischen den einzelnen Kantonen findet man in den breiten und wenig klar umschriebenen Bereichen der Prävention, der Mobilisierung («advocacy») und der Interventionen bei besonders verletzlichen Bevölkerungsgruppen. Die Situation in diesen Bereichen hängt von den eigenständigen Entscheiden ab, die von den lokalen Akteuren getroffen werden.

Das Wohlwollen gegenüber dem Kampf gegen HIV/Aids und die Präventionspotenziale

Die Bevölkerung zeigt gegenüber der Prävention weitgehend eine positive Haltung. Diese Haltung drückt sich unter anderem durch eine echte Bereitschaft aus, an den Interventionen mitzuwirken, sofern die auf die HIV/Aids-Prävention spezialisierten Akteure die Initiative ergreifen und die Kosten übernehmen. Vereinzelt Beispiele wie die Kooperationen von öffentlichen Amtsstellen, die nicht a priori von der HIV/Aids-Prävention betroffen sind, oder von Betreibern von Nachtlokalen bezeugen dies. Im Gegensatz zu dem, was der offenbar in diesem Bereich herrschende Pessimismus nahelegen scheint, bildet dieses Wohlwollen ein Präventionspotenzial, auf das man viel intensiver und viel konsequenter zurückgreifen könnte.

ALLGEMEINE SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

ALLGEMEINE SITUATION: VERHALTENSWEISEN UND HIV-FÄLLE

SCHLUSSFOLGERUNGEN

> In der Allgemeinbevölkerung und insbesondere bei den jungen Menschen kann man auf eine Stabilisierung des Präventivverhaltens schliessen.

Bei einigen Bevölkerungsgruppen zeigt sich hingegen ein differenzierteres Bild: So beobachtet man ein Nachlassen des Schutzes bei den MSM und eine Entwicklung in diese Richtung bei den Drogenkonsumierenden.

Zudem existieren in allen untersuchten Bevölkerungsgruppen Untergruppen, bei denen die Risikoexposition deutlich stärker ausgeprägt ist.

> Die Zahl der neuen HIV-Fälle nimmt zu, vor allem bei den Fällen, die auf homosexuellem oder heterosexuellem Weg übertragen werden. Ein hoher Anteil der letztgenannten Fälle wird bei den aus den Ländern der Sub-Sahara stammenden Personen verzeichnet. Es stehen jedoch keine neueren Daten über die Verhaltensweisen in den Migrantengruppen zur Verfügung. Die Konkordanz zwischen dem Verhaltensmonitoring und der biologischen Überwachung (HIV) ist im Allgemeinen zufrieden stellend.

EMPFEHLUNGEN

> **Die für die Allgemeinbevölkerung und die jungen Menschen bestimmten Präventionsbemühungen müssen weitergeführt werden. Bei besonders exponierten Gruppen oder Untergruppen ist die Präventionsarbeit zu verstärken. Da die Strategie zur Bekämpfung von Aids bisher wirksam war und das Schutzniveau hoch bleibt, besteht kein Grund für eine Neuausrichtung dieser Strategie. Vielmehr sollte sie angepasst werden.**

> **Das auf drei Interventionsebenen angelegte Präventionskonzept mit den an jede Ebene angepassten Aktionen und Inhalten muss beibehalten werden.**

> **Es braucht auch künftig ein Überwachungssystem, das im Sinne einer Überwachung der zweiten Generation konsolidiert werden sollte, indem das HIV- und das Verhaltensmonitoring kombiniert werden. Zudem sollte auch das Überwachungssystem der anderen STI verbessert werden.**

> **Für die Ausrichtung der Präventionsaktionen ist eine gute Kenntnis der besonders exponierten Gruppen und Untergruppen erforderlich. Aus diesem Grund muss im Bereich der Public Health und der Sozialwissenschaften weiterhin Forschung betrieben werden.**

SCHLUSSFOLGERUNGEN

> Der Anstieg neuer HIV-Fälle ist zwar besorgniserregend, stellt jedoch keine grundlegende Änderung in der Entwicklung der HIV/Aids-Epidemie in der Schweiz dar, die eine konzentrierte Epidemie bleibt. Aids bleibt auf absehbare Zeit ein – endemisches – volksgesundheitliches Problem.

> Der individuelle Umgang mit dem Risiko ist eine Realität. Nebst dem Präservativgebrauch kann das Risikomanagement auch über den Test und den vereinbarten Verzicht auf den Schutz in der Partnerschaft laufen. Die Beobachtung zeigt jedoch, dass dieses Risikomanagement nicht immer adäquat gehandhabt wird.

Zudem entdecken zu viele Personen ihre HIV-Infektion erst bei der Diagnose von Aids.

> Die HIV-infizierten Personen, die bei ihren Sexualkontakten nicht immer Präservative benutzen, bilden zwar eine Minderheit, aber ihr Anteil ist keineswegs vernachlässigbar.

EMPFEHLUNGEN

> **Die Bevölkerung sollte über die epidemiologische Situation und die Verhaltensweisen informiert werden, ohne sie jedoch übermässig zu beunruhigen oder stigmatisierende Haltungen hervorzurufen.**

> **Die Versorgung mit (gekauften oder verteilten) Qualitätspräservativen muss noch verbessert werden, indem eine Zusammenarbeit der betreffenden Akteure angestrebt wird (Hersteller/Vertriebe, Supermärkte und Apotheken, verschiedene Einrichtungen, Anlauf- und Behandlungsstellen für Drogenkonsumierende) (Ebene I, II und III).**

> **Auf der Ebene II (Zielgruppen) und auf der Ebene III (individuelle Beratung) sollte besser über den Test informiert werden. Zudem sollte man sich dafür einsetzen, dass in hochriskanten Situationen, in denen die Person allenfalls in den Genuss einer frühzeitigen Behandlung kommen könnte, der Test vermehrt durchgeführt wird.**

> **Man muss gezielte Massnahmen einführen, um das Schutzverhalten von Menschen mit HIV zu verbessern. Dazu ist eine gute Kenntnis der Gründe erforderlich, die für den fehlenden Schutz verantwortlich sind. Zudem braucht es dafür Aktivitäten auf den Ebenen II und III (Thematisierung des Problems in besonders stark betroffenen Gruppen, günstiges Umfeld, adäquate Beratung).**

DURCHFÜHRUNG

SCHLUSSFOLGERUNGEN

> Gesamthaft betrachtet haben sich die Akteure der Prävention – insbesondere die regionalen Aids-Hilfen – gut an die Entwicklung der Situation angepasst. Die vorher bereits vorhandenen Partnerschaften haben sich in zahlreichen Kantonen konsolidiert. In einigen ist jedoch die Situation wegen der Ungewissheit über den Fortbestand der Finanzierung der Präventionsarbeit bei anfälligen Gruppen problematischer.

Das nationale Programm hatte zur Folge, dass in den Kantonen Erwartungen für eine klare Führungsrolle und eine entschlossene Unterstützung seitens des BAG geweckt wurden. Auf Kantonsebene wünscht man sich eine bessere Rollendefinition und eine besser aufeinander abgestimmte Planung, was im nationalen Programm zwar erwähnt, aber nicht präzisiert wurde.

EMPFEHLUNGEN

> **Das BAG sollte problematische Situationen besser beachten und die nötige Unterstützung leisten.**

> **Es braucht eine verstärkte Präsenz des BAG und der STOP AIDS-Kampagne, um die Dynamik der Durchführung des nationalen Programms in seiner Gesamtheit zu unterstützen. Das BAG hat übrigens bei der Vernehmlassung über das HIV/Aids-Programm 2004-2008 entsprechende Vorkehrungen getroffen.**

SCHLUSSFOLGERUNGEN

> Das nationale Programm wurde zu einer Zeit eingeführt, als ein breiter Konsens und eine starke Unterstützung seitens der Akteure und der Allgemeinbevölkerung spürbar waren. Von der damals entstandenen Dynamik profitiert das Programm heute noch. In den Kantonen und in den Städten besteht seitens der Akteure, bei denen der Einsatz im Bereich HIV/Aids insbesondere im Bereich der Prävention keine zentrale Rolle spielt (öffentliche Dienste, Berufsleute aus anderen Gesundheitsbereichen, privater Sektor usw.), eine Bereitschaft zur Zusammenarbeit. In anderen Bereichen – Behandlungen, Schadensminderung bei den Drogenkonsumierenden – verläuft die Entwicklung autonom, aber völlig kompatibel mit den Zielen des Programms.

EMPFEHLUNGEN

> **Die Akteure des Bereichs HIV/Aids (BAG, AHS, kantonale Akteure) sollten die Initiative ergreifen und die Kooperationsbereitschaft anderer Partner nutzen, damit diese in der Prävention ebenfalls eine Funktion übernehmen.**

> **Es besteht noch ein ungenutztes Präventionspotenzial, vor allem bei der Förderung der Vernetzung:**

- **Entsprechende Links auf Internetseiten;**
 - **Identifizierung von Personen, die bezüglich HIV/Aids besondere Bedürfnisse haben, durch die Fachleute der verschiedenen Bereiche und Weiterweisen der Betreffenden an spezialisierte Einrichtungen (besonders wichtig für die gefährdeten Jugendlichen und die Migranten);**
 - **Ausbau der Komplementarität der Angebote durch bessere Informationen im Netzwerk usw.**
-

HEUTIGE ABDECKUNG DER INTERVENTIONEN UND PRIORITÄTEN

SCHLUSSFOLGERUNGEN

> Auf Ebene I der Prävention haben die nationalen Kampagnen und der Sexualunterricht eine gute nationale Abdeckung. Bezüglich Intensität und Qualität der Interventionen bestehen jedoch noch Ungleichheiten.

EMPFEHLUNGEN

> **Man muss die Kampagnen fortsetzen und eine vollständige Abdeckung im Bereich der Sexualerziehung anstreben, da sämtliche Jugendlichen die Schule absolvieren müssen (auch die Migranten und gefährdeten Jugendlichen). Dabei ist auf die Qualität des Sexualunterrichts zu achten.**

SCHLUSSFOLGERUNGEN

- > **Auf Ebene II** der Prävention (Zielgruppen) ist die Abdeckung ungleich verteilt:
- Gut bei den i.v. Drogenkonsumierenden, jedoch mit kantonalen Unterschieden;
 - relativ gut bei den MSM (aber verbesserungsfähig, vor allem bei den Jugendlichen und bei der Prävention im Sexmilieu);
 - noch ungenügend bei den Sexworkern;
 - ungenügend bei den Migrant*innen aus Ländern mit einer hohen oder stark steigenden HIV-Prävalenz;
 - ungenügend für HIV-positive Personen in den verschiedenen Zielgruppen.

EMPFEHLUNGEN

- > **Man sollte alle Kantone ermuntern, den Zugang zu Injektionsmaterial in sämtlichen Arten von Einrichtungen (niederschwellige Anlaufstellen, Therapieeinrichtungen, Apotheken) zu verbessern.**
- > **Die Prävention für die MSM sollte stark intensiviert werden, indem eine Zusammenarbeit mit den betroffenen Kreisen (Vereinigungen, Betreiber von Lokalen, Akteure im Bereich der Erziehung) angestrebt wird.**
- > **Die zielgruppenspezifischen Programme bei Sexworkern, vor allem bei Migrant*innen und Drogenkonsumierenden, müssen verstärkt werden; zudem sollte eine Zusammenarbeit mit den betroffenen Kreisen (Sozialarbeiter/Gesundheitsfachleute, Betreiber von Lokalen) angestrebt werden.**
- > **Es gilt, die Prävention in den verschiedenen Migrant*innengemeinschaften, insbesondere den afrikanischen Gemeinschaften, zu verstärken.**
- > **Da die HIV-positiven Personen keine gesellschaftliche Gruppe bilden, muss man darauf achten, dass die spezifischen Aktionen, die sowohl die Prävention wie auch den Zugang zu Beratung und Pflegeleistungen betreffen, in sämtlichen Sondergruppen (MSM, Drogenkonsumierende, Migrant*innen usw.) durchgeführt werden.**

SCHLUSSFOLGERUNGEN

> **Auf Ebene III** (individuelle Beratung durch Fachleute, vorwiegend im medizinischen und sozialen Bereich und in der Schule) werden die Präventionspotenziale noch ungenügend genutzt. Dabei kann man die besonders verletzlichen Personen (z.B. bestimmte Migranten), die besonders ausgesetzten Gruppen (zum Beispiel MSM) oder die Personen mit potenziellem Risikoverhalten (z.B. Freier) gerade auf dieser Ebene erreichen und ihnen eine an ihre persönliche Situation angepasste Beratung erteilen.

Auf dieser Ebene kann zudem auch die Abdeckung der gesamten Bevölkerung verbessert werden, und zwar dauerhaft, wenn diese Beratungspraktiken in die Arbeitsroutine der Fachleute eingefügt werden.

EMPFEHLUNGEN

> **Die Anreizmassnahmen bei verschiedenen Fachleuten – insbesondere den Ärzten – sind zu verstärken; diese sollten ermuntert werden, die Fragen in Zusammenhang mit der Sexualität und der HIV/Aids-Prävention mit ihren Patienten/Klienten systematischer zu behandeln.**

> **Man sollte dafür sorgen, dass die Themen der HIV/Aids-Problematik und der übrigen STI und allgemeiner noch der sexuellen Gesundheit in die Grundausbildung und Weiterbildung der Fachleute im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich integriert wird.**

POLITIK IM KAMPF GEGEN HIV/AIDS

SCHLUSSFOLGERUNGEN

> Die bisherigen positiven Ergebnisse im Kampf gegen Aids, die man auch in den Nachbarländern feststellt, hängen vermutlich eher von den allgemeinen Merkmalen der Politikbereiche ab denn von den Besonderheiten ihrer Umsetzung oder den Einzelheiten in ihren Inhalten.

EMPFEHLUNGEN

> **Das, was den gemeinsamen Kern jeder wirksamen Politik ausmacht, sollte erhalten bleiben:**

- **Politischer Handlungswille;**
- **liberales (nicht repressives), auf Nichtdiskriminierung bedachtes Handlungskonzept;**
- **Kohärenz zwischen den Aktionen und Kontinuität in der Aktion;**
- **Weiterführung der Sensibilisierung für die Problematik (awareness): Sowohl was den Stand der Dinge betrifft wie auch bezüglich der Mittel, die zur Bewältigung des Problems eingesetzt werden;**
- **Aufrechterhaltung der Wachsamkeit und der sozialen Mobilisierung.**

> **Das BAG muss in diesem Bereich weiterhin eine Führungsrolle beibehalten und als Garant für die Politik fungieren (Überwachungs-, Koordinations-, Impulsgebungsrolle und als Verfechter für den Fortbestand), indem es den wesentlichen Teil der Umsetzung an seine Partner vor Ort delegiert und die finanzielle Unterstützungspolitik für die Projekte mit nationaler/überkantonaler Reichweite oder für die Förderung von Projekten in jenen Bereichen, wo erhebliche Lücken bestehen, fortführt.**

LITERATURAUSWAHL

Aids-Hilfe Schweiz, editor. Diskriminierungsbericht: wo kranke und behinderte Menschen überall benachteiligt werden. Zürich: Aids-Hilfe Schweiz; 2001.

Amon J, Brown T, Hogle J, Magnant R, Mills S, Pisani E, et al. Behavioral surveillance surveys (BSS): guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV. Family Health International; 2000. Available at URL: <http://www.fhi.org/en/Publications/index.htm>.

Balthasar H, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F. Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida: rapport sur mandat de l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida (France). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 83).
Balthasar H. Populations particulières pour la prévention du sida: les jeunes hommes attirés par d'autres hommes. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, erscheint demnächst).

Balthasar H, So-Barazetti B, Jeannin A, avec la participation de Ralph Thomas. Evaluation de la mise en œuvre du programme national VIH/sida de 1999 à 2003: l'utilisation des offres et du matériel. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, erscheint demnächst).

Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse. Revue Epidémiologique de Santé Publique 1998; 46: 205-17.

Bucher T, Wittwer U. Wo tut es denn www? Evaluation der Klientendaten von www.drgay.ch. Zürich: Aids-Hilfe Schweiz, Universität Zürich, Psychologisches Institut; 2003. (erscheint demnächst).

Bruhin E, Werner M, Abel T, Müller F. Age and gender in the management of HIV-relevant sexual risks: theoretical background and first results of a population survey in the German speaking part of Switzerland. Soz- Präventivmed 2002; 47: 388-98.

Cochand P, Singy P. Développement identitaire et risques de contamination par le VIH chez les jeunes homosexuels et bisexuels en Suisse romande. Lausanne: Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA); 2001. (Raisons de santé, 71).

Division épidémiologie et maladies infectieuses. Epidémiologie du VIH en Suisse: augmentation des tests VIH positifs en 2002. Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique 2003; (16): 268-73.

Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. Evaluation der AIDS-Präventionsstrategie in der Schweiz: Sechster zusammenfassender Bericht 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999.

Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B. Long term global evaluation of a national AIDS prevention strategy: the case of Switzerland. *AIDS* 1999; 13: 2571-82.

Efionayi-Mäder D, Chimienti M, Losa S, Cattacin S. Evaluation du programme global «Migration et santé» de l'Office fédéral de la santé publique. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations (SFM); 2001. (Rapport de recherche).

Ensmann A, Sardi M. Evaluation de la campagne STOP SIDA 2000-2001 et du site stopsida.ch. Genève: érasme SA; 2001.

Godenzi A, Mellini L, De Puy J. Le secret autour du VIH/sida. Fribourg: Université de Fribourg; 2003.

Haour-Knipe M, Fleury F, Dubois-Arber F. HIV/AIDS prevention for migrants and ethnic minorities: three phases of evaluation. *Soc Sci Med* 1999; 49 (10): 1357-72.

Jeannin A, Schmid M, Dubois A, Dubois-Arber F, Meystre-Agustoni G, Benninghoff F, et al. Programme national VIH/sida 1999-2003: état et dynamique de la mise en oeuvre à fin 2001. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 81).

Klaue K. Populations particulières pour la prévention du sida: les jeunes. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, erscheint demnächst).

Kübler D, Neuenschwander P, Papadopoulos Y, unter Mitarbeit von Christian Sartori und Sibylle Stamm. Aids-politik in der Schweiz: Welche Normalisierung? Normalisierungsszenarien und neue Partnerschaften in der HIV/Aids-Prävention auf Bundesebene und in fünf Kantonen. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive; 2002. (Raisons de santé, 78).

Meystre-Agustoni G, Grüniger U, Cassis I, Jeannin A, Dubois-Arber F. Pratiques et besoins des médecins suisses en matière de prévention de l'infection VIH au cabinet médical: synthèse des expériences, éléments de réflexion et recommandations. *Schweiz Med Wochenschr* 1995; 125 (13): 621-6.

Meystre-Agustoni G, Thomas R, Häusermann M, Chollet-Bornand A, Dubois-Arber F, Spencer B. La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998. (Raisons de santé, 17).

Meystre-Agustoni G. Populations particulières pour la prévention du VIH/sida: les travailleuses et les travailleurs du sexe. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, erscheint demnächst).

- Meystre-Agustoni G, Dubois-Arber F, Morency P, Cochand P, Telenti A. Les thérapies antirétrovirales hautement actives (HAART) du point de vue du patient. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2001. (Raisons de santé, 72).
- Moreau-Gruet F, Jeannin A, Dubois-Arber F, Spencer B. Management of the risk of HIV infection in male homosexual couples. *AIDS* 2001; 15 (8): 1025-35.
- Narring F, Michaud PA, Wydler H, Davatz F, Villaret M. Sexualité des adolescents et sida: processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1997. (Raisons de santé, 4).
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), editor. Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne, 2001. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes; 2001. Available at URL: <http://www.emcdda.org>.
- Office fédéral de la santé publique. VIH et sida: programme national 1999 à 2003. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1999.
- Schaaf S, Berger Hoins C, Reichlin M, Grichting E, Wettach RHU, Dobler-Mikola A, et al. Koordinationsstelle des FOS, editor. Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 1999: Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik: Gegenüberstellung von Kurz-, Mittel- und Langzeittherapie. Zurich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2000. (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 101).
- Spencer B, So-Barazetti B, Glardon MJ, Scott S. Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2001. (Raisons de santé, 66).
- Spreyermann C. Projekt Male Sex Work der Aids-Hilfe Schweiz: eine Evaluation zur Nachhaltigkeit der Projekte in den Städten Basel, Bern, Genf und Zürich. Bern: sfinx; 2000.
- Stemmler D, Cattacin S. Stratégies d'information durable de la population: une analyse des campagnes de prévention STOP SIDA de l'Office fédéral de la santé publique sous l'angle du marketing social. Schaffouse; Lausanne: Der Siebte Sinn AG; Institut des hautes études en administration publique (IDHEAP); 2002. Available at: URL: <http://www.bag.admin.ch/cce/studien/aids/ff/>.
- Thomas R, Haour-Knipe M, Huynh Do P, Dubois-Arber F. Les besoins des personnes vivant avec le VIH/sida en Suisse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000. (Raisons de santé, 59).
- Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, editors. Essais de prescription médicale de stupéfiants: rapport de synthèse. Zurich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich; 1997.
- UNAIDS/WHO - Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines for Second generation HIV Surveillance. Geneva: UNAIDS/WHO; 2000. Available at: URL: <http://www.unaids.org>.

UNAIDS. National AIDS programmes: A guide to monitoring and evaluation. Geneva: UNAIDS/WHO; 2000.

Wang J, Twisselmann W, Somaini B, Dubois-Arber F, Bundesamt für Gesundheit. HIV-Prävalenz und selbst mitgeteiltes Schutz- und Risikoverhalten bei homosexuellen Männern in Zürich 1998. BAG Bulletin 1999; 49: 916-19.

Wolf K, Young J, Rickenbach M, Vernazza P, Flepp M, Furrer H, et al. Prevalence of unsafe sexual behaviour among HIV-infected individuals: The Swiss HIV Cohort Study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003; 33 (4): 494-9.

Zenger C A. Rechtliche Aspekte von HIV/Aids und ihre ökonomischen Konsequenzen. Eine juristische und empirische Analyse. Suisse-Sida Recherche, Aids-Infothek 2001.

Zobel F, Thomas R, Arnaud S, De Preux E, Ramstein T, Spencer B, et al. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Vierter zusammenfassender Bericht 1999-2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003.

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